



BOA-registret

Årsrapport 2012

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros
www.boaregistret.se



Årsrapport 2012 års resultat

BOA-registret – Registercentrum Västra Götaland

www.boaregistret.se

Registerhållare

Carina Thorstensson

Sjukgymnast, Med Dr
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
carina.thorstensson@registercentrum.se

Leif Dahlberg

Avdelningschef, Professor
Avd f ortopedi, Inst f Klin Vet, Lund
Lunds Universitet,
Skånes Universitetssjukhus, Lund
leif.dahlberg@med.lu.se

Övriga i styrgruppen

Pernilla Chowdary

Ingrid Cederlund

Göran Garellick

Therese Jönsson

Malin Jönsson-Lundgren

Maria Klässbo

Ingrid Lundin

Kjell G Nilsson

Lillemor Nyberg

Koordinatorer

Ingrid Stenhagen

Inga-Lill Robertsson

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
ingrid.stenhagen@registercentrum.se
inga-lill.robertsson@registercentrum.se

Övriga medarbetare årsrapport

Nabi Pirouzi

Statistiker
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
nabi.pirouzi@registercentrum.se

Anneli Ambring

Projektledare
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
anneli.ambring@registercentrum.se

Ann-Marie Svensson

Sektionsledare statistik
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
ann-marie.svensson@registercentrum.se

Utgivare

BOA-registret
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISBN 978-91-979909-2-9

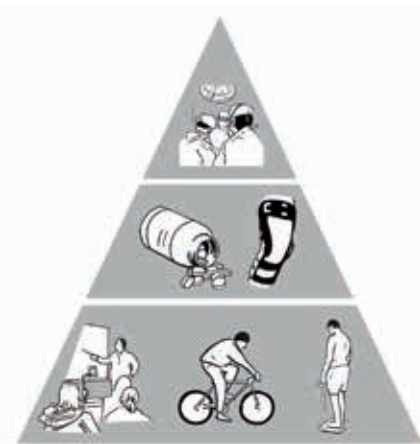
ISSN 2001-1067





Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	5
BOAs tre verksamhetsgrenar	8
Utvecklingsmål och förbättringsområden.....	11
Deltagande och rapportering	12
Resultat 2012.....	16
Antal patienter och kliniska karakteristika	16
Tidigare åtgärder.....	34
Förändring EQ5D, VAS smärta, self-efficacy	55
Case-mix profil	59–74
Indikatorer/värdekompass	59–75
Förändring rörelserädsla, daglig smärta, önskan att bli opererad och fysisk aktivitet.....	76
Vad tycker patienterna om artrosskolan	83
Deltagande i artrosskolan.....	86
Avbrutit/opererade	92
Tvåårsuppföljning.....	92
Praxis	93
Validering av data.....	100
BOA och förbättringsarbete	101
Årets BOA-utmärkelse 2012.....	106
Socialstyrelsens riktlinjer och kvalitetsindikatorer	108
Patientmedverkan	110
Diskussion.....	112
Pågående studier.....	116
Fakta om BOA	118
Kontaktpersoner	119
Medverkande enheter.....	120



Inledning

BOA-registret, för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, försätter framgångsrikt att förbättra livskvaliten för allt fler patienter med artros. Det är glädjande att konstatera att ett ökande antal enheter rapporterar patienter så att såväl antalet inkluderade patienter som rapporterade enheter i princip har fördubblats varje år sedan starten av registret. Det medför krav på en god struktur och kommunikation i verksamheten, något som registret hittills kunnat svara upp till. Patienter med artros är en av de största diagnosgrupperna som besöker primärvården. Flera landsting och regioner har insett att BOA-registret är en resurs när det gäller att mäta följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artros. Det här är BOA-registrets tredje årsrapport som omfattar verksamheten under 2012.

2012 års rapport omfattar 197 enheter och totalt 14 705 patienter. Samtliga landsting har sedan 2012 enheter som rapporterar till registret. Då årsrapporten sammanställs (april 2013) är antalet enheter som är anslutna till registret 296.

Det har tidigare saknats strukturerat omhändertagande av patienter med artros innan ledprotesoperation för det begränsade antal patienter som kommer ifråga och variationen i omhändertagande inom landet är stor. BOA-registret fångar upp och påvisar dessa variationer som nu utgör utgångspunkt för kvalitetsförbättring i syfte att minska skillnaderna. Vid jämförelser bör hänsyn tas till de variationer som fortfarande finns mellan landsting i antal patienter och i befolkningsunderlag.

I BOA omsätts den vetenskapliga evidensen för information och träning vid höft- och knäartros till klinisk praxis i en så kallad artrosskola som leds av sjukgymnast, i många fall i samverkan med arbetsterapeut och patientombud. Syftet är att ge patienten kunskap för att kunna fatta egna beslut avseende sin hälsa, samt att stödja patienten i att ändra sin livsföring för att främja bättre patientrapporterad hälsa. BOA-registret innehåller främst patientrapporterat utfall som ska utgöra underlag för kvalitetsförbättring i vården. Sjukgymnasten rapporterar vilken behandling patienten fått tidigare samt följsamhet till intervention. Data på klinisknivå redovisas enbart för enheter som har rapporterat minst 10 patienter med höft- respektive knäbesvär. "Riket" representeras av medelvärden från samtliga patienter som rapporterats till registret. Alla enheter kan hämta ut egna resultat online, oberoende av antal patienter, och jämföra med rikets genomsnitt.

Årsrapporten presenterar en översikt av registrets innehåll. Statistiken är deskriptiv och somliga medelvärden presenteras utan spridningsmått med hänsyn till de små materialerna på klinisknivå. Resultaten bör därför ses som preliminära och tolkas med försiktighet. Resultat presenteras separat för höft och knä. Indelningen efter mest besvärade led baseras på sjukgymnastens bedömning vid undersökning. Många patienter anger besvär från både höft och knä.

För att ge läsaren en överblick har vi valt att rapportera patientsammansättning på kliniken, så kallad case-mix, som en värdekompass. Vi har också valt ut ett antal resultatvariabler, indikatorer, som presenteras på klinisknivå och jämförs med rikets genomsnitt. Alla resultat är parade data, det vill säga enbart patienter med kompletta data från nybesök och uppföljning inkluderas i resultaten.

Den 1 september 2012 uppdaterades frågorna i patientformulären för att överensstämma med Socialstyrelsens föreslagna formuleringar av frågor avseende fysisk aktivitet. I samband med denna förändring passade vi också på att göra ett fåtal andra uppdateringar. Detta medförde att frågorna om fysisk aktivitet före och efter den första september 2012 inte längre är kompatibla. De resultat som avser fysisk aktivitet baseras i denna årsrapport enbart på resultat från den tidigare formuleringen, det vill säga data insamlat före den 1 september. Alla svar på den nya formuleringen, efter den 1 september, kommer att inkluderas i årsrapporten för 2013.

Vi hoppas att denna årsrapport ska fortsätta inspirera till fördjupningsanalyser och förbättringsarbete inom artrosområdet.



Carina Thorstensson



Leif Dahlberg



Göran Garellick

Sammanfattning

BOA står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. BOA-registret utvärderar patientrapporterat utfall efter en sjukgymnastisk intervention – artrosskola.

I artrosskolan omsätts den vetenskapliga evidensen för information och träning vid höft- och knäartros till klinisk praxis. Artrosskolan leds av sjukgymnast, i många fall i samverkan med arbetsterapeut och patientombud. Genom artrosskolan får patienten kunskap för att kunna fatta egna beslut avseende sin hälsa, samt stöd i att ändra sin livsföring för att främja bättre hälsa. Artros i höft och knä är bland de vanligaste diagnoserna i primärvården och behovet av tidigt insatta åtgärder för att förhindra funktionsförsämring och ökande besvär är stort. Baserat på uppgifter från fyra regioner/landsting, som tillsammans har 40% av befolkningen över 45 år i Sverige, uppskattar vi den totala "artrospopulationen" som söker öppenvård i Sverige minst en gång under en femårsperiod till runt 500 442 personer, eller cirka 12% av befolkningen. Den statistik som vi fått från vårddatabasen i Västra Götaland anger att 13% av alla besök i primärvården under 2012 var relaterade till ledvärk eller artros i höft och knä.

BOA-registret har funnits som ett Nationellt Kvalitetsregister sedan december 2010. Såväl antalet registrerade patienter som antalet anslutna enheter har i princip fördubblats varje år sedan starten. 2012 års rapport omfattar 197 enheter och totalt 14 705 patienter. Samtliga landsting har sedan 2012 enheter som rapporterar till registret. Då årsrapporten sammanställs (april 2013) är antalet enheter som är anslutna till registret 296.

Genom att hänvisa patienter till artrosskolan och registrera resultaten i BOA-registret följer man Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artros och har också möjlighet att rapportera ett mått på den föreslagna indikatorn för god vård vid artros: Andel personer med artros som fått utbildning, handledd träning och råd om viktnedgång.

Syftet med BOA är främst att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning enligt gällande behandlingsriktlinjer och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat. Målet är att öka livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft och knä samt att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker.

Vidare syftar BOA till kvalitetsförbättring inom sjukgymnastisk verksamhet genom systematisk utvärdering, öppen jämförelse och återkoppling av resultat. Varje enhet som rapporterar in data i registret kan när som helst hämta ut sina resultat i realtid och jämföra dem med rikets genomsnitt.

BOAs målnivåer är

- Förbättra EQ5D med 0,10
- Sänka medelåldern i registret (till 58 år)
- Minska andelen som har röntgats (och där röntgen visade artrosförändringar)
- 80% av patienterna i registret ska uppnå 150 aktivitetsminuter per vecka efter ett år
 - Mål för varje enhet är att andelen patienter som uppnår 150 aktivitetsminuter per vecka ökar med 10% efter ett år

En förbättring av EQ5D på 0,10 efter ett år är ett relativt högt ställt mål, men sannolikt inte omöjligt att nå om varje enhet strävar efter att förbättra sina resultat. Redan idag ser vi att somliga enheter når målet efter tre månader, men att effekten delvis går förlorad över tid. Tidigt insatta åtgärder vid artros, innan besvären blir för svåra, har störst möjlighet att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. Vi vet att många har besvär i många år innan de söker sjukvård. Genom att öka kunskapen hos allmänhet och vårdgivare om att det finns hjälp att få hoppas vi kunna sänka medelåldern i registret från dagens 65 år till 58 år. I registret ser vi att det endast är ett litet fåtal som kommer till artrosskolan utan att ha sökt sjukvård tidigare och att många har haft sina besvär väldigt lång tid. Vårt mål att inkludera patienter med besvär från höft och knä redan innan leden är röntgad är ett led i att följa upp Socialstyrelsens rekommendation om klinisk diagnostik, samt ett sätt nå patienter i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet. Ett mål med artrosskolan är ökad fysisk aktivitetsnivå. Fysisk inaktivitet och rädsla för att förstöra leden genom träning är mycket vanligt bland patienter med artros, vilket i sin tur ökar risken för inaktivitetsrelaterade sjukdomar. Världshälsoorganisationen WHO har föreslagit att alla vuxna ska vara fysiskt aktiva med minst måttlig intensitet minst 150 minuter per vecka. BOA-registret införde under 2012 de två frågor om fysisk aktivitet som Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder föreslagit. Vi ser att andelen patienter som når 150 aktivitetsminuter före artrosskolan idag är 66%.

Enligt beräkningar baserade på de uppgifter som inkommit från registrets kontaktpersoner i åtta landsting och regioner rapporterar 56% av de enheter som bedriver artrosskola till registret och 77% av alla patienter som går artrosskolan registreras. Det är inte rimligt att anta att alla patienter ska registreras, då artrosskolan även vänder sig till patienter med handartros. Många med höft och knäartros har också besvär från sina händer. Patienter med enbart handbesvär registreras ännu inte. Om vi antar att BOA i fem år hade haft den nuvarande årliga kapaciteten på cirka 7 500 patienter, hade vi under fem år nått 37 500 patienter, vilket motsvarar 7,5% av alla som söker öppenvård med ledvärk eller diagnos höft eller knäartros minst en gång under samma period. Det är en ökning med 0,5% sedan föregående år. I BOA-registret är svarsfrekvensen hög. Varje enskild fråga har mer än 97% svarsfrekvens, 89% av patienterna besvarar ettårsuppföljningen och studier av datakvalitet (stickprov) vid ettårsuppföljning visar att felrapporteringen var mindre än 0,01%.

I BOA innebär patientsamverkan ett konkret samarbete med Reumatikerförbundet och med representanter för de patienter som utgör målgrupp för artrosskolan. Ett av teoritillfällena i artrosskolan leds av en patient med erfarenhet av att leva med artros och av att hantera sina besvär genom livsstilsförändringar. Syftet med denna medverkan är att visa på det goda exemplet och att ge deltagarna en möjlighet att identifiera sig med artrosombudet, som kan tala om att fysisk aktivitet fungerar. På samma sätt som BOA utbildar alla sjukgymnaster och arbetsterapeuter som ska hålla artrosskola utbildas också alla artrosombud som medverkar i artrosskolan av Reumatikerförbundet. Utbildningen syftar till att artrosombudet på ett pedagogiskt sätt ska kunna tala om och initiera samtal kring hur en aktiv livsstil kan påverka hälsa och ledbesvär. Sjukgymnast med erfarenhet av artrosskola medverkar i utbildningen av artrosombud, och artrosombud medverkar i utbildningen för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

På flera håll i landet har artrosskolan blivit rutin i vården och ortopedkirurgen skickar tillbaka remisser på patienter som inte träffat sjukgymnast för grundbehandling. Artrosskolan ingår nu i flera vårdprogram för patienter med artros i höft och knä. Somliga landsting har inkluderat artrosskolan och BOA-registret i upphandlingsprocessen kring vårdval. Även internationellt syns ett intresse för BOA-registrets verksamhet. Statistik från hemsidan visar att 75% av alla besökare är från Sverige, medan exempelvis

USA står för 10% av alla besökare, Japan för 3% och Kina för 2%. Totalt sett har besökare från mer än 50 olika länder varit inne på BOA-registrets hemsida www.boaregistret.se

Resultaten i denna rapport redovisas separat för höfter och knän. Patienter med besvär från både höft och knä kategoriseras utifrån den led som sjukgymnasten bedömt orsakar mest besvär. Två tredjedelar har mest besvär från sina knän. Cirka 70% av patienterna i registret är kvinnor. Könsskillnader presenteras i denna rapport endast på riksnivå. Framgent, när antalet patienter per enhet ökar, kommer årsrapporten att redovisa resultat för män och kvinnor separat. Vi vill också understryka att patientunderlaget kan skilja sig betydligt mellan olika kliniker, då vi i BOA-registret redovisar data från såväl ortopedkliniker som primärvård, och från både offentliga och privata aktörer. Dessa aspekter måste vägas in vid tolkning av resultat. Denna årsrapport bör främst ses som en beskrivning av verksamheten och som en utgångspunkt för kommande förbättringsarbete inom sjukgymnastisk verksamhet. I kvalitetsförbättringshänseende vill vi uppmana alla enheter att aktivt använda sina resultat. På så sätt upptäcks eventuella felinmatningar och validiteten i registrets data förbättras ytterligare. Det är glädjande att regionala nätverk börjar formas, för att ta tillvara och vidareutveckla lokala erfarenheter och kunskap om artros och förbättringsarbete.

Följande intressanta iakttagelser kan lyftas fram ur resultaten från BOA-registrets tredje årsrapport:

- Artrosskolan minskar smärta och förbättrar hälso-relaterad livskvalitet för patienter med artros i höft och knä.
- Efter tre månader ökar EQ5D i genomsnitt med 0,07. Efter ett år är den genomsnittliga förbättringen 0,03 för höfter och 0,04 för knän. Variationen mellan enheter är stor, vilket utgör en god grund för lokalt förbättringsarbete och totalt sett en bättre hälsorelaterad livskvalitet för patienterna.
- Smärta enligt VAS minskar i genomsnitt med 11 procentenheter efter tre månader. (Variationen mellan enheter är 5,5–18,4)
- 95% av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med artrosskolan efter tre månader. Efter ett år är siffran 85%.
- 92% av patienterna uppger efter tre månader att de använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka. Efter ett år är motsvarande siffra 74%.

- Andel patienter som uppger att de har ont varje dag eller alltid minskar med cirka 18 procentenheter efter artrosskolan. Effekten står sig över tid och bäst långtidsresultat ses för knäartros.
- Endast en femtedel av patienterna som har träffat sjukgymnast för aktuella besvär före artrosskolan har fått adekvat behandling (information och anpassad träning).
- Runt 10% av antalet patienter med artros i höft och knä i registret är sjukskrivna för sina besvär.
- Mer än 80% av patienterna har blivit röntgade innan de kommer till artrosskolan, trots att Socialstyrelsens riktlinjer säger att röntgen inte är nödvändigt för att ställa diagnos artros. Röntgen fördröjer sannolikt insättandet av behandling. Variationen mellan landsting är stor.
- Patienter med höftartros i registret blir opererade nära tre gånger så ofta som patienter med knäartros. Indikationen för protesoperation är att artrosskola har provats utan tillfredsställande resultat.
- Endast var femte patient som kommer till artrosskolan vet att de har artros och vad artros är. En lika stor andel har fått veta att de har utslitna leder, vilket sannolikt ökar risken för missförstånd och inaktivitet.
- Endast var femte patient med artros i höft och knä är tillräckligt fysiskt aktiva för att undvika ohälsa.
- Rädslan att fysisk aktivitet ska skada lederna minskar efter artrosskola hos 10% av patienterna.
- Nära hälften av patienterna uppger att de har ökat sin fysiska aktivitetsnivå efter artrosskolan.
- Bland patienter med höftartros är cirka 60% överviktiga eller feta. Motsvarande siffra för patienter med knäartros är 80%.
- Det är vanligt med artros i flera leder. Var femte patient med höftartros och var tredje med knäartros har bilaterala besvär. Nära hälften av antalet patienter med artros i höft eller knä har också besvär från hand eller fingerleder.
- Samsjuklighet är mycket vanligt vid artros. Nära hälften av patienterna anger att de har nedsatt gångförmåga av andra orsaker än höft- eller knäbesvär. Artrosskolan har endast begränsad möjlighet att påverka dessa andra orsaker.
- 8 av 10 patienter i registret anger att de åter ledrelaterade läkemedel. Runt 50% tar Paracetamol för sina besvär. Paracetamol är förstahandsrekommendationen enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- 7% anger att de tar naturläkemedel. Konsumtion av naturläkemedel kan vara viktig att känna till för behandlande läkare, då somliga preparat kan påverka effekten av andra läkemedel.
- Män vill oftare bli opererade. Var sjätte kvinna och var tredje man har så mycket besvär att de helst vill bli opererade.
- Män är mer rädda att leden tar skada av fysisk aktivitet. Knappt var sjätte kvinna och var fjärde man tror att leden tar skada av fysisk aktivitet.
- Män avbryter artrosskolan oftare än kvinnor.
- Protesoperation är 12% vanligare bland män jämfört med kvinnor. 6% av patienterna i registret har fått en ny höft eller knäled inopererad inom ett år.
- Kvinnor har i större utsträckning besvär från flera leder och andra sjukdomar som påverkar gångförmågan.
- I Västerbotten, Kronoberg, Kalmar, Örebro och Gävleborg syns en negativ utveckling från 2011 till 2012 i antal patienter som registrerats. Västerbotten minskade sitt antal registrerade patienter med 45%.
- Östergötland och Skåne svarar tillsammans för en tredjedel av de patienter som registrerats under 2012. Östergötland har ökat sin volym patienter med 71% jämfört med föregående år, medan Skåne, som redan tidigare hade en relativt stor volym, har ökat med 9%. Störst ökning av volym ses i Jämtland där antalet registrerade patienter har ökat nitton gånger, från 25 till 475 patienter på ett år tack vare en satsning på att öka användandet av artrosskola och BOA-registret i länet. För denna insats belönades Jämtlands läns landsting med årets BOA-utmärkelse 2012.

Tack

BOA-registret hade aldrig varit vad det är utan hjälp från en hel rad människor. Ett särskilt tack vill vi rikta till Nader Nazari, Ronny Thörnwall och Krister Arlinger på Registercentrum VGR för tålmodigt arbete och intelligenta lösningar av IT och systemutveckling. Ett lika varmt tack till alla användare av registret på ett eller annat sätt.

BOAs tre verksamhetsgrenar

BOA står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros.

BOA består av tre verksamheter: utbildning av patienter (artrosskola), utbildning av sjukvårdspersonal för att leverera och utvärdera artrosskola på ett likvärdigt sätt, och det Nationella Kvalitetsregistret, BOA-registret. BOA-registret är ett interventionsregister för patienter med besvär från höft och knä och utvärderar resultaten efter en sjukgymnastisk intervention – artrosskola.

Syfte och mål med BOA

Syftet med BOA är främst att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning enligt gällande behandlingsriktlinjer och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat. Målet är att öka livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft och knä samt att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker. Tidigare forskning visar att information och individuellt anpassad träning har lika god effekt på smärtan vid artros som läkemedel. I BOA har vi omsatt denna kunskap i en evidensbaserad artrosskola som erbjuds patienterna. Artros är en av de vanligaste orsakerna till inaktivitet bland äldre och många är rädda att aktivitet ska skada lederna. Inaktivitet är i sig en stor riskfaktor för fysisk och psykisk ohälsa och för tidig död (1). Artrosskola syftar till att höja den fysiska aktivitetsnivån och ge patienterna kunskap om hur de själva kan hantera sin sjukdom för att undvika ohälsa och kunna leva ett gott liv trots artros. Vidare syftar BOA till att sjukgymnaster kvalitetsförbättrar sin behandling genom systematisk utvärdering, öppen jämförelse och återkoppling av resultat.

Så började det

BOA initierades 2008 som ett treårigt samverkansprojekt mellan Västra Götalands Regionen, Region Skåne, Värmlands läns landsting och landstinget i Västerbotten. Bakgrunden var de höga sjukskrivningskostnaderna för artros och kunskapen om att endast en bråkdel av alla patienter som opereras på grund av artros har träffat en sjukgymnast och erbjudits information, anpassad träning

och viktkontroll vid något tillfälle före operation, trots att dessa behandlingar utgör grunden i artrosbehandling enligt såväl nationella som internationella behandlingsriktlinjer. Projektet finansierades med medel från Försäkringskassan och landstingsmiljarden. Tio vårdgivande enheter i dessa fyra regioner (Mölnadal, Kungälv, Munkedal, Trollhättan, Vänersborg, Malmö, Trelleborg, Lund, Karlstad, Umeå) utgjorde pilotenheter i registret. Baserat på hur sjukvården var organiserad i respektive region/landsting inkluderades såväl primärvårds- som slutenvårdsenheter i projektet. 2010 blev BOA-registret ett Nationellt Kvalitetsregister.

Utbildning av patienter – Artrosskola

Målgrupp

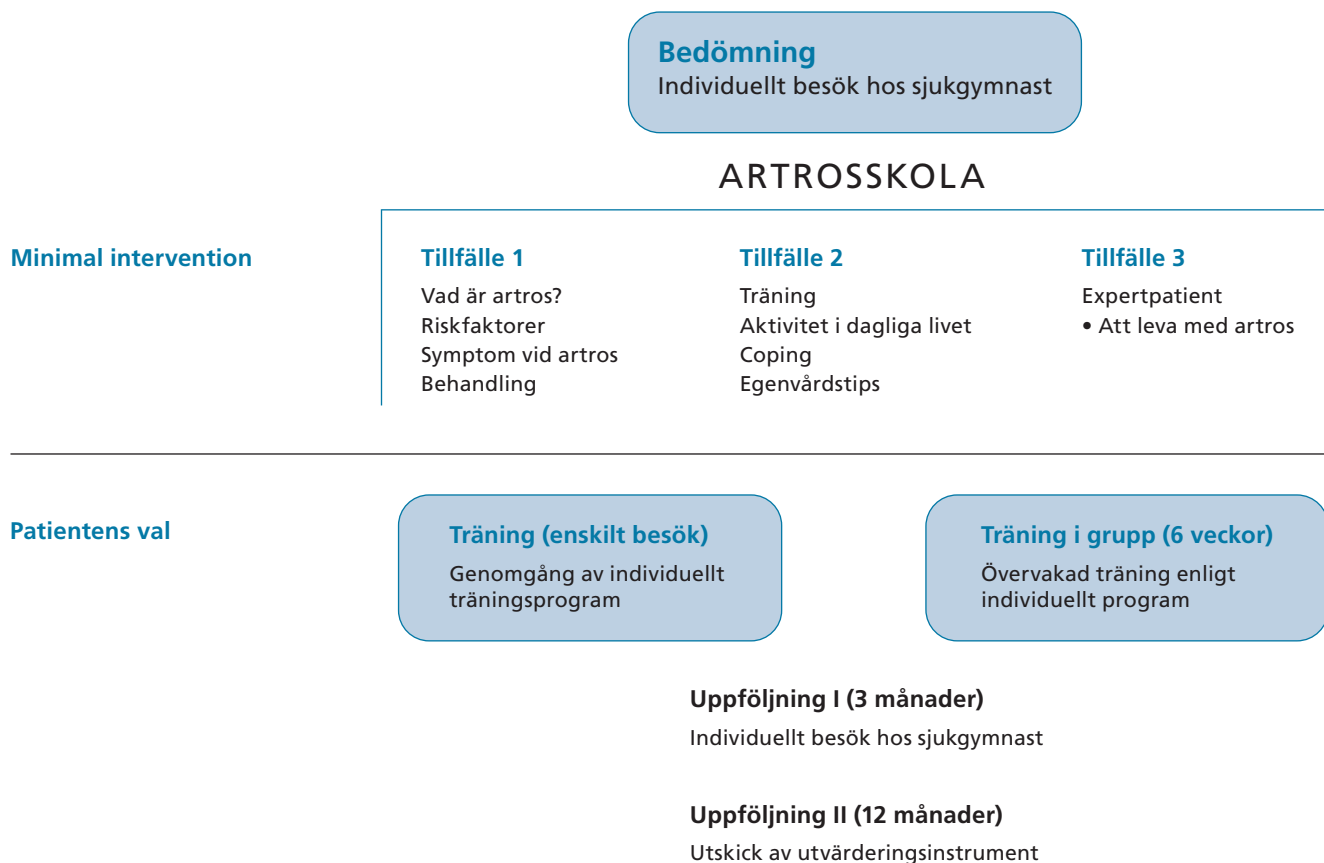
Artrosskolan vänder sig till patienter med besvär från höft eller knä av sådan grad att de söker sjukvård. Röntgenförändringar som tyder på artros eller en diagnos sedan tidigare är inte nödvändigt. Alla patienter som bedöms ha nytta av artrosskolan träffar sjukgymnast för ett individuellt besök före artrosskolan. Patientens sjukhistoria och sjukgymnastens undersökning ger möjlighet att ställa en klinisk diagnos, alternativt utesluta andra orsaker till besvären. Detta förfaringssätt är helt i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar inklusive artros, som utkom i maj 2012. Enligt dessa riktlinjer ska diagnosen ställas med hjälp av anamnes, typiska symtom och klinisk undersökning. Röntgen ska endast användas vid oklara fall eller då specialistremiss övervägs (2). Även om det senare skulle visa sig att besvären inte berodde på artros riktar sig behandlingen som erbjuds i artrosskolan – information och träning – mot funktionshindren och riskerna med behandling är försumbara. Patienter med inflammatorisk ledsjukdom, annan sjukdom som ger mer symtom än artros (exempelvis malignitet eller generaliserad smärta), eller havererad collumfraktur behöver primärt ett annat omhändertagande och exkluderas därför ur artrosskolan och registret. Patienter som inte förstår svenska bör få ett individuellt omhändertagande, eventuellt med tolk, för att säkerställa att de tillgodogör sig informationen på ett korrekt sätt. De behöver inte heller besvara frågeformulären som registreras i BOA-registret.

Information

Artrosskolan har tagits fram mot bakgrund av aktuell forskning inom området, samt patienternas tankar och önskemål om behandling av artros. Artrosskolan i BOA innehåller en "minimal intervention" som bedrivs på liknande sätt på alla enheter (Figur 1). Innehållet omfattar information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar, samt egenvårdstips. Skolan leds av sjukgymnast och på vissa håll deltar även arbetsterapeut, båda med speciell utbildning och gedigen kunskap om artros. Dessutom inkluderar artrosskolan ett tillfälle som leds av en "expertpatient", det vill säga en patient med artros som har genomgått en speciell utbildning för att kunna tala om hur det är att leva med artros och om sina erfarenheter av grundbehandling. Dessa artrosinformatörer är utbildade av Reumatikerförbundet. Syftet med deras medverkan är att deltagare i artrosskolan lättare ska kunna identifiera sig med den som levererar råd och rekommendationer och på så sätt gemensamt hitta lösningar på de svårigheter som kan upplevas i samband med fysisk aktivitet i vardagen.

På de platser där den lokala reumatikerföreningen har resurser och aktiviteter för patienter med artros kan deltagare ur artrosskolan få fortsatt fördjupning av artroskunskaperna genom studiecirklar eller föreläsningar i den lokala föreningen, samt erbjudas kontinuerlig träning i föreningens regi. Medverkan av artrosinformatörer i skolorna sker helt utan kostnad för sjukvården. Artrosinformatören medverkar på ideell basis men får reseersättning för sin medverkan.

Figur 1. Upplägg artrosskola



Individuellt anpassad träning

Efter teoridelen i artrosskolan erbjuds patienten ett individuellt utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna detta program regelbundet tillsammans med andra under handledning och övervakning av sjukgymnast. Träningen kan innehålla moment för att förbättra kondition, muskelstyrka och funktion. Träningsdelen är frivillig, men målet är att så många som möjligt, efter den teoretiska delen i artrosskolan, ska känna lust och behov att lära sig mer om hur man på bästa sätt kan ta hand om sin sjukdom och de besvär den för med sig genom att träna på rätt sätt och vara fysiskt aktiv i sin vardag. Uppföljning sker av alla patienter tre månader efter första besök, eller då träningsdelen är avslutad. Diskussioner kring lämplig hemträning och planering för fortsatt fysisk aktivitet/träning efter avslutad artrosskola utgör en viktig del i upplägget. Träning kan effektivt lindra symtom vid artros, men effekten är kortvarig. För att få varaktig effekt av träning som behandling krävs att träningen planeras långsiktigt och utförs kontinuerligt. Fysisk aktivitet på recept (FaR) kan vara ett lämpligt verktyg för sjukvården för att stimulera till ökad aktivitetsnivå hos patienterna. Långvarig sjukdom kräver långvarig behandling.

Utbildning av professionen

Sjukgymnaster och intresserade arbetsterapeuter utbildas genom BOA för att kunna leverera och utvärdera artrosskolan på ett likvärdigt sätt. Tvådagars-utbildningen omfattar aktuell evidens inom området och syftar till att ge en djupare kunskap om artros och den icke-kirurgiska behandlingen av artros. I utbildningen ingår även grundläggande registerkunskap, då kvalitetsregister inom sjukgymnastisk verksamhet fortfarande är ett tämligen nytt och okänt fält.

Nationellt Kvalitetsregister

Artrosskolan syftar till att påverka hälsorelaterad livskvalitet, smärta, fysisk aktivitetsnivå, rörelserädsla, motivation till operation och tilltron till den egna förmågan att kunna påverka symtom. Dessa variabler registreras i BOA-registret, tillsammans med bland annat patientnöjdhet. Sjukgymnasten som håller artrosskolan är i de flesta fall också den som rapporterar in data i registret. Utvärdering sker inför artrosskolan, efter tre månader (vid avslutad artrosskola) samt efter ett år. Ettihundra patienter som besvarade ettårsuppföljningen föregående år väljs slumpvis ut varje år för årlig uppföljning så länge de lever.

BOA-registret idag

Intresset för BOA och artrosskola är fortsatt stort både bland patienter och vårdgivare. Fram till och med utgången av 2012 har cirka 1 200 sjukgymnaster och arbetsterapeuter utbildats enligt BOA-konceptet. I dagsläget är 296 enheter anslutna till registret. Uppgifter från cirka 17 500 patienter har matats in i registret fram till och med april 2013, varav två tredjedelar har hunnit följas upp efter tre månader och en tredjedel efter 12 månader. Allt fler enheter ansluter sig kontinuerligt till registret. På flera håll i landet har artrosskolan blivit rutin i vården och ortopedkirurgen skickar tillbaka remisser på patienter som inte träffat sjukgymnast för grundbehandling. Artrosskolan ingår nu i flera vårdprogram för patienter med artros i höft och knä. Somliga landsting har inkluderat artrosskolan och BOA-registret i upphandlingsprocessen kring vårdval. Även internationellt syns ett intresse för BOA-registrets verksamhet. Statistik från hemsidan visar att 75% av alla besökare är från Sverige, medan exempelvis USA står för 10% av alla besökare, Japan för 3% och Kina för 2%. Totalt sett har besökare från mer än 50 olika länder varit inne på BOA-registrets hemsida: www.boaregistret.se

Utvecklingsmål och förbättringsområden

Baserat på mål med BOA och artrosskolan, samt på Socialstyrelsens riktlinjer för artros och sjukdomsförebyggande metoder, har BOAs styrgrupp tagit fram målnivåer för registret i stort och för varje enhet. Dessa målnivåer kan hjälpa användare i registret att identifiera möjliga förbättringsområden för att nå uppsatta mål.

Målnivåer

- Förbättra EQ5D med 0,10
- Sänka medelåldern i registret (till 58 år)
- Minska andelen som har röntgats (och där röntgen visade artrosförändringar)
- 80% av patienterna i registret ska uppnå 150 aktivitetsminuter per vecka efter ett år
 - Mål för varje enhet är att andelen patienter som uppnår 150 aktivitetsminuter per vecka ökar med 10% efter ett år

Motivering till valda nivåer

EQ5D är ett index för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Det beräknas med hjälp av fem frågor och kan anta värden från noll till ett, där noll motsvarar en hälsorelaterad livskvalitet som död och ett är full hälsa. En förändring i patientrapporterat utfall på 10%, eller som i det här fallet 0,10, anses allmänt vara en kliniskt betydelsefull förändring. En operation med höftprotes förbättrar EQ5D med 0,36 enligt höftprotesregistrets årsrapport. Höftprotesoperation är således ett framgångsrikt, men också ett stort ingrepp för patienten. Patienter som står inför höftprotesoperation har i genomsnitt ett EQ5D på 0,34. De patienter som kommer till artrosskolan har i genomsnitt ett EQ5D på 0,64 för höftartros och 0,65 för knäartros. Det betyder att vi når patienterna i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet, innan deras hälsorelaterade livskvalitet har försämrats lika mycket som inför protesoperation, men också att förbättringspotentialen är snävare. En förändring måste givetvis också ställas i relation till kostnaden för interventionen. En kostsam åtgärd kan mycket väl vara motiverad om patienterna mår bättre längre efteråt, medan en billigare åtgärd ändå kan vara kostnads-effektiv även om den åstadkommer mindre förändringar. En förbättring av EQ5D på 0,10 efter ett år är ett relativt högt ställt mål, men sannolikt inte omöjligt att nå om varje enhet strävar efter att förbättra sina resultat.

Tidigt insatta åtgärder vid artros, innan besvären blir för svåra, har störst möjlighet att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. Vi vet att många har besvär i många år innan de söker sjukvård.

Genom att öka kunskapen hos allmänhet och vårdgivare om att det finns hjälp att få hoppas vi kunna sänka medelåldern i registret från dagens 65 till 58 år.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för artros ska diagnosen ställas kliniskt, med hjälp av anamnes och typiska undersökningsfynd. Röntgen ska enbart användas i oklara fall, eller då man överväger remiss till ortopedspecialist. Det kan ta 10–15 år från första symtom tills artrosförändringar blir synliga på röntgen. Under denna tid har många patienter hänvisats runt i vården utan att få några klara besked och många är oroliga över vad deras besvär kan bero på. Att ställa diagnosen kliniskt, enligt Socialstyrelsens rekommendation, gör att personer med besvär från höft och knä kan få lugnande besked och adekvat behandling långt tidigare i sjukdomsförloppet. Idag ser vi att 80% av dem med höftartros och 84% av dem med knäartros är röntgade innan de kommer till artrosskolan och majoriteten av dem har röntgenförändringar. De har sannolikt haft sina besvär i många år redan. Vårt mål att inkludera patienter med besvär från höft och knä redan innan leden är röntgad är ett led i att följa upp Socialstyrelsens rekommendation om klinisk diagnostik, samt ett sätt nå patienter i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

Ett mål med artrosskolan är ökad fysisk aktivitetsnivå. Fysisk inaktivitet och rädsla för att förstöra leden genom träning är mycket vanligt bland patienter med artros, vilket i sin tur ökar risken för inaktivitetsrelaterade sjukdomar. Världshälsoorganisationen WHO har föreslagit att alla vuxna ska vara fysiskt aktiva med minst måttlig intensitet minst 150 minuter per vecka. Det är en något annorlunda beräkning än den tidigare rekommendationen 30 minuter om dagen de flesta dagarna per vecka. I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har man tagit fasta på två frågor för att beräkna aktivitetsminuter. Sedan den 1 september 2012 har BOA-registret inkluderat dessa frågor i patientformuläret. Vi ser att andelen patienter som når 150 aktivitetsminuter före artrosskolan idag är 66%. Målet för varje enhet är att andelen ska öka med 10% mellan nybesök och ettårsuppföljning. För registret är målet att 80% av alla patienter ska uppnå 150 aktivitetsminuter per vecka efter ett år.

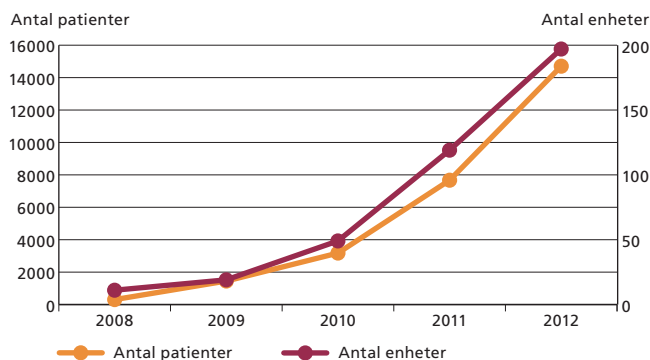
Deltagande och rapportering

För att kunna bedöma generaliserbarheten och trovärdigheten i resultaten från ett kvalitetsregister bör man känna till hur väl registret täcker in den population som avses. Data i registret ska också rapporteras noggrant och väl. Beroende på om BOA-registret ses som ett interventionsregister eller ett diagnosregister kan täckningsgraden i BOA-registret beskrivas på flera sätt: **1)** hur många enheter som bedriver artrosskola som också registrerar (coverage) **2)** hur stor andel av de patienter som går artrosskola som också registreras (completeness), samt **3)** hur många av alla med diagnosen höft- och knäartros som registreras. I BOA är målet att alla patienter som genomgår artrosskola ska registreras, men vi strävar också efter att alla patienter med artros i höft och knä ska erbjudas artrosskola så tidigt som möjligt.

Geografisk täckningsgrad

Under 2012 har alla landsting/regioner minst en enhet som rapporterar till registret. Såväl antalet patienter som går artrosskola och antalet enheter som rapporterar till registret har i princip dubblerats varje år sedan starten 2008 (Figur 2). Under 2012 har 197 enheter rapporterat in patienter till BOA-registret. Flera enheter är anslutna, men hade vid utgången av 2012 inte registrerat någon patient (Tabell 1a–b, se sid 14). Då årsrapporten sammanställs (april 2013) uppgår antalet enheter som är anslutna till registret till 296 (se Tabell 21 på sid 120–125). Vid utgången av 2013 kommer BOA-registret att ha utbildat cirka 1 500 sjukgymnaster och arbetsterapeuter i artrosskola och registerkunskap.

Figur 2. Kumulativt antal unika patienter och enheter.



Antal artrosskolor (coverage) och antal patienter (completeness) som registreras

BOA-registret registrerar patienter som har genomgått artrosskola. För en bra täckningsgrad krävs att alla enheter som bedriver artrosskola rapporterar alla patienter som har gått artrosskola till registret. Det finns dock inget system för att kontrollera var artrosskolor bedrivs och det är svårt att uppskatta hur många artrosskolor som drivs utan att registrera resultat. En undersökning genomfördes via de kontaktpersoner som verkar för BOA på landstingsnivå. Det finns kontaktpersoner i 12 landsting/regioner (Tabell 20, sid 119). Åtta av dem svarade på undersökningen genom att ta reda på hur många enheter som bedriver artrosskola i det aktuella landstinget. I Jämtland och på Gotland registreras samtliga artrosskolor som bedrivs (100%). I Västra Götalandsregionen ges artrosskola vid 51 enheter, varav 42 (82%) rapporterar. I Värmland bedrivs artrosskola vid 18 enheter och 10 (56%) av dem rapporterar till registret. I Region Skåne finns artrosskola uppskattningsvis på 76 enheter, varav 31 (41%) rapporterar. Västerbotten har 27 enheter som bedriver artrosskola 2012 och 9 (33%) som rapporterar. I Kronoberg bedrivs artrosskola på 14 enheter och 4 (29%) rapporterar. I Örebro finns artrosskola vid 28 enheter och 2 (7%) rapporterar. Genomsnittet beräknat på de landsting och regioner som har inkommit med uppgifter visar att 56% av de enheter som bedriver artrosskola rapporterar till registret.

Det är också svårt att uppskatta hur stor andel av alla patienter som går artrosskolan som registreras (completeness). Besök hos sjukgymnast i primärvård registreras inte regelmässigt i vårddatabaser och många journal-system har inte "artrosskola" som sökord, vilket gör det svårt att göra en matchning mot hur många patienter som journalförts som deltagare i artrosskola. Andelen patienter som registreras av dem som går artrosskola kommer aldrig att vara 100%. Personer med andra sjukdomar eller diagnoser som är mer symtomgivande än artrosen kan nämligen bedömas ha nytta av artrosskolan, men uppfyller inte inkusionskriterierna för registrering i BOA. Skälet är att frågor om hälsorelaterad livskvalitet och smärta i patientens frågeformulär då sannolikt besvaras utifrån hur andra sjukdomar påverkar snarare än besvär relaterade till artros. Patienter med enbart handartros, utan besvär från höft eller knä, registreras inte heller men kan delta i artrosskolan. Det är svårt att uppskatta hur stor andel av patienterna i artrosskola som har andra symtom eller sjukdomar som exkluderar

dem från registrering. Ett rimligt antagande kan vara att 5–10% av deltagarna i genomsnitt inte ska registreras. Vi har bett kontaktpersoner att inhämta uppgifter på hur många patienter som gått artrosskola från så många enheter som möjligt. I Kronoberg finns uppgifter från sex enheter och där har totalt 81% av patienterna registrerats. Från Västra Götalandsregionen har uppgifter inhämtats från 14 enheter som i genomsnitt har registrerat 65% av patienterna. Uppgifter från sex enheter som registrerar i Västerbotten visar att 38% av patienterna som gått artrosskola registrerats. I Kungsbacka har 44% registrerats, Falun har rapporterat att 86% registrerats, medan Mönsterås, Abels Rehab, Gotland och Jämtland rapporterar att mer än 95% av patienterna registreras. Ett medelvärde beräknat på dessa uppgifter visar att 77% av patienterna som gått artrosskolan under 2012 också har registrerats.

För att kunna lita på resultaten i registret krävs det dessutom en god datakvalitet. I BOA-registret är svarsfrekvensen hög. Varje enskild fråga har mer än 97% svarsfrekvens, 89% av patienterna besvarar ettårsuppföljningen och studier av datakvalitet (stickprov) vid ettårsuppföljning visar att felrapporteringen var mindre än 0,01% (se kapitel Validering av data, sid 100).

Förekomst (prevalens) av artros i befolkningen

Det är svårt att beräkna förekomsten av artros. Man räknar med att ungefär 15% av befolkningen under 60 år har knäbesvär som vid artros och att det stora flertalet av dem utvecklar röntgenförändringar med tiden. Artros i höftleder är inte lika vanligt, medan hand- och fingerledsartros, eller artros i ryggens leder är mycket vanligt förekommande. Runt 40% av befolkningen över 55 år och mer än hälften av alla över 70 år beräknas ha artros i någon led. Diagnosen ställs på olika sätt, baserat på symtom, röntgenförändringar eller både och. Röntgenklassificeringen varierar också, liksom valet av gränsvärden eller kriterier för artros. Symtomen kan variera över tid och uppträder ofta långt innan det är möjligt att verifiera diagnosen med hjälp av röntgen. Dessutom vet vi att endast en minoritet av alla som har diagnosen artros söker sjukvård och besök i primärvården registreras inte regelmässigt. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artros ska diagnos artros ställas med hjälp av anamnes, vanliga symtom och typiska kliniska tecken. Röntgen ska endast användas i oklara fall eller då man överväger specialistremiss (2).



Många har felaktigt fått beskedet att det rör sig om åldersförändringar, utslitna leder och att det inte finns något att göra åt det annat än att operera när det blir för besvärligt. Dock vet vi att det är en minoritet av alla med artros som blir kandidater för protesoperation. Baserat på studier kan vi anta att det är cirka 10–15% av alla med diagnosen artros som någonsin får så svåra besvär att de behöver bli opererade. Enligt svenska höftprotesregistret och knäprotesregistret genomförs det cirka 30 000 protesoperationer i höft och knä årligen i Sverige. Socialstyrelsen föreslår att en indikator för god vård ska vara att så stor andel som möjligt av de patienter som opereras med ledprotes på grund av artros ska ha gått artrosskola före operation. Det årliga underlaget för artrosskolor är således minst 30 000 patienter. Artrosskola bör introduceras när symptomen startar. Under 2012 registrerades cirka 7 000 patienter som genomgick artrosskolan, vilket motsvarar cirka 23% av antalet som opereras under ett år.

Tabell 1a. Enheter som inte har registrerat någon patient alls till och med 2013-04-30.

LANDSTING	Enhet
Stockholm	AW Hälsa - Artrosmottagningen, Danderyd
	Primärvårdsrehab Östermalm, Stockholm
	Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga
	Fysiocenter Odenplan, Stockholm
	Reagera klinikerna Nykvarn
	Reagera klinikerna Huddinge
	Rehab City Kungsholmen, Stockholm
	Sickla Hälsocenter, Nacka
	Märsta Primärvårdsrehab
Uppsala	Flogsta vårdcentral, Uppsala
	Tierps vårdcentral
	Årsta vårdcentral, Uppsala
	Östhammars VC
	Östervåla vårdcentral
Samariterhemets vårdcentral, Uppsala	
Sörmland	Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm
Östergötland	Rehab Öst, Valdemarsviks Vårdcentral
Jönköping	Apladalens VC, Värnamo
	Vråens vårdcentral, Värnamo
	Nässjö vårdcentral
	Smålandsstenars vårdcentral
Kronoberg	Primärvårdsrehab Tingsryd
	Primärvårdsrehab, Uppvidinge/Lenhovda
Kalmar	Samrehab Hulthsfred
Skåne	City Rehab, Lund
	Vårdcentralen Måsen, Lund
	Capio Citykliniken, Helsingborg
	Gerdahallens sjukgymnastik, Lund
	Vårdcentralen Vä, Kristianstad
Vårdcentralen Löddeköpinge	
Halland	Vårdcentralen Hyltebruk
	Capio Citykliniken, Halmstad
Västra Götaland	Stay active Trollhättan
	Eken Sjukgymnastik, Kålleröd
	Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla
	Primärvårdsrehab Olskroken, Göteborg
	Älvängen Fysioterapi
	Orust Rehab och friskvårdscenter, Henån
	Primärvårdsrehab Majorna, Göteborg
	Närhälsan Tibro Rehabmottagning
	Karlsborg vårdcentral
Värmland	Vårdcentralen Filipstad
	Vårdcentralen Årjäng
	Vårdcentralen Charlottenberg
	Vårdcentralen Skoghäll
	Vårdcentralen Kronoparken, Karlstad
Västmanland	Rehabenheten, Västmanlands sjukhus Sala
	Herrgårdets vårdcentral, Västerås
Dalarna	Vårdcentralen Läkarhuset, Borlänge
	Vårdcentral Vansbro
	Vårdcentral Avesta

LANDSTING	Enhet
Gävleborg	Södertull Hälsocentral, Gävle
	Sjukgymnastiken Omkretsen, Gävle
	Sjukgymnastik Sandviken
	Hudiksvalls hälsocentral
Jämtland	Funäsdalens Hälsocentral
	City Sjukgymnastik, Östersund
	Brunflo hälsocentral
	Torvalla hälsocentral, Östersund
Västerbotten	Nordmalings Hälsocentral
	Vilhelmina sjukstuga
	Hörnefors hälsocentral
	Umeå Fysiocenter AB
	JA Fysioterapi, Skellefteå
Rehab Center AB, Umeå	
Norrbotten	Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden
	Kalix vårdcentral

Tabell 1b. Enheter som har rapporterat tidigare men som inte har registrerat någon patient under 2012.

LANDSTING	Enhet
Blekinge	Kallinge Vårdcentral
Skåne	Trelleborg Lyftet Rehab
	Nöbbelöv Vårdcentral
Västra Götaland	SU/Möndal
	Vänersborg
Gävleborg	Hälsocentralen Delsbo
Västerbotten	NUS Umeå
Norrbotten	Sunderby sjukhus

Antal vård sökande med höft- och knäartros

Då det saknas tillförlitliga siffror över antal individer med höft eller knäartros (diagnoskod M16 och M17) i öppenvård på riksnivå har vi valt att be ett urval lands-ting/regioner att ta fram uppgifter om antal patienter med diagnoskod M16/M17 ur regionala vårddatabaser. Somliga med artros söker flera gånger per år, medan andra söker sporadiskt eller inte alls. För att fånga så många individer som möjligt med artros i höft och knä bad vi att få uppgifter om antalet unika individer som vid något tillfälle har sökt öppenvård under en femårs-period (2008–2012). Eftersom diagnosen artros ofta inte ställs förrän förändringar blir synliga på röntgen valde vi att också inkludera ledvärk (diagnoskod M25.5).

Statistik från vårddatabasen i Stockholm visar att 90 701 unika individer med ledvärk eller diagnos artros i höft eller knä genererade 229 091 besök i öppenvården under

perioden 2008–2012. Det motsvarar 10,8% av befolkningen över 45 år. I Västra Götaland sökte 49 018 individer, eller 7,0% av befolkningen över 45 år primärvården minst en gång under samma period med diagnos ledvärk eller artros i höft eller knä som första diagnos. Motsvarande siffra för Östergötland var 60 458 individer, eller 31,1% av befolkningen över 45 år. Av alla besök för dessa diagnoser i primärvården i Östergötland hade 89% av patienterna träffat läkare, 28% hade träffat sjukgymnast och 7% arbetsterapeut.

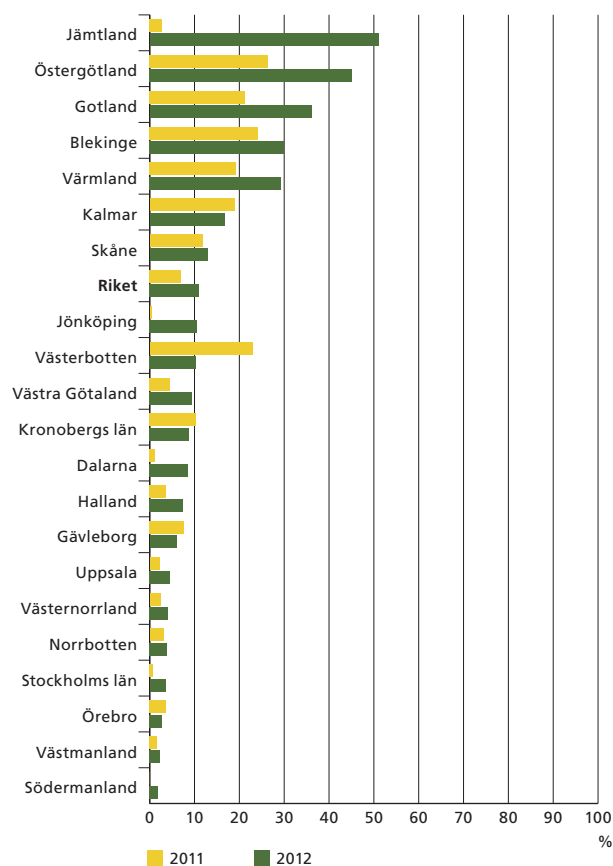
Den 31 december 2012 var 4 254 234 personer i Sverige äldre än 45 år, enligt Statistiska Centralbyrån. Stockholm, Östergötland och Västra Götaland svarade tillsammans för 41% av antalet invånare i denna åldersgrupp. Om vi antar att antalet individer med ledvärk eller diagnos artros i höft och knä fördelar sig ungefär likadant som befolkningen kan vi anta att det sammanlagda antalet individer som söker öppenvård i dessa fyra landsting/regioner (200 177) representerar cirka 40% av artrosbefolkningen i Sverige. Våra enkla skattningar skulle då uppskatta den totala "artrospopulationen" som söker öppenvård i Sverige minst en gång under en femårsperiod till runt 500 442 personer, eller cirka 12% av befolkningen. Det verkar rimligt sett till statistiken från de olika landstingen/regionerna. Enligt www.vantetider.se hade Västra Götaland 100 635 läkarbesök i öppenvård under 2012. Den statistik som vi fått från vårddatabasen i Västra Götaland anger att 12 903 besök under 2012 var relaterade till ledvärk eller diagnos artros i höft eller knä. Det betyder att 13% av alla besök i primärvården under 2012 var relaterade till ledvärk eller artros i höft och knä.

BOA-registret är inte ett diagnosregister, men eftersom Socialstyrelsens behandlingsriktlinjer säger att alla patienter med artros i höft eller knä ska erbjudas information och övervakad träning som första åtgärd bör artrosskolan successivt sträva efter att nå ut till alla patienter. Det finns ett stort uppdämt behov av individer i befolkningen som levt länge med sin sjukdom utan att ha fått adekvat behandling. BOA har inkluderat 14 705 patienter per fem år (2008–2012) som gått artrosskola motsvarar 3% av "artrospopulationen". De första två åren i BOAs verksamhet var pilotverksamhet och kapaciteten sedan dess har successivt ökat, vilket syns i den kumulativa utvecklingen av antalet patienter. Om vi antar att vi i fem år hade haft den nuvarande årliga kapaciteten på cirka 7 500 patienter, hade vi under fem år nått 37 500 patienter, vilket motsvarar 7,5% av alla som söker öppenvård med ledvärk eller diagnos höft eller knäartros. Det är en ökning med 0,5% sedan föregående år.

Andel av befolkningen över 45 år som söker för artros och registreras i BOA

Baserat på skattningar från årsrapporten 2011 har vi beräknat att 1,5% av befolkningen äldre än 45 år söker primärvården varje år med artros i höft eller knä som första diagnos. Siffran är sannolikt en underskattning, då ledbesvär utan röntgenförändringar i många fall inte diagnosticeras som artros. Målet är att alla som söker primärvård med höft och knäartros ska erbjudas artrosskola om de inte redan har gått. Från Statistiska Centralbyrån har vi hämtat befolkningsstatistik för åldersgruppen över 45 år per den 31 december 2012 fördelat på landsting och på det underlaget beräknat hur många individer som motsvarar 1,5%. Täckningsgrad per landsting har därefter beräknats genom att dividera antal som har registrerats i BOA-registret per landsting med det skattade antalet i varje landsting som söker primärvård per år. (Figur 3)

Figur 3. Andel av det skattade antalet i befolkningen över 45 år som söker vård på grund av artros i höft eller knä som tagits omhand i artrosskola, per landsting.



Resultat 2012

I detta kapitel presenteras resultaten baserade på data från och med de första inmatningarna av pilotenheterna under 2008 till och med 31 december 2012, det vill säga ackumulerade data. Med "Riket" avses i årsrapporten medelvärden från alla patienter som registrerats. Riket representerar enbart kliniker som har registrerat minst en patient före utgången av 2012 och kan alltså inte sägas vara rikstäckande mer än vad som anges i kapitlet Deltagande och rapportering.

Antalet individer i registret uppdateras och valideras kontinuerligt. Formulär kan registreras i efterhand, felaktiga eller saknade data kan korrigeras och patienter kan avbryta sin medverkan. Dessa faktorer påverkar antalet individer såväl på enhetsnivå som totalt i registret och antalet kan variera något från år till år.

Denna årsrapport baseras på data från totalt 14 705 patienter som varit på minst ett besök hos sjukgymnasten före den 31 december 2012. Av dessa har 7 034 (48%) registrerats för besök under 2012 (Tabell 2). Trettio procent bedömdes av sjukgymnasten ha mest besvär från sina höfter och 70% hade mest besvär från sina knän. I årsrapporten benämner vi dem fortsättningsvis för höftartros och knäartros och i de flesta fall redovisas resultat separat för höfter och knän. Många patienter har besvär från både höft och knä. I denna rapport skiljer vi inte ut patienter med besvär från flera leder från dem med enstaka ledbesvär. 548 patienter angav mest besvär från en annan led än vad som framkom vid sjukgymnastens undersökning och bedömning. 46 patienter angav att de efter tre månader inte längre hade några besvär.

Från och med 2012 har samtliga landsting minst en enhet som rapporterar till registret. Vissa deskriptiva data (vad patienten har fått förklaring av besvären tidigare, läkemedelsanvändning) och förändring över tid (EQ5D, VAS och ASES) redovisas på landstingsnivå. Vid tolkning av data bör hänsyn tas till att en del landsting fortfarande har relativt litet antal patienter rapporterade.

Antal patienter och kliniska karakteristika

Ålder

De första symtomen på artros kan ofta noteras redan i 40-års åldern, men det är vanligt att såväl den drabbade som sjukvården då söker andra förklaringar än artros. Forskning har dock visat att ihållande ledsmärta utan andra förklaringar i de allra flesta fall är första tecknet på artros. Besvären kan komma och gå och föranleder ofta inte besök i sjukvården förrän efter ett antal år då besvären leder till funktionsproblem i vardagen. Förekomsten av artros ökar med stigande ålder eftersom den som får artros har kvar sin sjukdom genom livet, även om symtomen varierar över tid. Medelåldern för patienter vid första besök i BOA-registret var 65,2 år, med en spridning från 22 till 100 år. Åldersfördelningen i hela registret kan ses i Figur 4. Två tredjedelar av patienterna är mellan 56 och 74 år (Tabell 3). Medelåldern för män var 65,4 (SD 9,8) år och för kvinnor 65,1 (SD 9,6) år 2012 (Tabell 4).

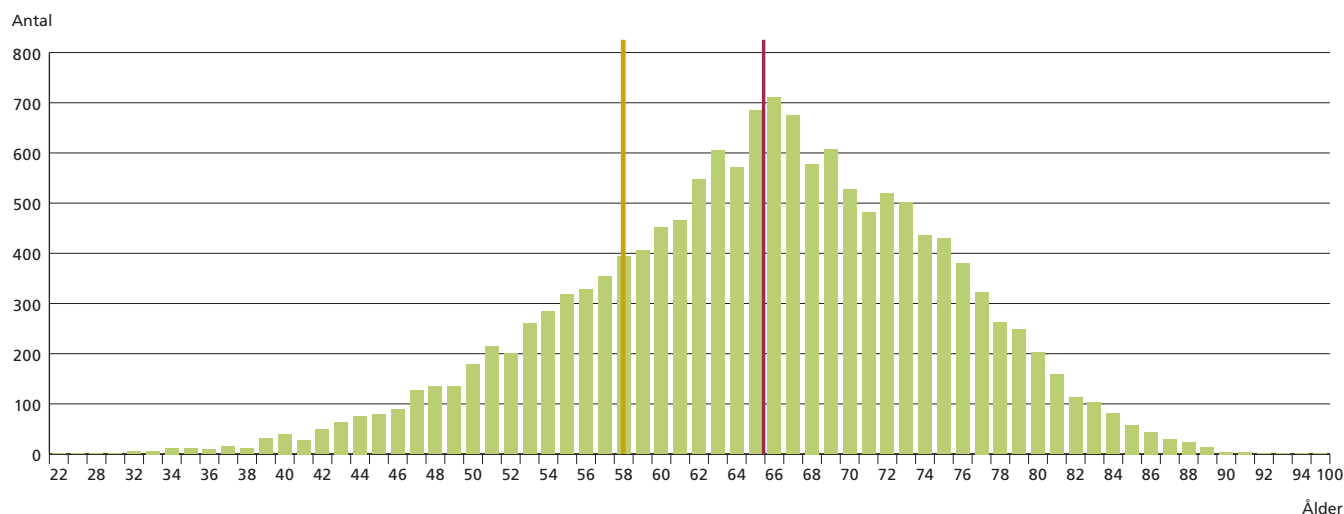
Tabell 2. Antal personer som gått artrosskola och registrerats i BOA-registret per landsting för de tre verksamhetsår som BOA-registret hittills redovisat.

LANDSTING	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012
Stockholm	15	102	437
Uppsala	0	47	97
Södermanland	0	0	35
Östergötland	107	768	1 313
Jönköping	0	10	243
Kronoberg	0	133	111
Kalmar	190	335	296
Gotland	30	93	158
Blekinge	35	270	334
Skåne	841	979	1 065
Halland	0	76	160
Västra Götaland	983	478	993
Värmland	546	389	594
Örebro	0	73	53
Västmanland	0	31	42
Dalarna	0	24	177
Gävleborg	18	157	124
Västernorrland	0	44	73
Jämtland	1	25	475
Västerbotten	395	403	181
Norrbotten	15	58	73
Riket	3 176	4 495	7 034

Figur 4. Åldersfördelning i BOA-registret.

Röd linje markerar aktuell medelålder i registret.

Gul linje markerar registrets målnivå: att sänka medelåldern till 58 år.

**Tabell 3.** Åldersfördelning i BOA-registret.

Ålder	Antal	Andel %
22–44	363	2,47
45–54	1 699	11,55
56–64	4 440	30,19
65–74	5 719	38,89
75–84	2 300	15,64
85–100	184	1,25

Tabell 4. Ålder, BMI, andel med mest besvär från höften, handbesvär och unilaterala besvär för män och kvinnor.

	Män (n=4 366)	Kvinnor (n=10 339)
Ålder, medel (SD)	65,4 (9,8)	65,1 (9,6)
BMI, medel (SD)	28,1 (4,2)	28,1 (5,1)
Andel höft, %	32,5	29,3
Andel hand, %	25,0	49,2
Andel Charnley A, %	36,6	30,0

Kön

Studier av artrosförekomst i befolkningen (prevalens) visar att det är något fler män än kvinnor som har artros i åldergruppen under 45 år. Det kan bero på att män oftare utövar kontaktidrott som fotboll och handboll och där ådrar sig lefskada som kan ge artros. Ungefär hälften av alla som har drabbats av exempelvis meniskskada utvecklar artros 10–15 år senare. En meniskskada i 20-årsåldern kan alltså leda till artros i 35-årsåldern. I högre åldrar är det vanligare med artros bland kvinnor. I BOA-registret var 70% kvinnor. Det stämmer väl med hur könsfördelningen har beskrivits i studier. Fortfarande är antalet patienter per enhet för litet för att kunna göra rättvisande jämförelser mellan män och kvinnor på kliniknivå. I föregående årsrapporter har vi noterat vissa skillnader mellan män och kvinnor totalt sett i registret. Vissa variabler redovisas på nytt uppdelat på kön, men för att studera könsskillnader mer i detalj bör specifika forskningsprojekt genomföras på registerdata. Tabell 4 visar likheter och olikheter mellan män och kvinnor vid första besöket i artrosskolan.

Tabell 4 visar att det i BOA-registret generellt inte syns några könsskillnader vad gäller ålder och BMI. Dock har kvinnorna i större utsträckning besvär från knän och händer medan männen har höftbesvär. En större andel av kvinnorna har bilaterala besvär, medan männen oftare har besvär från endast den ena höften/knäet.

I Figur 17a och 17b på sid 76 redovisas rörelserädsla för män och kvinnor i registret.

I Tabell 5a och 5b redovisas antal patienter, ålder, BMI och andel kvinnor per enhet för höft- och knäartros.

Tabell 5a. Höft. Antal patienter, ålder, BMI och kön, 2008–2012.

LANDSTING	Enhet	Patienter antal	Ålder medelvärde (SD)	BMI kg/m ² medelvärde (SD)	Kvinna andel (%)
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	90	66,2 (8)	27,2 (4,7)	84,4
	Ronneby Vårdcentral	14	68,1 (5,5)	29,0 (5)	78,6
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	48	68,1 (8,3)	27,4 (4,2)	85,4
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	40	66,8 (6,8)	27,4 (4,6)	70,0
Gotland	HabRehab Gotland	91	64,8 (8,1)	27,5 (4,3)	75,8
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	12	65,8 (8,6)	28,1 (5,2)	50,0
	Iggesunds Hälsocentral	10	67,5 (10,2)	28,8 (4,7)	80,0
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	30	65,1 (9,1)	26,6 (3,5)	80,0
	Söderhamns Sjukhus, Rehabilitering	35	69,1 (7,4)	27,6 (4,4)	60,0
Halland	Tudorkliniken, Halmstad	16	61,6 (10,3)	26,8 (4)	81,3
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	13	67,1 (12,6)	25,0 (3,4)	76,9
	Vårdcentralen Laholm	18	63,2 (11)	26,2 (3,6)	88,9
Jämtland	Bräcke HC	20	67,3 (7,1)	28,8 (4)	65,0
	Frösö Hälsocentral, Östersund	14	65,2 (10)	26,7 (4,2)	85,7
	Föllinge Hälsocentral	12	67,3 (7,4)	28,6 (4,5)	75,0
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	67,2 (9,4)	27,6 (3,6)	70,0
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	11	62,8 (12,2)	27,2 (4,5)	81,8
	Järpens HC	17	64,9 (9,2)	26,9 (4,4)	58,8
	Krokom Hälsocentral	24	66,3 (9,1)	25,8 (3,1)	66,7
	Odensala HC, Östersund	13	68,1 (6,3)	26,9 (3,9)	61,5
	Svegs HC	11	62,5 (10,6)	26,8 (2,4)	72,7
	Svenstavik Hälsocentral	14	64,5 (11)	29,3 (4,3)	92,9
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	34	67,5 (10,1)	25,7 (2,8)	64,7
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	14	70,0 (6,4)	29,4 (5,6)	71,4
	Väster vårdcentral, Värnamo	17	71,1 (5,8)	27,7 (5,3)	76,5
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	13	66,3 (11,2)	25,3 (2,9)	84,6
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	28	66,8 (10,4)	26,5 (3,7)	78,6
	Samrehab Vimmerby	63	64,3 (11,7)	27,2 (3,9)	73,0
	Samrehab, Mönsterås	56	66,4 (8,5)	27,8 (3,6)	73,2
	Samrehab, Oskarshamn	12	65,5 (12,5)	26,8 (3,8)	58,3
	Västerviks sjh	46	63,2 (9,5)	27,7 (5,3)	78,3
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	27	66,8 (8,1)	26,4 (3,6)	70,4
Skåne	Bjärreds Vårdcentral	13	71,7 (7,1)	25,2 (2,1)	53,8
	Brahehälsan Löberöd	32	64,8 (8,8)	28,0 (4)	65,6
	Capio Citykliniken, Lund	51	61,7 (9,2)	27,2 (5,4)	76,5
	Deltagruppen Helsingborg	59	67,5 (7,8)	25,4 (3,6)	81,4
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	15	67,3 (9,9)	27,2 (5,4)	80,0
	Fysiocenter, Malmö	16	60,9 (7,1)	24,3 (3,7)	75,0
	Höörs Vårdcentral	17	63,4 (10,2)	26,9 (5,6)	76,5
	Klippans Vårdcentral	11	72,9 (8,3)	25,7 (3,6)	54,5
	Lomma Vårdcentral	28	68,3 (10,9)	25,7 (3,8)	60,7
	Malmö Abels Rehab	228	62,9 (10,5)	26,9 (4,4)	69,3
	Näsets Läkargrupp	23	70,3 (7,6)	26,7 (3,9)	87,0
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	11	64,4 (7,9)	26,5 (2,3)	90,9
	SUS, Malmö	21	63,5 (9,9)	25,7 (4,7)	66,7
	Sjökrona VC Höganäs	25	69,3 (8,6)	25,6 (4,7)	76,0
	Solljunga hälsan, Örkelljunga	26	66,6 (10,4)	26,2 (2,8)	61,5
	Trelleborg Lyftet Rehab	45	67,4 (8,9)	26,4 (3,9)	82,2
	VC Hörby	10	64,0 (7,3)	28,8 (3,6)	60,0
	Vårdcentralen Sjöbo	17	68,2 (8,4)	28,7 (4,4)	52,9
	Vårdcentralen Skurup	20	65,8 (11,3)	28,1 (4,2)	65,0
	Vårdcentralen Tollarp	19	66,0 (6,8)	27,7 (4)	52,6
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	31	67,9 (8,7)	26,9 (3,2)	74,2	

Tabell 5a forts. Höft. Antal patienter, ålder, BMI och kön, 2008–2012.

LANDSTING	Enhet	Patienter antal	Ålder medelvärde (SD)	BMI kg/m ² medelvärde (SD)	Kvinna andel (%)
Stockholm	Järfällahälsan	10	61,0 (9)	28,0 (3,2)	40,0
	Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	20	66,5 (8,8)	28,9 (6,1)	50,0
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	22	69,3 (9,2)	25,6 (3,5)	90,9
	Primärvårdsrehab Haninge	11	66,0 (9)	28,3 (3,1)	54,5
	Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	11	65,9 (6,7)	30,1 (4,8)	54,5
	Primärvårdsrehab, Bromma	11	67,5 (10,9)	25,1 (2)	36,4
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	30	64,6 (10,1)	25,6 (3,6)	86,7
	Salems vårdcentral, Rönninge	10	70,5 (4,6)	25,1 (3,3)	80,0
	Vallentuna Primärvårdsrehab	11	63,9 (10,5)	25,8 (5,5)	90,9
Uppsala	Enköpings Husläkarcentrum	12	66,8 (10,6)	27,7 (3,9)	83,3
	Gimo Vårdcentral	19	63,8 (8,9)	28,4 (4,3)	73,7
Värmland	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	72	68,9 (9,8)	27,5 (4,1)	52,8
	Rehabiliteringen, Kristinehamn	65	66,2 (10)	26,4 (3,8)	63,1
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	52	65,1 (10,1)	27,2 (7,1)	69,2
	VC Gripen, Karlstad CSK	319	65,7 (9,5)	26,8 (4,1)	64,9
	Vårdcentralen Sunne	15	65,1 (9,6)	28,3 (4,9)	73,3
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	64,5 (8,7)	25,3 (3,3)	76,9
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	36	65,3 (10,2)	26,8 (3,7)	69,4
	Hälsocentralen Tre älvar	16	70,2 (11)	26,0 (3,4)	75,0
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	36	64,0 (8)	28,0 (3,9)	63,9
	NUS Umeå	131	62 (10,3)	27,1 (4,3)	54,2
	Tegs Hälsocentral, Umeå	26	65,4 (10,2)	26,5 (4,5)	76,9
	Umeå Smärtmottagning	44	63,4 (11,3)	25,1 (3,5)	72,7
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	33	64,8 (7)	27,2 (4,4)	69,7
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	15	66,9 (8,1)	26,7 (4)	73,3
Västra Götaland	Distriktssjukgymnastiken Tanum	12	68,5 (7,4)	27,2 (5,6)	66,7
	Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	50	67,5 (9,4)	27,5 (4,4)	78,0
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	24	63,7 (9)	26,7 (5,6)	62,5
	Kortedala Rehab Göteborg	12	61,1 (14)	29,6 (4,2)	83,3
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	12	66,3 (8,6)	25,9 (2,4)	66,7
	Kungälv sjukhus	74	62,2 (10,6)	26,8 (4,4)	60,8
	Munkedal	87	65,9 (10,1)	27,0 (4,1)	66,7
	Nygårds VC Bengtsfors	16	60,7 (12)	28,0 (3)	62,5
	NärRehab Sörhaga, Alingsås	14	66,3 (8,9)	27,6 (3,2)	57,1
	NärRehab Ångabo, Alingsås	13	65,1 (10)	27,2 (3,8)	61,5
	NärRehab, Lerum	14	66,2 (9,6)	26,9 (5,7)	78,6
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	25	67,4 (11,7)	28,8 (6,7)	68,0
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Sotenäs/Kungshamn	20	62,9 (9,1)	28,3 (4,3)	80,0
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	42	65,2 (9,4)	27,9 (4,5)	81,0
	Rehab Dalslands Sjh	31	64,1 (9,3)	27,7 (4,2)	54,8
	SU/Mölndal	100	60,8 (12)	26,4 (4,2)	56,0
	Samrehab Mark/Svenljunga	10	64,2 (9,9)	26,6 (3,9)	50,0
	Sjukgymnastiken, Stenungsund	12	71,8 (7,1)	28,7 (5,1)	50,0
	Trollhättan	143	66,5 (10)	27,5 (6)	70,6
	Vänersborg	19	65,7 (10,5)	27,7 (4,2)	57,9
Ågårdsskogens VC, Lidköping	11	69,2 (7,1)	26,6 (3)	90,9	
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	40	63,8 (11,2)	28,1 (4,9)	60,0
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	108	66,5 (10,2)	26,8 (4,3)	63,0
	Motala Lasarett	173	66,3 (9)	27,1 (4,2)	60,1
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	60,3 (9)	28,2 (4,5)	78,6
	Rehab Finspång	45	65,1 (9,6)	27,0 (3,4)	62,2
	Rehab Support, Linköping	20	66,5 (12)	25,7 (2,9)	55,0
	Rehabpartner i Söderköping AB	29	68,0 (7,8)	26,7 (3,9)	55,2
	Rörelse och hälsa Linköping	228	65,9 (10,4)	26,5 (4,4)	63,2
Riket		4452	65,5 (9,7)	27 (4,4)	68,1

Tabell 5b. Knä. Antal patienter, ålder, BMI och kön, 2008–2012.

LANDSTING	Enhet	Patienter antal	Ålder medelvärde (SD)	BMI kg/m ² medelvärde (SD)	Kvinna andel %
Blekinge	Kallinge Vårdcentral	16	63,3 (12,3)	27,6 (4)	68,8
	Karlskrona Rehabcenter	254	66,2 (8,3)	28,7 (5,1)	73,6
	Olofströms Vårdcentral	16	62,1 (8,6)	30,9 (7,3)	68,8
	Ronneby Vårdcentral	40	69,9 (8)	27,7 (4,4)	72,5
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	142	65,7 (8,7)	28,3 (5)	75,4
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	90	64,1 (10,1)	29,6 (5,3)	72,2
	Rehab, Vårdcentral Malung	12	56,3 (9,2)	30,4 (4,6)	83,3
	VC Sälen-Lima	16	59,9 (9,8)	29,3 (6)	81,3
	Vårdcentral Säter	14	62,1 (8)	28,9 (4,4)	92,9
Gotland	HabRehab Gotland	190	62,0 (9,6)	28,9 (4,8)	69,5
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	30	69,0 (8)	28,4 (5,2)	80,0
	Edsbyn och Alfita Hälsocentral	28	66,0 (8,6)	29,2 (4,8)	64,3
	Hälsocentralen Delsbo	14	64,5 (5,9)	30,3 (4,5)	100,0
	Iggesunds Hälsocentral	18	63,8 (6,9)	29,1 (5,4)	61,1
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	49	65,7 (9,2)	27,3 (4,4)	65,3
	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	44	64,5 (9,9)	28,1 (3,4)	54,5
Halland	Hälsa & Rehab, Kungsbacka	37	65,8 (8,4)	27,9 (3,9)	81,1
	Tudorkliniken, Halmstad	26	67,7 (8,6)	28,1 (6,8)	92,3
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	20	66,3 (9,3)	27,0 (4,2)	90,0
	Vårdcentralen Laholm	39	61,4 (8,3)	28,6 (5,3)	66,7
	Vårdcentralen Oskarström	25	65,8 (7,7)	27,5 (3,9)	96,0
Jämtland	Bräcke HC	38	63,5 (7)	29,9 (5,3)	76,3
	Frösö Hälsocentral, Östersund	24	66,9 (9,8)	29,1 (3,9)	70,8
	Föllinge Hälsocentral	23	65,1 (11,1)	29,7 (5,3)	73,9
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	67,8 (6,1)	28,0 (6,5)	90,0
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	13	66,5 (7,5)	28,1 (4,8)	76,9
	Järpens HC	22	65,7 (5,7)	28,7 (4)	86,4
	Krokom Hälsocentral	49	67,1 (8,3)	28,1 (3,4)	79,6
	Odensala HC, Östersund	27	65,7 (6,7)	27,4 (3)	70,4
	Strömsunds hc	30	66,8 (8,1)	28,3 (3,6)	80,0
	Svegs HC	18	68,3 (9,5)	29,4 (5,6)	83,3
Svenstavik Hälsocentral	19	63,9 (8,6)	28,9 (4,7)	73,7	
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	67	61,1 (12,7)	28,2 (5,2)	67,2
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	39	67,6 (8,9)	28,4 (5)	71,8
	RehabCenter Jönköping	11	70,3 (8,4)	27,8 (3,4)	100,0
	Rehabiliteringen, Aneby Vårdcentral	14	57,8 (8)	30,0 (3,9)	78,6
	Väster vårdcentral, Värnamo	30	61,7 (10,4)	28,9 (4,7)	66,7
Kalmar	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	11	62,6 (10,1)	27,0 (5,3)	45,5
	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	68	64,9 (9,9)	28,8 (4,4)	69,1
	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	18	64,8 (8,4)	30,2 (6,4)	61,1
	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar ¹	53	64,3 (8,7)	29,4 (4,6)	64,2
	Samrehab Högsby	18	63,1 (10,3)	29,6 (5,2)	72,2
	Samrehab Vimmerby	156	62,8 (10,5)	28,5 (4,9)	66,0
	Samrehab, Mönsterås	111	64,4 (8,4)	28,4 (4,3)	77,5
	Samrehab, Oskarshamn	51	63,2 (9,2)	27,8 (4,5)	74,5
Västerviks sjh	97	65,5 (8,3)	29,5 (6,1)	81,4	
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	85	61,5 (9)	26,8 (4,3)	78,8
	Primärvårdsrehab, Ljungby	13	63,5 (9,4)	28,9 (3,8)	92,3
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	68	67,5 (9,5)	27,3 (3,9)	67,6
Norrbottnen	Furunäsets Vårdcentral	17	64,3 (7,5)	28,8 (6,5)	82,4
	Hortlax Vårdcentral, Piteå	18	64,2 (7,5)	29,6 (4,9)	66,7
	Jokkmokks vårdcentral	24	62,8 (6,5)	29,3 (5,4)	91,7
	Primärvården Boden	15	62,1 (6,5)	29,7 (3,6)	60,0

¹ Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga

Tabell 5b forts. Knä. Antal patienter, ålder, BMI och kön, 2008–2012.

LANDSTING	Enhet	Patienter antal	Ålder medelvärde (SD)	BMI kg/m ² medelvärde (SD)	Kvinna andel %
Skåne	Berga läkarhus, Helsingborg	14	68,9 (8)	30,6 (5,4)	42,9
	Bjärereds Vårdcentral	21	70,9 (6,9)	28,2 (4,6)	71,4
	Brahehälsan Löberöd	71	65,3 (9,7)	30,3 (5,4)	73,2
	Capio Citykliniken, Lund	122	61,9 (8,9)	28,3 (4,6)	67,2
	Deltagruppen Helsingborg	135	65,5 (8)	28,4 (4,8)	74,8
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	59	69,4 (10,1)	27,8 (4,2)	69,5
	Fysiocenter, Malmö	58	59,7 (9,7)	26,8 (3,8)	86,2
	Förslöv Vårdcentral	27	65,5 (9,6)	29,3 (8,2)	81,5
	Helsingborgs Fysio	16	66,6 (8,5)	28,1 (5,2)	93,8
	Höörs Vårdcentral	32	66,2 (9,9)	28,8 (5,3)	68,8
	Klippans Vårdcentral	40	66,9 (9,7)	30,6 (4,7)	82,5
	Lomma Vårdcentral	65	68,3 (9,4)	27,2 (4,4)	60,0
	Malmö Abels Rehab	610	63,9 (10,2)	28,8 (5,1)	76,2
	Näsets Läkargrupp	58	68,3 (8,1)	27,2 (4)	69,0
	Nöbbelöv Vårdcentral	29	69,1 (7,1)	27,2 (4,5)	89,7
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	37	64,9 (10,4)	27,6 (4,5)	83,8
	SUS, Malmö	89	59,2 (9,4)	27,9 (4,6)	70,8
	Sjökrona VC Höganäs	84	67,1 (10,2)	28,9 (4,5)	75,0
	Solljughälsan, Örkelljunga	52	63,2 (8,6)	28,9 (5,4)	84,6
	Söderåsens Vårdcentral	25	63,2 (13,1)	28,9 (5,1)	68,0
	Trelleborg Lyftet Rehab	122	64,3 (9,2)	29,6 (5,1)	76,2
	VC Hörby	40	64,4 (10)	29,0 (5,3)	85,0
	Vårdcentralen Centrum, Landskrona	14	66,4 (10,6)	27,3 (3,9)	71,4
	Vårdcentralen Dalby	20	66,6 (8,4)	28,1 (4,7)	80,0
	Vårdcentralen Sjöbo	61	66,1 (8,9)	29,5 (4,8)	59,0
	Vårdcentralen Skurup	59	65,5 (9,6)	30,1 (5)	74,6
	Vårdcentralen Staffanstorps	10	68,9 (8,5)	28,8 (1,7)	80,0
	Vårdcentralen Tollarp	34	67,3 (9,5)	28,1 (5,2)	85,3
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	84	70,1 (9,5)	28,2 (5,3)	77,4
	Stockholm	Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	19	65,6 (11,7)	28,4 (4,5)	73,7
Dalen Rehab Södra, SLSO		21	70,3 (6,5)	26,6 (4,7)	76,2
Järfällahälsan		15	56,3 (5,4)	26,9 (3,2)	80,0
Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd		17	72,3 (10,4)	26,5 (4)	76,5
Nynäshamns VC, Rehabilitering		38	65,2 (10,3)	29,6 (5,5)	76,3
Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm		22	70,3 (8,4)	26,9 (4,2)	68,2
Primärvårdsrehab Haninge		25	64,5 (11,6)	29,0 (4,6)	60,0
Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO		26	63,7 (6,7)	28,7 (5,4)	76,9
Primärvårdsrehab Bromma		17	75,3 (8,3)	30,0 (5,4)	64,7
Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus		79	65,8 (9)	27,2 (4,1)	82,3
Salems vårdcentral, Rönninge		19	69,1 (5,3)	29,3 (4,4)	63,2
Sollentuna Rehabgrupp		30	66,3 (7,3)	27,9 (4,4)	80,0
Tallhöjden Rehab, Södertälje		19	68,1 (9,3)	29,8 (4,2)	78,9
Vallentuna Primärvårdsrehab		16	70,3 (5,1)	27,5 (3,7)	93,8
Sörmland	Gnesta VC	19	63,8 (9,9)	28,5 (4,4)	57,9
Uppsala	Ena Sjukgymnastik, Enköping	38	62,8 (6,8)	28,7 (5,1)	92,1
	Enköpings Husläkarcentrum	20	65,4 (8,1)	27,2 (4,2)	80,0
	Gimo Vårdcentral	46	68,1 (8,7)	28,5 (4,8)	76,1
Värmland	Hagfors VC	12	68,5 (10,7)	32,0 (6,9)	83,3
	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	132	66,8 (9,9)	29,2 (7,5)	68,2
	Rehabilitering, Kristinehamn	105	65,3 (9,4)	28,5 (5,1)	64,8
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	169	65,0 (10)	28,0 (5,2)	70,4
	Sjukhuset Torsby	12	69,3 (9,5)	28,7 (7,2)	25,0
	VC Gripen, Karlstad CSK	478	66,1 (10)	28,4 (4,9)	67,8
	Vårdcentralen Munkfors	15	65,9 (12,3)	29,0 (4,9)	80,0
Vårdcentralen Sunne	30	67,1 (12,4)	28,2 (4,8)	63,3	

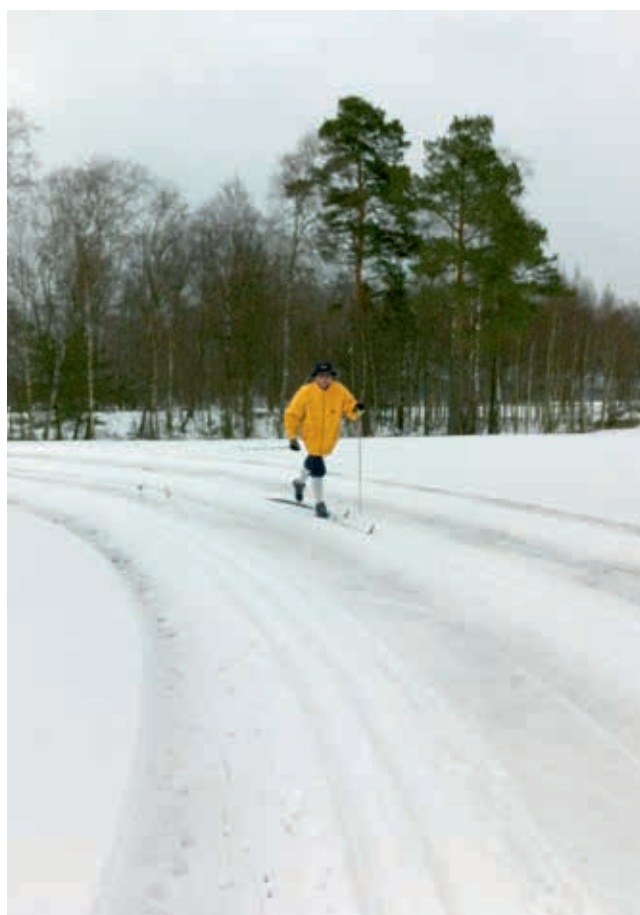
Tabell 5b forts. Knä. Antal patienter, ålder, BMI och kön, 2008–2012.

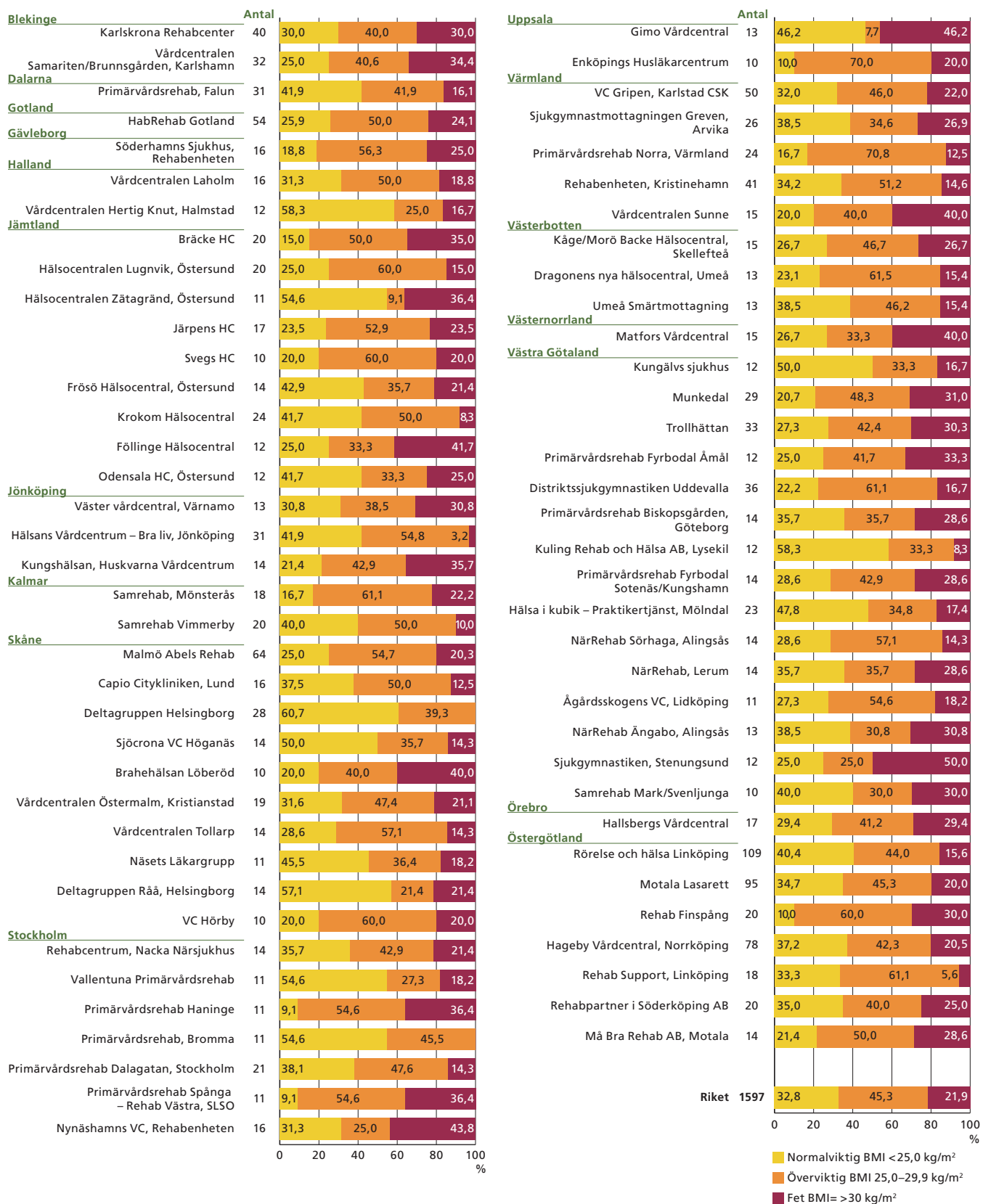
LANDSTING	Enhet	Patienter antal	Ålder medelvärde (SD)	BMI kg/m ² medelvärde (SD)	Kvinna andel %
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	63,0 (11,2)	27,2 (4,1)	76,9
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	51	65,7 (9,5)	27,9 (3,5)	62,7
	Holmsunds Hälsocentral	31	63,9 (9,2)	29,2 (4)	71,0
	Hälsocentralen Tre älvar	37	65,9 (8,7)	28,6 (4,4)	81,1
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	91	63,7 (8)	28,3 (6)	79,1
	Mariehems Hälsocentral, Umeå	30	64,2 (11)	27,6 (3,1)	90,0
	NUS Umeå	267	61,1 (10,3)	28,9 (5,3)	65,5
	Tegs Hälsocentral, Umeå	78	65,8 (9,2)	28,7 (5,2)	78,2
	Umeå Smärtemottagning	46	64,8 (9,7)	28,4 (5,3)	65,2
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	84	63,2 (9,1)	29,5 (5,4)	67,9
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	58	62,8 (9,6)	28,9 (4,3)	74,1
Västra Götaland	City Sjukgymnastik, Trollhättan	34	60,9 (10,3)	28,6 (6,7)	61,8
	Distriktssjukgymnastiken Tanum	15	69,1 (7,8)	27,5 (3,5)	40,0
	Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	85	67,1 (8,5)	28,0 (3,7)	60,0
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	51	64,5 (8,8)	28,9 (5)	72,5
	I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	19	70,1 (8,1)	24,5 (2,6)	78,9
	Kortedala Rehab Göteborg	29	63,1 (7,5)	30,6 (3,9)	65,5
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	17	64,5 (8,6)	28,3 (6,3)	82,4
	Kungälv sjukhus	265	63,6 (9,6)	29,1 (5,2)	63,4
	Munkedal	172	64,6 (9,7)	29,1 (5,1)	59,9
	Nygårds VC Bengtsfors	20	64,4 (4,8)	26,0 (3,8)	65,0
	NärRehab Sörhaga, Alingsås	40	66,2 (8,4)	28,5 (4,8)	65,0
	NärRehab Ångabo, Alingsås	21	63,7 (8,6)	27,3 (6,3)	57,1
	NärRehab, Lerum	38	68,4 (9)	27,7 (3,9)	57,9
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	46	65,5 (9,5)	29,0 (4,9)	82,6
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Sotenäs/Kungshamn	36	64,6 (7,4)	28,2 (4,3)	83,3
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	42	64,6 (9,4)	28,3 (5)	78,6
	Primärvårdsrehab Gamlestadstorget, Göteborg	12	68,1 (9,1)	29,3 (5,5)	75,0
	Rehab Dalslands Sjh	54	63,0 (7,9)	29,4 (4,6)	66,7
	SU/Mölndal	252	62,2 (9,6)	28,6 (5,1)	60,7
	Samrehab Mark/Svenljunga	40	64,5 (11,2)	27,9 (4,4)	57,5
Sjukgymnastiken, Stenungsund	35	65,7 (6,6)	27,4 (4,1)	71,4	
Trollhättan	255	66,8 (9,3)	28,6 (5,4)	74,5	
VC Färgelanda	14	65,4 (9,9)	30,9 (5,2)	50,0	
Vänersborg	24	66,8 (10)	28,1 (3,8)	75,0	
Ågårdsskogens VC, Lidköping	19	66,1 (10,8)	27,2 (3,9)	78,9	
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	86	66,3 (9,4)	28,5 (4,4)	74,4
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	399	65,6 (10)	28,5 (4,7)	66,9
	Motala Lasarett	415	64,5 (10)	29,0 (5,2)	67,0
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	66,2 (7,2)	26,7 (3,1)	78,6
	Rehab Finspång	144	68,0 (9)	28,9 (4,7)	61,1
	Rehab Support, Linköping	45	65,4 (9)	29,8 (4,2)	53,3
	Rehabpartner i Söderköping AB	66	66,5 (9,1)	28,0 (4,9)	72,7
	Rörelse och hälsa Linköping	488	66,3 (9,9)	28,2 (5)	71,5
Riket		10253	65 (9,6)	28,6 (5)	71,3

BMI

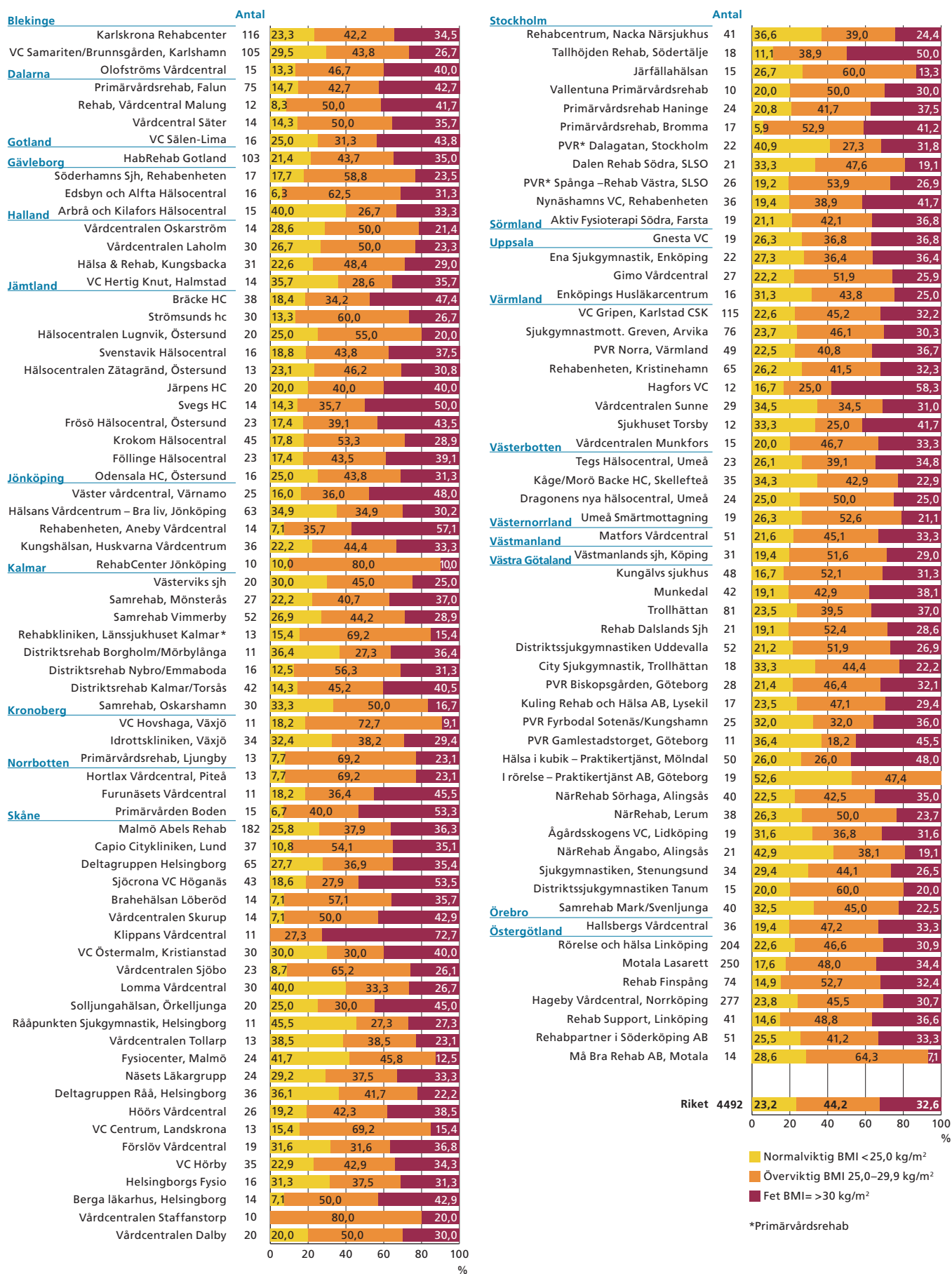
Övervikt är en känd riskfaktor för utveckling av artros, framför allt i knäleder, men även för fingerledsartros. När det gäller samband mellan övervikt och höftartros är evidensen inte lika tydlig, även om övervikt har ett starkt samband med ökade höftbesvär och risk för protesoperation. Body mass index (BMI) används ofta för att klassificera kroppsvikt i relation till kroppsstorlek. BMI räknas ut genom att dividera kroppsvikten uttryckt i kg med kvadraten av kroppslängden, uttryckt i meter. Gränsen för normalvikt går enligt Världshälsoorganisationen WHO vid 25 kg/m^2 , övervikt innebär ett BMI mellan $25,0$ och $29,99$ och personer med ett BMI på 30 eller mer klassas som feta. BMI är ett grovt mått och kan för mycket muskulösa personer ge ett missvisande resultat. I BOA-registret studerar vi medelvärden för grupper av individer. På så sätt får enstaka värden mindre betydelse. För att få pålitliga värden bör längd och vikt mätas med längdmätare och våg. I BOA-registret är BMI i de flesta fall baserade på patientens självrapporterade uppgifter och bör därför tolkas med en viss försiktighet. På klinisknivå bör hänsyn tas till att det i en del fall handlar om relativt få patienter, vilket gör att enstaka värden får större betydelse. Endast kliniker med mer än 10 patienter med BMI-data redovisas i tabellen.

Patienter med höftartros hade ett BMI på $27,0$ (SD $4,4$) kg/m^2 jämfört med $28,6$ (SD $5,0$) kg/m^2 för dem med knäartros, som framgår av Tabell 5a–b på föregående sidor. Var tredje patient med höftartros var normalviktig och var fjärde med knäartros. En tredjedel av patienterna med knäartros var feta jämfört med en femtedel av patienter med höftartros (Figur 5a–b). Patienten anger sin vikt enbart vid artrosskolans start. Viktreduktion ingår som en väsentlig del i grundbehandlingen av artros. Såväl viktreduktion som ökad fysisk aktivitet innebär livsstilsförändringar för de flesta patienter med artros. Sjukgymnasters kompetens ligger främst inom området fysisk aktivitet och anpassad träning, varför artrosskolans fokus är att öka den fysiska aktivitetsnivån snarare än att minska kroppsvikten.



Figur 5a. Höft. Fördelning av BMI kg/m², 2012.

Figur 5b. Knä. Fördelning av BMI kg/m², 2012.



* Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga

Besvär från hand- och fingerleder

Handartros är mycket vanligt förekommande. Efter 65 års ålder är det vanligare att ha artros i någon fingerled än att inte ha det. Många patienter med höft- och knäartros har också besvär från sina händer som påverkar deras aktiviteter i dagliga livet. Det finns inte på långt när så mycket forskning kring behandling av handartros som det finns för höft- och framförallt knäartros. Å andra sidan finns det heller inget som tyder på att information och anpassad fysisk aktivitet, som i artrosskolan, skulle

vara skadligt vid handartros. Höft- eller knäartros i kombination med fingerledsartros kan vara en indikation på mer generaliserad artros, som drabbar flera leder i kroppen (tre eller fler ledsystem). I BOA-registret ser vi att trots att vi enbart registrerar patienter med besvär från höft eller knä rapporterar 45% av patienterna att de också har besvär från sina hand- eller fingerleder. Tabell 6a–b visar antal och andel patienter med besvär från hand- och fingerleder på kliniknivå.

Tabell 6a. Höft. Antal och andel patienter av det totala antalet per enhet som har angett besvär från hand-/fingerleder.

LANDSTING	Enhet	Besvär från hand-/fingerled	
		Antal	Andel (%)
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	76	55,3
	Ronneby Vårdcentral	14	64,3
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	39	48,7
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	28	39,3
Gotland	HabRehab Gotland	76	64,5
Gävleborg	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	30	16,7
	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	33	30,3
Halland	Tudorkliniken, Halmstad	16	62,5
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	11	45,5
	Vårdcentralen Laholm	13	53,8
Jämtland	Bräcke HC	17	52,9
	Krokom Hälsocentral	17	52,9
	Svenstavik Hälsocentral	13	61,5
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	21	57,1
	Väster vårdcentral, Värnamo	13	53,8
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	11	36,4
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	28	53,6
	Samrehab Vimmerby	58	46,6
	Samrehab, Mönsterås	48	54,2
	Västerviks sjh	44	56,8
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	23	47,8
Skåne	Bjärreds Vårdcentral	13	23,1
	Brahehälsan Löberöd	32	34,4
	Capio Citykliniken, Lund	42	35,7
	Deltagruppen Helsingborg	48	39,6
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	15	46,7
	Fysiocenter, Malmö	10	60,0
	Höörs Vårdcentral	11	45,5
	Klippans Vårdcentral	10	40,0
	Lomma Vårdcentral	27	22,2
	Malmö Abels Rehab	215	45,6
	Näsets Läkargrupp	18	38,9
	SUS, Malmö	21	42,9
	Sjöcrona VC Höganäs	17	64,7

Tabell 6a forts. Höft. Antal och andel patienter av det totala antalet per enhet som har angett besvär från hand-/fingerleder.

LANDSTING	Enhet	Besvär från hand-/fingerled	
		Antal	Andel (%)
Skåne forts.	Solljunga hälsan, Örkelljunga	22	63,6
	Trelleborg Lyftet Rehab	45	57,8
	Vårdcentralen Sjöbo	13	30,8
	Vårdcentralen Skurup	17	23,5
	Vårdcentralen Tollarp	12	41,7
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	26	53,8
Stockholm	Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	14	35,7
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	11	72,7
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	29	58,6
	Vallentuna Primärvårdsrehab	10	70,0
Uppsala	Gimo Vårdcentral	17	82,4
Värmland	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	71	36,6
	Rehabiliteringen, Kristinehamn	46	32,6
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	38	44,7
	VC Gripen, Karlstad CSK	299	37,1
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	53,8
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	31	32,3
	Hälsocentralen Tre älvar	16	68,8
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	26	26,9
	NUS Umeå	131	25,2
	Tegs Hälsocentral, Umeå	21	28,6
	Umeå Smärtmottagning	41	41,5
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	31	45,2
Västra Götaland	Distriktsjukgymnastiken Uddevalla	32	59,4
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	17	41,2
	Kortedala Rehab Göteborg	12	41,7
	Kungälv sjukhus	70	38,6
	Munkedal	74	50,0
	Nygårds VC Bengtsfors	14	28,6
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	20	10,0
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Sotenäs/Kungshamn	14	64,3
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	40	32,5
	Rehab Dalslands Sjh	27	25,9
	SU/Mölndal	98	30,6
	Trollhättan	122	37,7
	Vänersborg	19	47,4
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	35	40,0
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	87	35,6
	Motala Lasarett	144	37,5
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	42,9
	Rehab Finspång	35	34,3
	Rehab Support, Linköping	10	50,0
	Rehabpartner i Söderköping AB	21	57,1
	Rörelse och hälsa Linköping	188	38,3
Riket		3629	43

Tabell 6b. Knä. Antal och andel patienter av det totala antalet per enhet som har anget besvär från hand-/fingerleder.

LANDSTING	Enhet	Besvär från hand-/fingerled	
		Antal	Andel (%)
Blekinge	Kallinge Vårdcentral	15	53,3
	Karlskrona Rehabcenter	219	45,2
	Ronneby Vårdcentral	39	66,7
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	105	42,9
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	54	51,9
Gotland	HabRehab Gotland	160	60,6
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	26	61,5
	Edsbyn och Alfta Hälsocentral	21	61,9
	Hälsocentralen Delsbo	14	64,3
	Iggesunds Hälsocentral	15	46,7
	Rehabiliteringen Ljusdal	11	36,4
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	49	36,7
	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	38	42,1
Halland	Hälsa & Rehab, Kungsbacka	22	54,5
	Tudorkliniken, Halmstad	25	64,0
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	17	52,9
	Vårdcentralen Laholm	30	66,7
	Vårdcentralen Oskarström	23	65,2
Jämtland	Bräcke HC	20	65,0
	Frösö Hälsocentral, Östersund	11	81,8
	Föllinge Hälsocentral	12	75,0
	Järpens HC	11	63,6
	Krokom Hälsocentral	37	43,2
	Odensala HC, Östersund	16	62,5
	Strömsunds hc	21	61,9
	Svegs HC	14	85,7
Svenstavik Hälsocentral	19	47,4	
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	43	46,5
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	20	50,0
	RehabCenter Jönköping	10	60,0
	Rehabiliteringen, Aneby Vårdcentral	11	27,3
	Väster vårdcentral, Värnamo	17	70,6
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	54	37,0
	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	12	25,0
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	53	37,7
	Samrehab Högsby	17	47,1
	Samrehab Vimmerby	136	46,3
	Samrehab, Mönsterås	102	47,1
	Samrehab, Oskarshamn	46	43,5
	Västerviks sjh	87	47,1
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	68	38,2
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	58	43,1
Norrbottn	Furunäsets Vårdcentral	13	69,2
	Hortlax Vårdcentral, Piteå	12	41,7
	Jokkmokks vårdcentral	19	47,4

Tabell 6b forts. Knä. Antal och andel patienter av det totala antalet per enhet som har anget besvär från hand-/fingerleder.

LANDSTING	Enhet	Besvär från hand-/fingerled	
		Antal	Andel (%)
Skåne	Bjärreds Vårdcentral	21	28,6
	Brahehälsan Löberöd	70	38,6
	Capio Citykliniken, Lund	107	49,5
	Deltagruppen Helsingborg	107	43,0
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	51	58,8
	Fysiocenter, Malmö	51	52,9
	Förslov Vårdcentral	17	41,2
	Helsingborgs Fysio	10	80,0
	Höörs Vårdcentral	19	42,1
	Klippans Vårdcentral	34	61,8
	Lomma Vårdcentral	53	37,7
	Malmö Abels Rehab	554	51,1
	Näsets Läkargrupp	51	31,4
	Nöbbelöv Vårdcentral	29	44,8
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	32	75,0
	SUS, Malmö	89	43,8
	Sjöcrona VC Höganäs	63	60,3
	Solljughälsan, Örkelljunga	45	82,2
	Söderåsens Vårdcentral	24	41,7
	Trelleborg Lyftet Rehab	121	45,5
VC Hörby	25	60,0	
Vårdcentralen Dalby	20	80,0	
Vårdcentralen Sjöbo	43	46,5	
Vårdcentralen Skurup	52	42,3	
Vårdcentralen Tollarp	29	58,6	
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	67	47,8	
Stockholm	Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	10	50,0
	Dalen Rehab Södra, SLSO	11	72,7
	Järfällahälsan	10	60,0
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	17	35,3
	Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	32	40,6
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	16	56,3
	Primärvårdsrehab Haninge	11	54,5
	Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	15	73,3
	Primärvårdsrehab, Bromma	12	50,0
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	67	55,2
	Salems vårdcentral, Rönninge	10	40,0
	Sollentuna Rehabgrupp	30	63,3
	Tallhöjden Rehab, Södertälje	14	50,0
	Vallentuna Primärvårdsrehab	14	64,3
Uppsala	Ena Sjukgymnastik, Enköping	30	53,3
	Enköpings Husläkarcentrum	15	40,0
	Gimo Vårdcentral	30	53,3

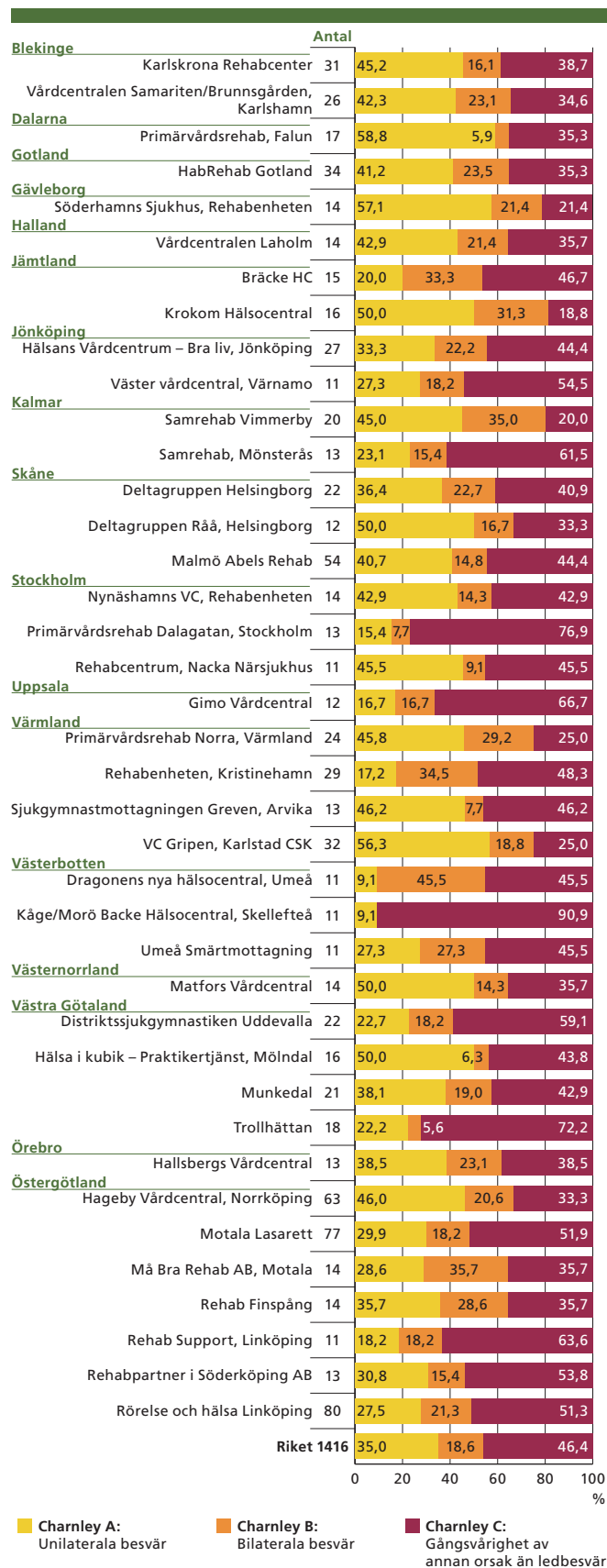
Tabell 6b forts. Knä. Antal och andel patienter av det totala antalet per enhet som har anget besvär från hand-/fingerleder.

LANDSTING	Enhet	Besvär från hand-/fingerled	
		Antal	Andel (%)
Värmland	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	129	37,2
	Rehabenheten, Kristinehamn	72	37,5
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	144	44,4
	VC Gripen, Karlstad CSK	436	38,3
	Vårdcentralen Sunne	12	50,0
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	46,2
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	44	50,0
	Holmsunds Hälsocentral	31	32,3
	Hälsocentralen Tre älvar	37	51,4
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	67	52,2
	Mariehems Hälsocentral, Umeå	28	50,0
	NUS Umeå	267	36,7
	Tegs Hälsocentral, Umeå	70	37,1
	Umeå Smärtmottagning	40	27,5
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	68	45,6
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	45	66,7
Västra Götaland	City Sjukgymnastik, Trollhättan	28	35,7
	Distriktsjukgymnastiken Uddevalla	66	53,0
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	30	63,3
	I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	14	28,6
	Kortedala Rehab Göteborg	28	42,9
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	13	69,2
	Kungälv sjukhus	247	41,3
	Munkedal	160	43,1
	Nygårds VC Bengtsfors	16	31,3
	NärRehab, Lerum	11	81,8
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	37	56,8
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Sotenäs/Kungshamn	30	60,0
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	37	45,9
	Rehab Dalslands Sjh	51	49,0
	SU/Mölndal	248	35,5
	Sjukgymnastiken, Stenungsund	18	55,6
	Trollhättan	224	44,2
	VC Färgelanda	11	27,3
	Vänersborg	24	41,7
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	78	33,3
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	330	40,9
	Motala Lasarett	308	46,8
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	35,7
	Rehab Finspång	108	42,6
	Rehab Support, Linköping	33	42,4
	Rehabpartner i Söderköping AB	50	60,0
	Rörelse och hälsa Linköping	402	43,8
Riket		8337	47,1

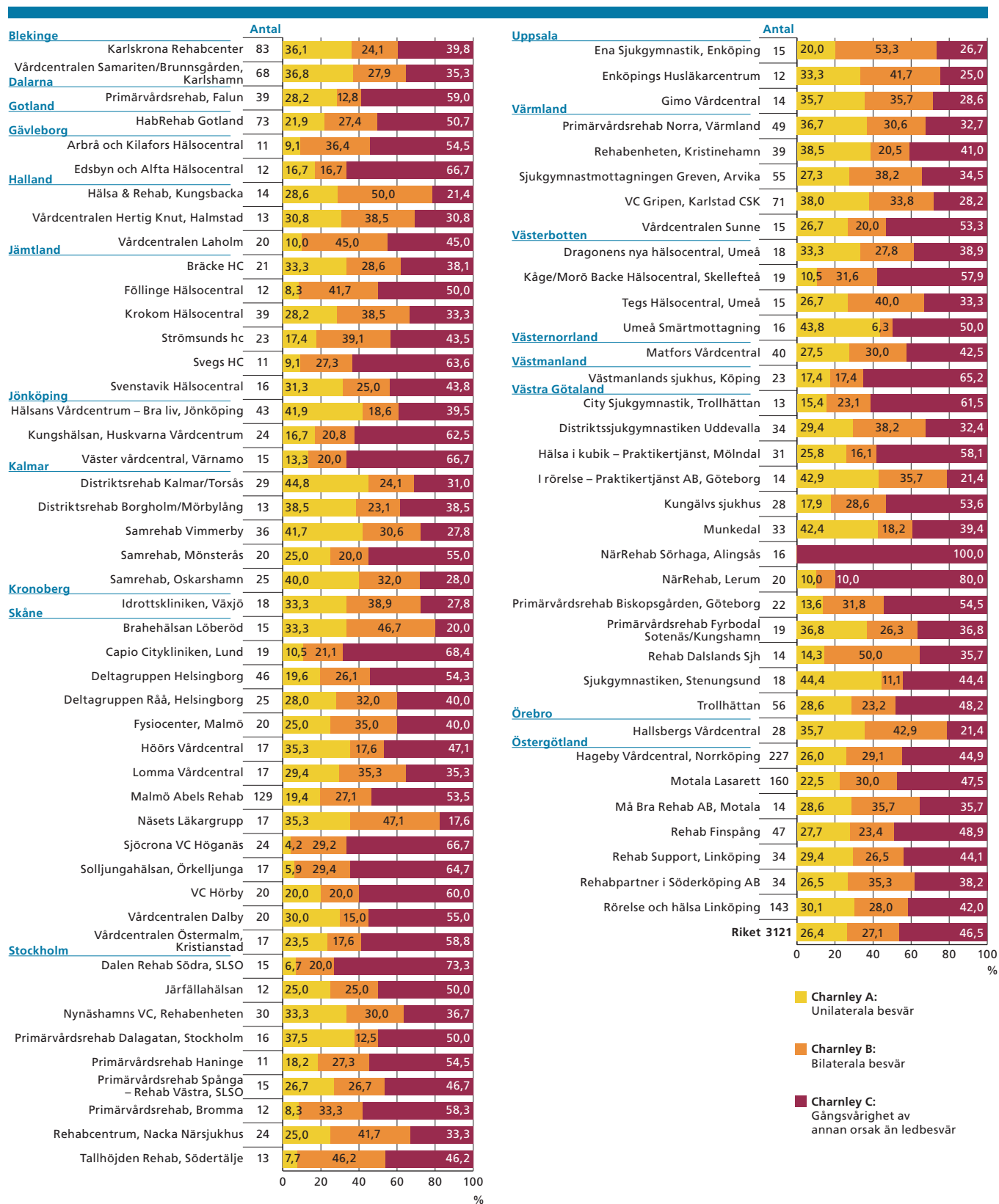
Charnley-kategorier

Artros kan förekomma i en enda led eller i flera leder samtidigt. Det är också mycket vanligt med andra sjukdomar i kombination med artros. Det är inte möjligt att säga vad som är orsak och verkan, men inaktivitetsrelaterade sjukdomar som diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar är mycket vanliga hos patienter med artros. Charnley-kategori är ett enkelt sätt att mäta samsjuklighet, eller komorbiditet. Charnley-kategori beräknas i princip utifrån två frågor: "Har du besvär från den andra höften/knät?" "Har du av någon annan anledning svårt att gå?" Charnley-kategori A betyder unilaterala besvär, kategori B betyder bilaterala besvär, och kategori C innebär annan sjukdom som påverkar gångförmågan. Det här är givetvis ett grovt mått på samsjuklighet, då det kan finnas flera diagnoser eller besvär som inte påverkar gångförmågan. Dock kan man säga att kategori C skattar sig som mindre mobila än de övriga två. Figur 6a–b visar fördelningen av Charnley-kategorier i BOA-registret för patienterna som inkluderats under 2012. En tredjedel av patienterna har besvär enbart från en led, medan 45% anger andra orsaker till gångsvårigheter än artros i den aktuella leden. Artrosskolan har sannolikt bäst effekt på dem med Charnley-kategori A.

Figur 6a. Höft. Andel och antal Charnley A, B och C, 2012.



Figur 6b. Knä. Andel och antal Charnley A, B och C, 2012.



Civilstatus och sjukskrivning

Personer som har svårigheter att läsa och förstå svenska kan ha svårt att besvara frågeformulären, som ännu inte finns på andra språk. Språksvårigheter är inte något hinder för att få informationen i artrosskolan, men undervisningen sker då lämpligen individuellt. Patienter som registreras i BOA-registret ska ha god förståelse för svenska språket.

Artros drabbar en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder. I BOA-registret är hälften av patienterna under 65 år. Sjukskrivning, sjukersättning och produktionsbortfall står för stora andelar av samhällskostnaderna till följd av artros. Patienter med knäartros är oftare sjukskrivna än befolkningen i övrigt (3). Det är oklart om det är på grund av artros, eller till följd av samsjuklighet. Tabell 7a–b visar att 12% av dem med knäartros och 7% av dem med höftartros som genomgått artrosskola anger att de är sjukskrivna på grund av sina höft- och knäbesvär.

Ett av målen med BOA är att med kunskap och individuellt anpassad träning minska sjukskrivning till följd av artros i höft och knä. Enbart sjukskrivning utan annan åtgärd har ingen eller mycket begränsad effekt vid artros i höft och knä. Personer med artros som har fysiskt tunga arbeten bör sannolikt fundera på möjligheterna till mindre belastande arbetsuppgifter. Långvarigt stillasittande påverkar också artrossjukdomen negativt. Ett arbete med omväxlande arbetsuppgifter eller möjlighet till förflyttningar och rörelse kan i många fall ses som en aktivitet som kan bidra till att minska besvären till följd av artros, precis som fysisk aktivitet.

Nedan redovisas självrapporterad civilstatus samt sjukskrivning fördelat på höfter och knän för män och kvinnor som varit på tremånadersuppföljning under 2012.

Tabell 7a. Höft. Karakteristika för patienter som har varit på individuellt besök hos sjukgymnasten vid 3 mån, 2012.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven >3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
Man	334	262	78,4	72	21,6	315	94,3	329	98,5	18	5,4	7	2,1
Kvinna	763	528	69,2	235	30,8	710	93,1	749	98,2	57	7,5	24	3,1
Totalt	1 097	790	72,0	307	28,0	1 025	93,4	1 078	98,3	75	6,8	31	2,8

Tabell 7b. Knä. Karakteristika för patienter som har varit på individuellt besök hos sjukgymnasten vid 3 mån, 2012.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven >3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
Man	718	595	82,9	121	16,9	679	94,6	706	98,3	80	11,1	23	3,2
Kvinna	1 869	1 291	69,1	563	30,1	1 720	92,0	1 834	98,1	229	12,3	67	3,6
Totalt	2 587	1 886	72,9	684	26,4	2 399	92,7	2 540	98,2	309	11,9	90	3,5

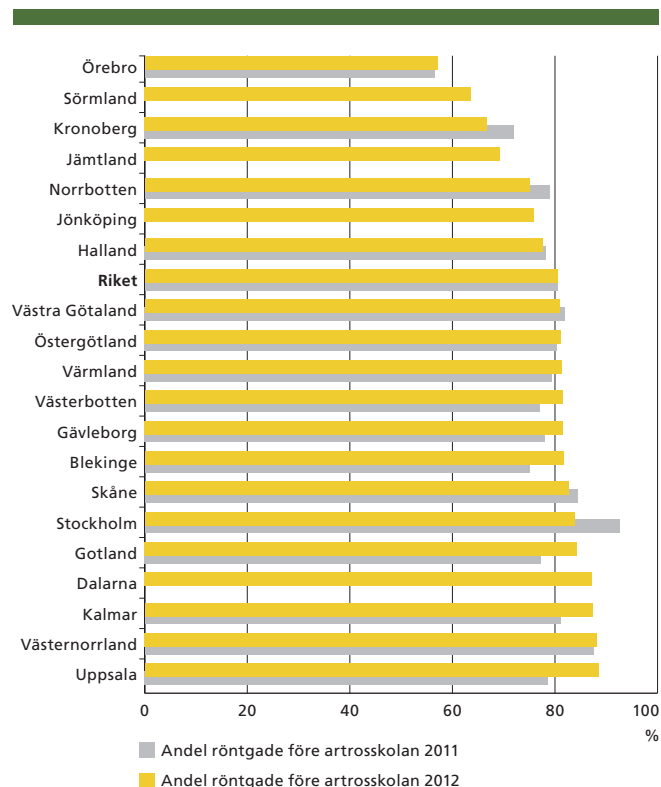
Tidigare åtgärder

Många patienter med artros får fortfarande besked från sjukvården att det inte finns något att göra åt artros och har enbart fått smärtlindring med läkemedel, eller ingen behandling alls. Många har provat olika läkemedel med varierande resultat och endast ett litet fåtal har hänvisats till sjukgymnast eller annan adekvat icke-kirurgisk och icke-farmakologisk behandling. En bidragande orsak till denna felaktiga uppfattning bland såväl patienter som sjukvårdspersonal kan säkert vara de myter som lever kvar om artros som "naturligt åldrande" och "förslitning" och att artros är en sjukdom som enbart drabbar ledbrosk. Många har också felaktiga föreställningar om vad brosk är och dess funktion. De senaste decenniernas forskning gör att vi nu vet bättre. Artros kan drabba alla vävnader i hela leden, ledbrosket behöver belastning och har förmåga att byggas upp och det finns mycket att göra. Det mesta kan patienterna göra själv med hjälp och stöd av rätt råd och anvisningar.

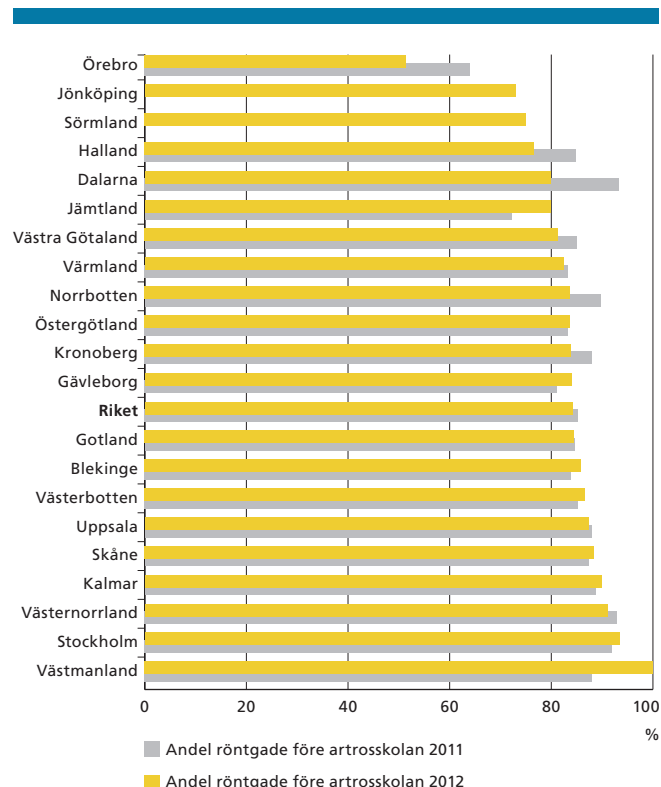
Andel röntgenverifierad artros

Diagnosen artros ska enligt Socialstyrelsens riktlinjer ställas med hjälp av anamnes och klinisk undersökning och röntgen bör endast användas i oklara fall, eller då specialistremiss övervägs. Sedan många år har diagnosförfarandet för artros baserats på röntgenförändringar, med eller utan symtom. Diagnos är ofta en förutsättning för att sätta in behandling. I BOA ställs diagnosen genom anamnes och undersökning, samt genom att exkludera andra möjliga orsaker till höft- och knäbesvär. Röntgenverifierad diagnos är inte nödvändigt för att gå artrosskola. Vi vill nå patienter med besvär från höft och knä så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, för att ha bästa möjlighet att kunna påverka genom livsstilsförändring och ökad aktivitetsnivå. Figur 7a–8b visar hur stor andel av patienterna i BOA-registret som anger att de har blivit röntgade respektive där röntgen enligt patienten har visat artrosförändringar. Variationerna mellan landsting är relativt stor, vilket indikerar olika rutiner i omhändertagandet av patienter med artros i Sverige.

Figur 7a. Höft. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2011–2012.



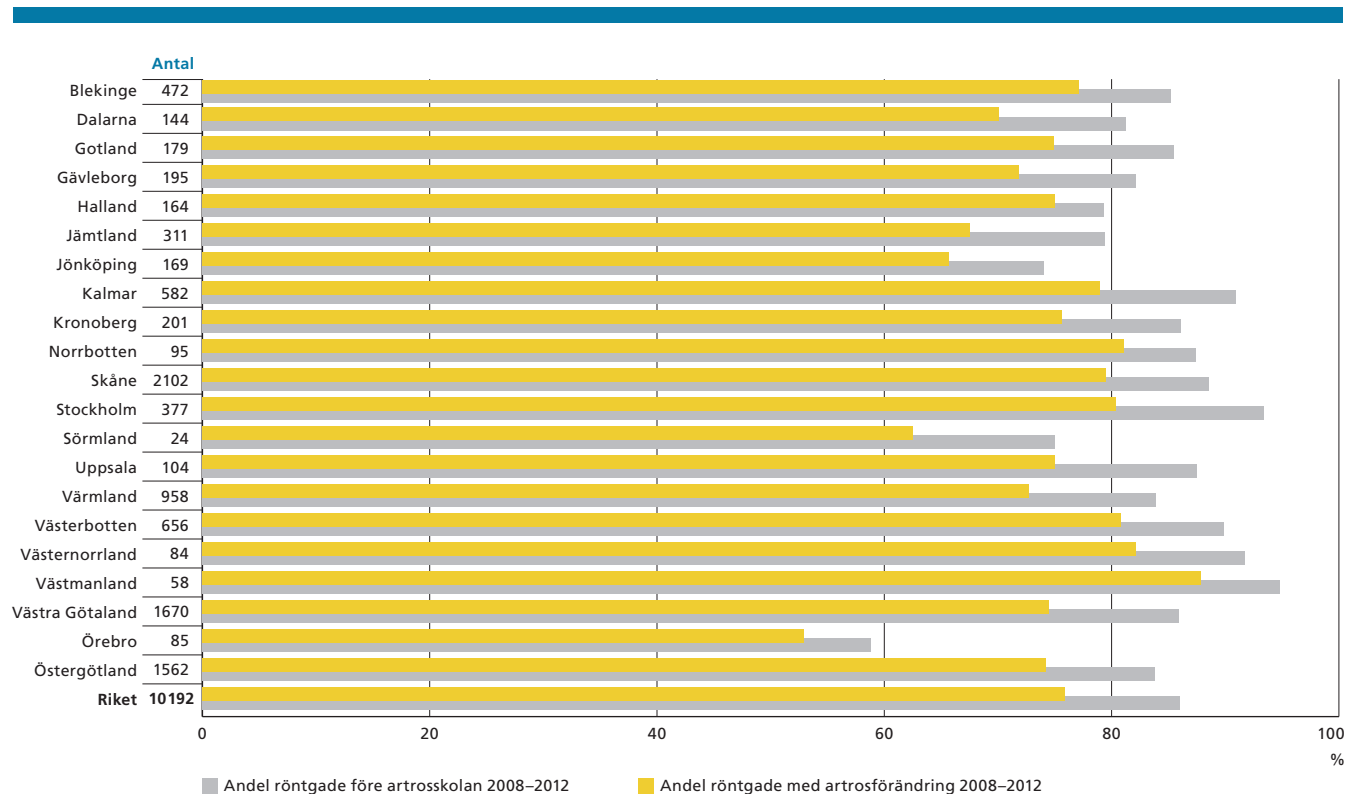
Figur 7b. Knä. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2011–2012.



Figur 8a. Höft. Antal och andel som blivit röntgade i aktuell led före artrosskolan, samt andel med artrosförändring på landstingsnivå.



Figur 8b. Knä. Antal och andel som blivit röntgade i aktuell led före artrosskolan, samt andel med artrosförändring på landstingsnivå.



Tidigare behandling hos sjukgymnast

I BOA-registret svarar patienterna på frågor från sjukgymnasten beträffande tidigare behandlingar. Patienter kan söka artrosskolan direkt och har då inte nödvändigtvis träffat någon annan i sjukvården före artrosskolan. Knappt hälften av patienterna anger att de har träffat en sjukgymnast för sina höft- eller knäbesvär före artrosskolan. Dock innebär det inte alltid att patienterna har fått adekvat grundbehandling. Enligt såväl nationella som internationella riktlinjer ska alla patienter med artros i höft och knä erbjudas information, individuellt anpassad träning och råd om viktreduktion när så behövs. Detta utgör också den evidens som ligger till grund för Socialstyrelsens riktlinjer. I BOA-registret har cirka hälften av patienterna träffat sjukgymnast före artrosskolan, men av dessa har endast cirka 14% av patienterna med höftartros och 22% av patienterna med knäartros erbjudits adekvat grundbehandling (Tabell 8a–b).



Tabell 8a. Höft. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling * före artrosskolan.

		Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
LANDSTING	Enhet	Antal	Antal	Antal
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	90	44	4
	Ronneby Vårdcentral	14	11	4
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	48	30	5
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	40	18	4
Gotland	HabRehab Gotland	91	41	9
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	12	4	1
	Iggesunds Hälsocentral	10	3	1
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	30	13	2
	Söderhamns Sjukhus, Rehabilitering	35	13	–
Halland	Tudorkliniken, Halmstad	16	12	4
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	13	9	1
	Vårdcentralen Laholm	18	11	1
Jämtland	Bräcke HC	20	19	3
	Frösö Hälsocentral, Östersund	14	6	–
	Föllinge Hälsocentral	12	5	2
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	13	3
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	11	7	1
	Järpens HC	17	9	3
	Krokom Hälsocentral	24	11	–
	Odensala HC, Östersund	13	10	2
	Svegs HC	11	7	3
	Svenstavik Hälsocentral	14	11	2
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	34	13	1
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	14	5	1
	Väster vårdcentral, Värnamo	17	10	3

Tabell 8a forts. Höft. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling * före artrosskolan.

LANDSTING	Enhet	Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
		Antal	Antal	Antal
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	13	5	–
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	28	14	–
	Samrehab Vimmerby	63	14	2
	Samrehab, Mönsterås	56	34	5
	Samrehab, Oskarshamn	12	5	2
	Västerviks sjh	46	25	5
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	27	20	2
Norrbottn	Furunäsets Vårdcentral	11	4	–
Skåne	Bjärreds Vårdcentral	13	11	1
	Brahehälsan Löberöd	32	25	–
	Capio Citykliniken, Lund	51	31	3
	Deltagruppen Helsingborg	59	33	3
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	15	8	–
	Fysiocenter, Malmö	16	11	2
	Höörs Vårdcentral	17	5	1
	Klippans Vårdcentral	11	8	1
	Lomma Vårdcentral	28	24	3
	Malmö Abels Rehab	228	147	25
	Näsets Läkargrupp	23	15	4
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	11	7	2
	SUS, Malmö	21	9	–
	Sjöcrona VC Höganäs	25	20	2
	Solljunga hälsan, Örkelljunga	26	15	–
	Trelleborg Lyftet Rehab	45	37	11
	VC Hörby	10	9	3
	Vårdcentralen Sjöbo	17	15	5
	Vårdcentralen Skurup	20	8	–
	Vårdcentralen Tollarp	19	6	3
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	31	14	2	
Stockholm	Järfällahälsan	10	1	1
	Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	20	10	2
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	22	15	2
	Primärvårdsrehab Haninge	11	5	–
	Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	11	4	–
	Primärvårdsrehab, Bromma	11	7	1
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	30	22	4
	Salems vårdcentral, Rönninge	10	7	2
	Vallentuna Primärvårdsrehab	11	8	1
Uppsala	Enköpings Husläkarcentrum	12	6	–
	Gimo Vårdcentral	19	16	4
Värmland	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	72	21	5
	Rehabiliteringen, Kristinehamn	65	14	3
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	52	15	1
	VC Gripen, Karlstad CSK	319	80	10
	Vårdcentralen Sunne	15	4	–
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	10	3
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	36	24	4
	Hälsocentralen Tre älvar	16	6	1
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	36	19	2
	NUS Umeå	131	70	8
	Tegs Hälsocentral, Umeå	26	11	–
Umeå Smärtmottagning	44	29	1	

Tabell 8a forts. Höft. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling* före artrosskolan.

LANDSTING	Enhet	Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
		Antal	Antal	Antal
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	33	18	–
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	15	10	–
Västra Götaland	Distriktssjukgymnastiken Tanum	12	4	–
	Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	50	46	5
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	24	23	1
	Kortedala Rehab Göteborg	12	4	–
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	12	10	2
	Kungälv sjukhus	74	35	3
	Munkedal	87	66	8
	Nygårds VC Bengtsfors	16	4	1
	NärRehab Sörhaga, Alingsås	14	6	1
	NärRehab Ängabo, Alingsås	13	9	3
	NärRehab, Lerum	14	9	–
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	25	9	3
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Sotenäs/Kungshamn	20	8	4
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	42	19	3
	Rehab Dalslands Sjh	31	13	4
	SU/Mölndal	100	44	4
	Samrehab Mark/Svenljunga	10	–	–
	Sjukgymnastiken, Stenungsund	12	5	1
	Trollhättan	143	63	7
	Vänersborg	19	3	–
	Ågårdsskogens VC, Lidköping	11	4	1
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	40	5	1
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	108	27	–
	Motala Lasarett	173	80	15
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	6	1
	Rehab Finspång	45	22	–
	Rehab Support, Linköping	20	10	–
	Rehabpartner i Söderköping AB	29	9	1
	Rörelse och hälsa Linköping	228	69	3
Riket		4452	2190	318

* Adekvat icke-kirurgisk behandling innebär att patienterna uppger att de har varit hos sjukgymnast, har fått information om anpassad träning och fått råd om viktreduktion.

Tabell 8b. Knä. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling* före artrosskolan.

		Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
LANDSTING	Enhet	Antal	Antal	Antal
Blekinge	Kallinge Vårdcentral	16	15	4
	Karlskrona Rehabcenter	254	96	18
	Olofströms Vårdcentral	16	5	2
	Ronneby Vårdcentral	40	24	4
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	142	67	16
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	90	34	14
	Rehab, Vårdcentral Malung	12	8	4
	VC Sälen-Lima	16	10	4
	Vårdcentral Säter	14	4	–
Gotland	HabRehab Gotland	190	94	18
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	30	17	–
	Edsbyn och Alfta Hälsocentral	28	14	1
	Hälsocentralen Delsbo	14	9	–
	Iggesunds Hälsocentral	18	5	–
	Rehabiliteringen Ljusdal	11	4	1
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	49	28	1
	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	44	11	1
Halland	Getinge Vårdcentral	10	5	–
	Hälsa & Rehab, Kungsbacka	37	14	3
	Tudorkliniken, Halmstad	26	18	3
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	20	8	1
	Vårdcentralen Laholm	39	27	8
	Vårdcentralen Oskarström	25	19	6
Jämtland	Bräcke HC	38	30	10
	Frösö Hälsocentral, Östersund	24	7	–
	Föllinge Hälsocentral	23	9	6
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	9	3
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	13	8	2
	Järpens HC	22	17	2
	Krokom Hälsocentral	49	24	11
	Odensala HC, Östersund	27	20	2
	Strömsunds hc	30	26	14
	Svegs HC	18	9	4
	Svenstavik Hälsocentral	19	11	3
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	67	17	7
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	39	27	8
	RehabCenter Jönköping	11	9	2
	Rehabiliteringen, Aneby Vårdcentral	14	6	3
	Väster vårdcentral, Värnamo	30	13	3
Kalmar	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga **	11	2	–
	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	68	24	9
	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	18	8	2
	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar	53	21	8
	Samrehab Högsby	18	15	7
	Samrehab Vimmerby	156	27	11
	Samrehab, Mönsterås	111	83	28
	Samrehab, Oskarshamn	51	22	4
	Västerviks sjh	97	47	17
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	85	66	24
	Primärvårdsrehab, Ljungby	13	6	1
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	68	46	5

Tabell 8b forts. Knä. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling * före artrosskolan.

LANDSTING	Enhet	Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
		Antal	Antal	Antal
Norrbottnen	Furunäsets Vårdcentral	17	10	1
	Hortlax Vårdcentral, Piteå	18	13	3
	Jokkmokks vårdcentral	24	19	5
	Primärvården Boden	15	13	6
Region Skåne	Berga läkarhus, Helsingborg	14	5	2
	Bjärreds Vårdcentral	21	19	8
	Brahehälsan Löberöd	71	50	12
	Capio Citykliniken, Lund	122	75	19
	Deltagruppen Helsingborg	135	80	16
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	59	35	8
	Fysiocenter, Malmö	58	46	9
	Förslöv Vårdcentral	27	12	1
	Helsingborgs Fysio	16	10	4
	Höörs Vårdcentral	32	8	1
	Klippans Vårdcentral	40	32	17
	Lomma Vårdcentral	65	49	9
	Malmö Abels Rehab	610	361	83
	Näsets Läkargrupp	58	28	8
	Nöbbelöv Vårdcentral	29	24	7
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	37	26	4
	SUS, Malmö	89	48	3
	Sjöcrona VC Höganäs	84	58	16
	Solljungahälsan, Örkelljunga	52	35	7
	Söderåsens Vårdcentral	25	15	5
	Trelleborg Lyftet Rehab	122	95	23
	VC Hörby	40	16	6
	Vårdcentralen Centrum, Landskrona	14	7	2
	Vårdcentralen Dalby	20	16	6
	Vårdcentralen Sjöbo	61	39	10
	Vårdcentralen Skurup	59	15	3
	Vårdcentralen Staffanstorp	10	3	2
Vårdcentralen Tollarp	34	17	3	
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	84	41	8	
Stockholm	Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	19	14	4
	Dalen Rehab Södra, SLSO	21	16	4
	Järfällahälsan	15	6	1
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	17	12	2
	Nynäshamns VC, Rehabenheten	38	12	3
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	22	16	4
	Primärvårdsrehab Haninge	25	4	1
	Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	26	8	3
	Primärvårdsrehab, Bromma	17	6	3
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	79	55	12
	Salems vårdcentral, Rönninge	19	12	3
	Sollentuna Rehabgrupp	30	22	5
	Tallhöjden Rehab, Södertälje	19	13	4
	Vallentuna Primärvårdsrehab	16	14	5
Sörmland	Gnesta VC	19	3	1
Uppsala	Ena Sjukgymnastik, Enköping	38	22	5
	Enköpings Husläkarcentrum	20	9	2
	Gimo Vårdcentral	46	27	4
Värmland	Hagfors VC	12	1	–
	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	132	30	9

Tabell 8b forts. Knä. Antal patienter som träffat sjukgymnast samt antal som fått adekvat icke-kirurgisk behandling * före artrosskolan.

LANDSTING	Enhet	Patienter	Träffat sjukgymnast före artrosskolan	Har fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola
		Antal	Antal	Antal
Värmland forts.	Rehabenheten, Kristinehamn	105	12	3
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	169	54	10
	Sjukhuset Torsby	12	2	–
	VC Gripen, Karlstad CSK	478	114	22
	Vårdcentralen Munkfors	15	9	3
	Vårdcentralen Sunne	30	11	3
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	8	–
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	51	25	4
	Holmsunds Hälsocentral	31	12	6
	Hälsocentralen Tre älvar	37	18	3
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	91	38	10
	Mariehems Hälsocentral, Umeå	30	20	3
	NUS Umeå	267	122	11
	Tegs Hälsocentral, Umeå	78	29	3
	Umeå Smärtmottagning	46	18	3
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	84	37	2
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	58	35	6
Västra Götaland	City Sjukgymnastik, Trollhättan	34	19	5
	Distriktssjukgymnastiken Tanum	15	5	1
	Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	85	78	7
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	51	47	8
	I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	19	14	1
	Kortedala Rehab Göteborg	29	16	7
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	17	12	2
	Kungälv sjukhus	265	139	21
	Munkedal	172	117	16
	Nygårds VC Bengtsfors	20	7	–
	NärRehab Sörhaga, Alingsås	40	18	2
	NärRehab Ängabo, Alingsås	21	14	3
	NärRehab, Lerum	38	22	1
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	46	23	8
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Sotenäs/Kungshamn	36	13	7
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	42	20	1
	Primärvårdsrehab Gamlestadsstorget, Göteborg	12	5	3
	Rehab Dalslands Sjh	54	33	7
	SU/Mölndal	252	135	27
	Samrehab Mark/Svenljunga	40	5	1
	Sjukgymnastiken, Stenungsund	35	8	2
	Trollhättan	255	131	13
	VC Färgelanda	14	2	–
Vänersborg	24	6	–	
Ågårdsskogens VC, Lidköping	19	10	2	
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	86	17	3
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	399	100	25
	Motala Lasarett	415	162	44
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	5	–
	Rehab Finspång	144	53	5
	Rehab Support, Linköping	45	19	4
	Rehabpartner i Söderköping AB	66	23	5
	Rörelse och hälsa Linköping	488	136	17
Riket	Riket	10253	4881	1077

* Adekvat icke-kirurgisk behandling innebär att patienterna uppger att de har varit hos sjukgymnast, har fått information om anpassad träning och fått råd om viktreduktion.

** Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga.

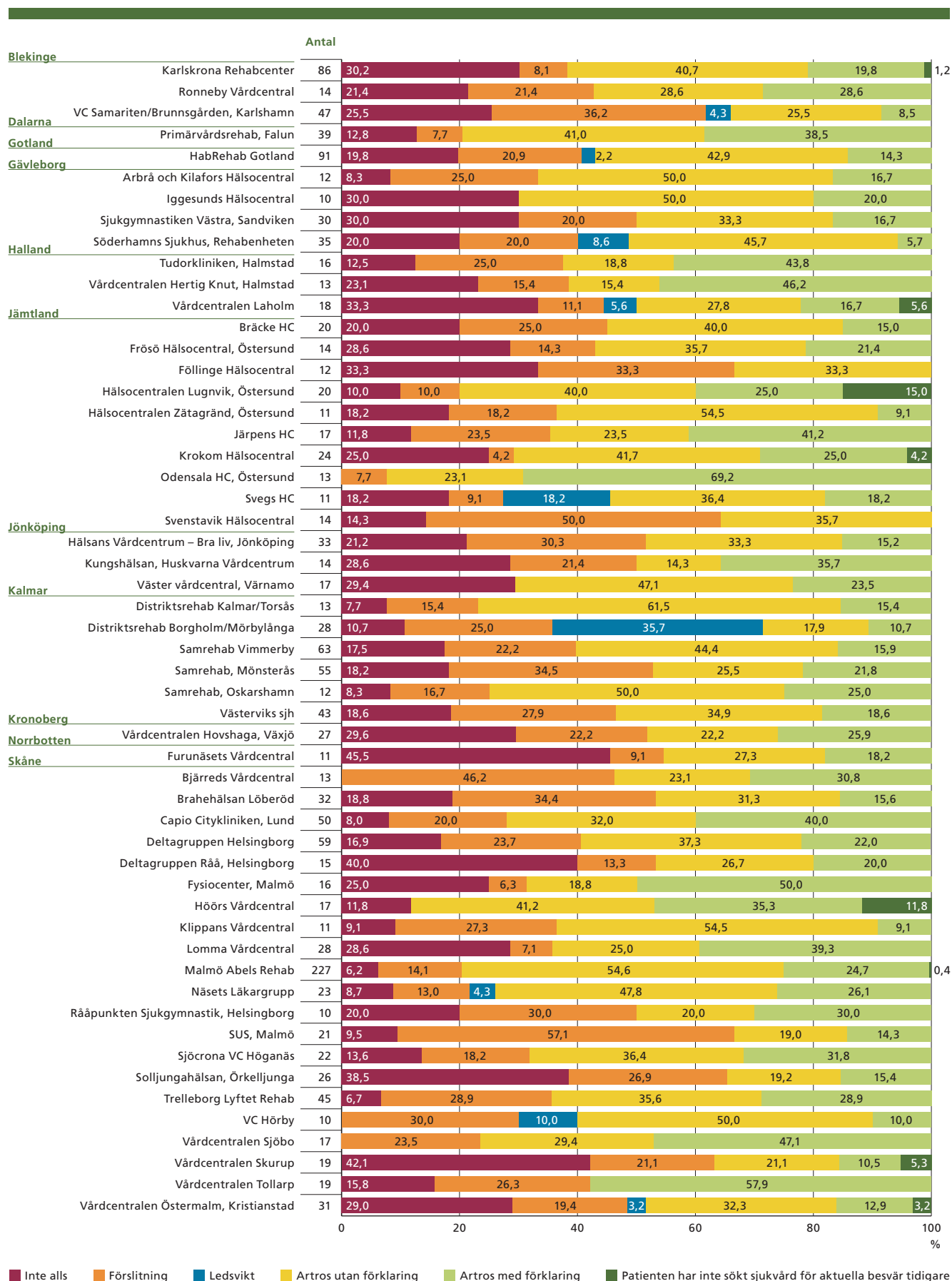


Vad har patienten fått för förklaring

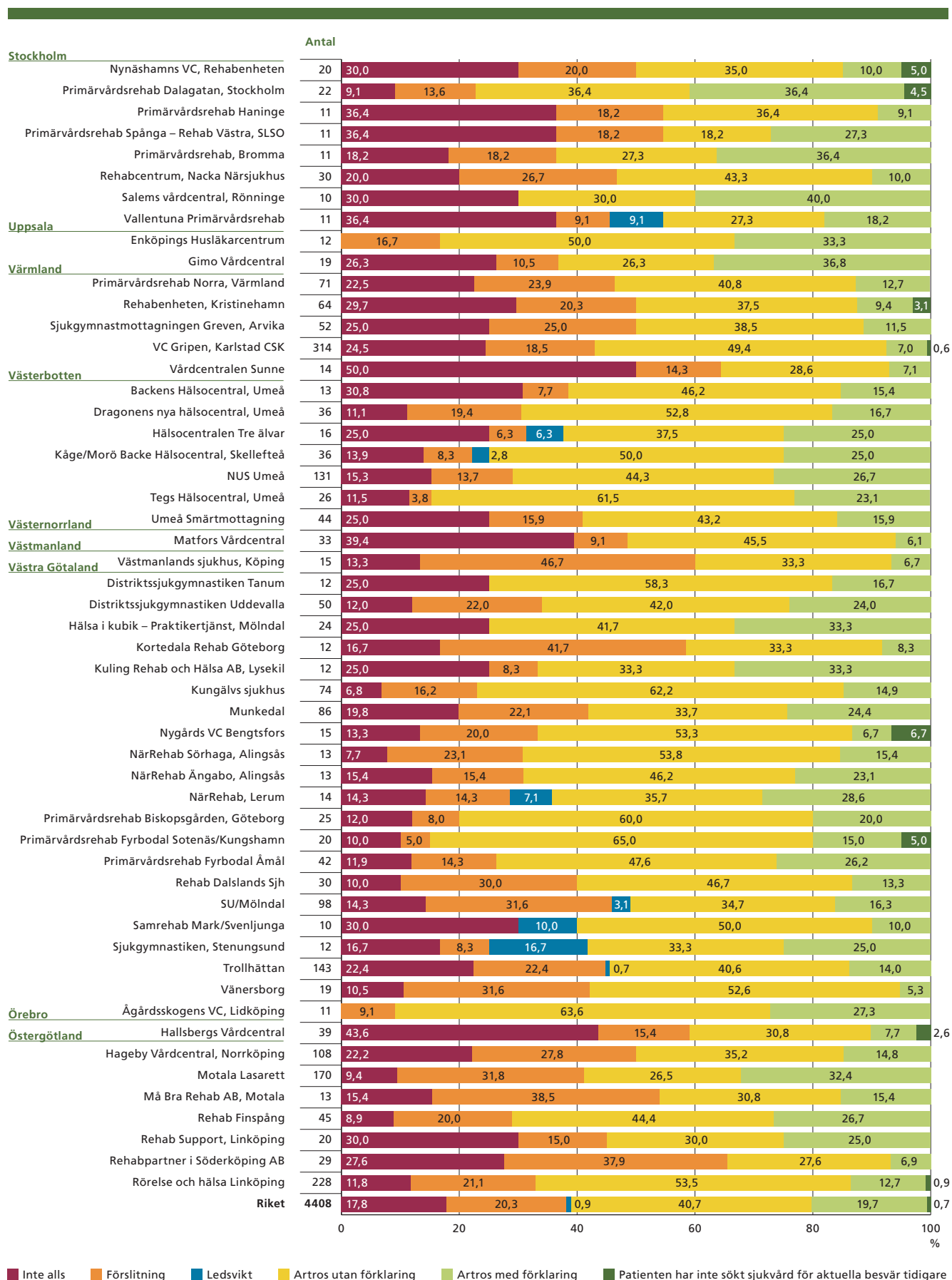
Ibland hör man att artros beskrivs för patienter som "förlitning". Valet av beskrivande ord är olyckligt eftersom det för tankarna till uttjänta leder som man inte ska "slita" mer på genom aktivitet. I själva verket visar forskningen att inaktivitet är en större riskfaktor för artros och ohälsa i samband med artros och att brosket mår bra av dynamisk belastning som vid promenader, cykling och motionsaktivitet. På samma sätt som diabetes nu är ett vedertaget begrepp istället för sockersjuka vill vi att artros ska kallas för just artros. Det är emellertid viktigt att den som är drabbad även känner till vad artros innebär och att det finns mycket man kan göra själv för att påverka symtom och funktion. Resultatet av en sifo-undersökning som genomfördes av BOA under hösten 2012 visade att 6 av 10 vuxna över 40 år inte kände till vad artros var och att 36% trodde att artros berodde på utslitna leder.

I BOA-registret ser vi att en femtedel av patienterna fått veta att de har förlitning innan de kommer till artroskolan. Många har fått veta att de har artros, men vet inte vad artros innebär eller vad man ska göra åt det, Figur 9a–10b. Från och med 2012 infördes ett nytt svarsalternativ i BOA-formulären: "patienten har inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare". På sikt är förhoppningen att en stor andel av patienterna ska komma direkt till sjukgymnast och artrosskola, utan föregående kontakt med läkare. Fortfarande är den andelen mycket liten även om hänsyn tas till att endast patienter från 2012 har kunnat besvara den.

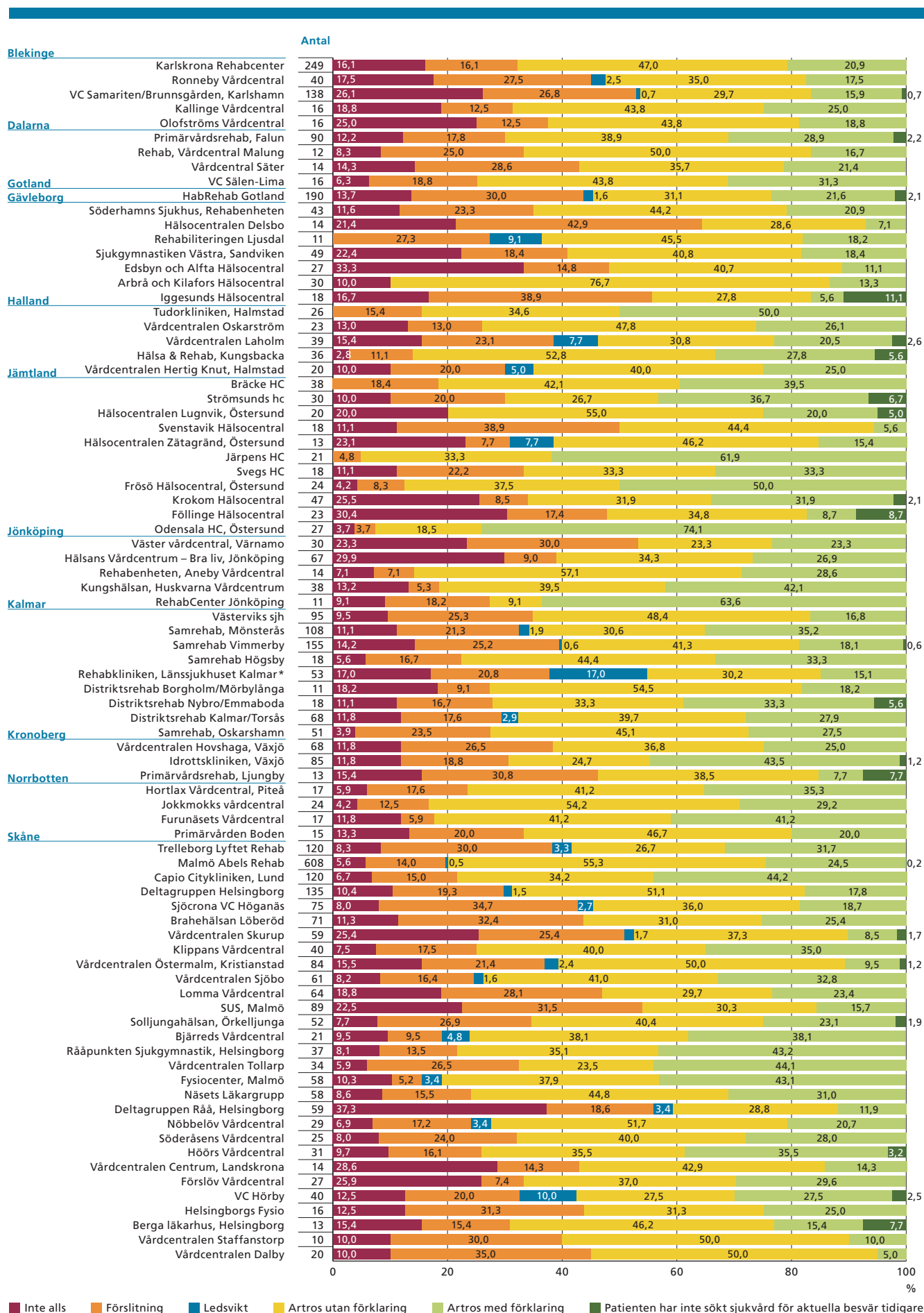
Figur 9a. Höft. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan (2008–2012).



Figur 9a forts. Höft. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan (2008–2012).

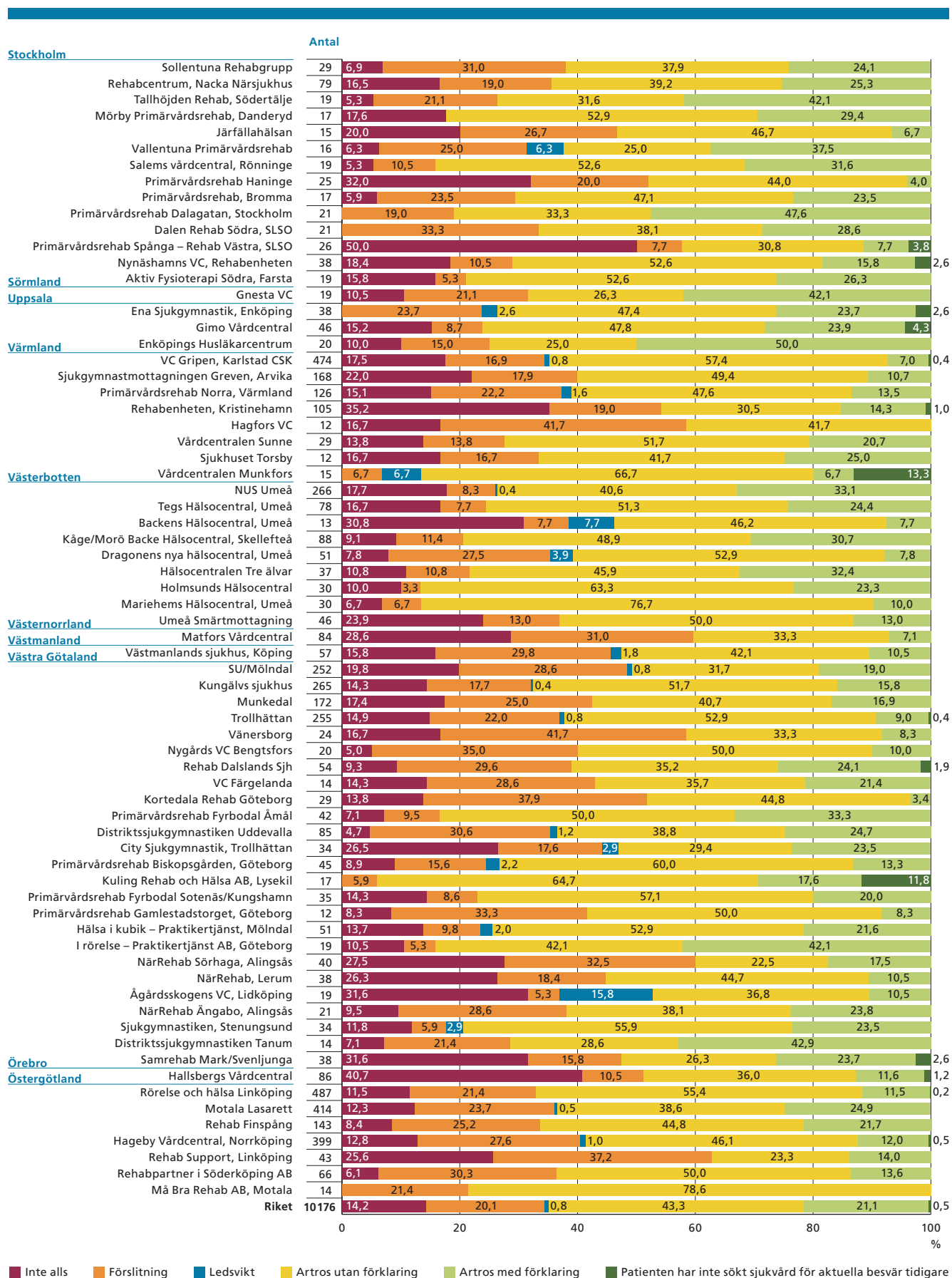


Figur 9b. Knä. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan (2008–2012).

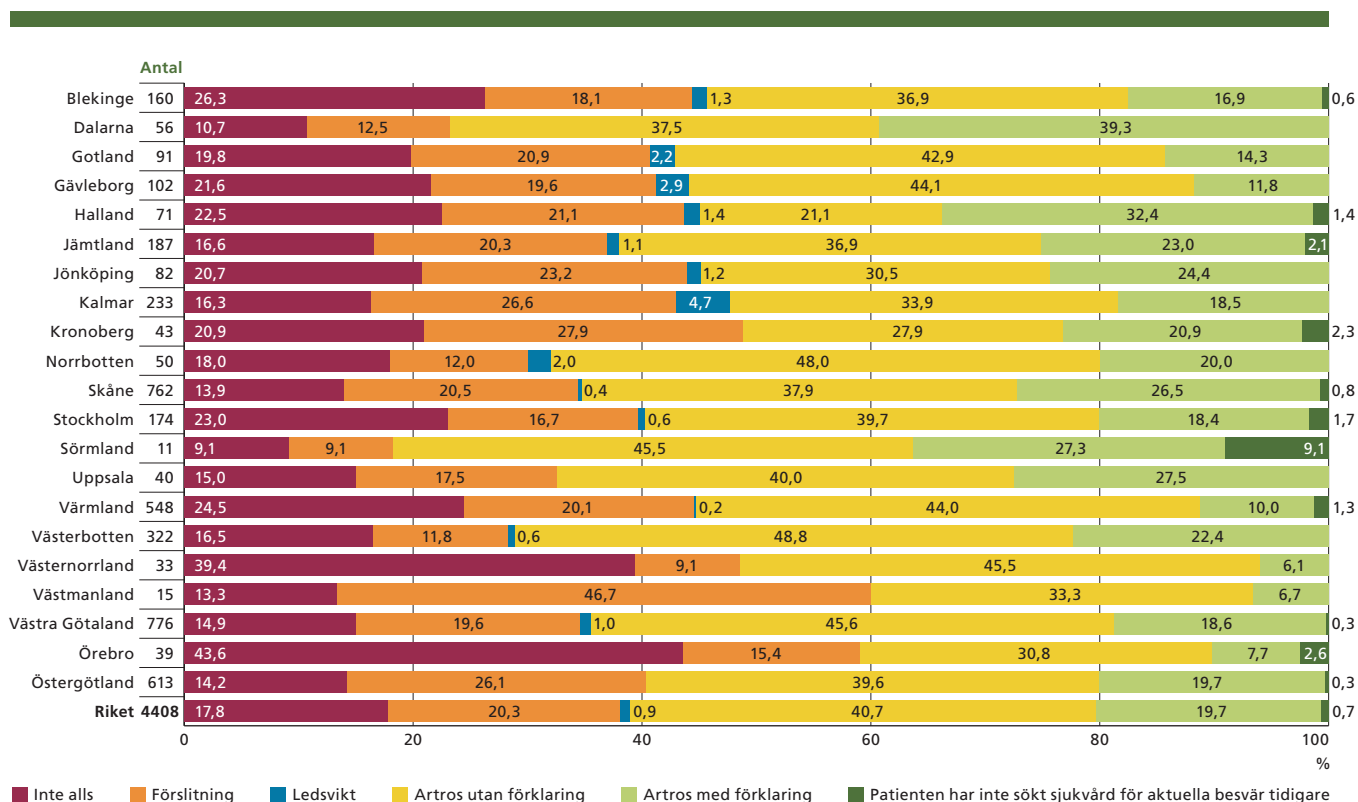


* Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga.

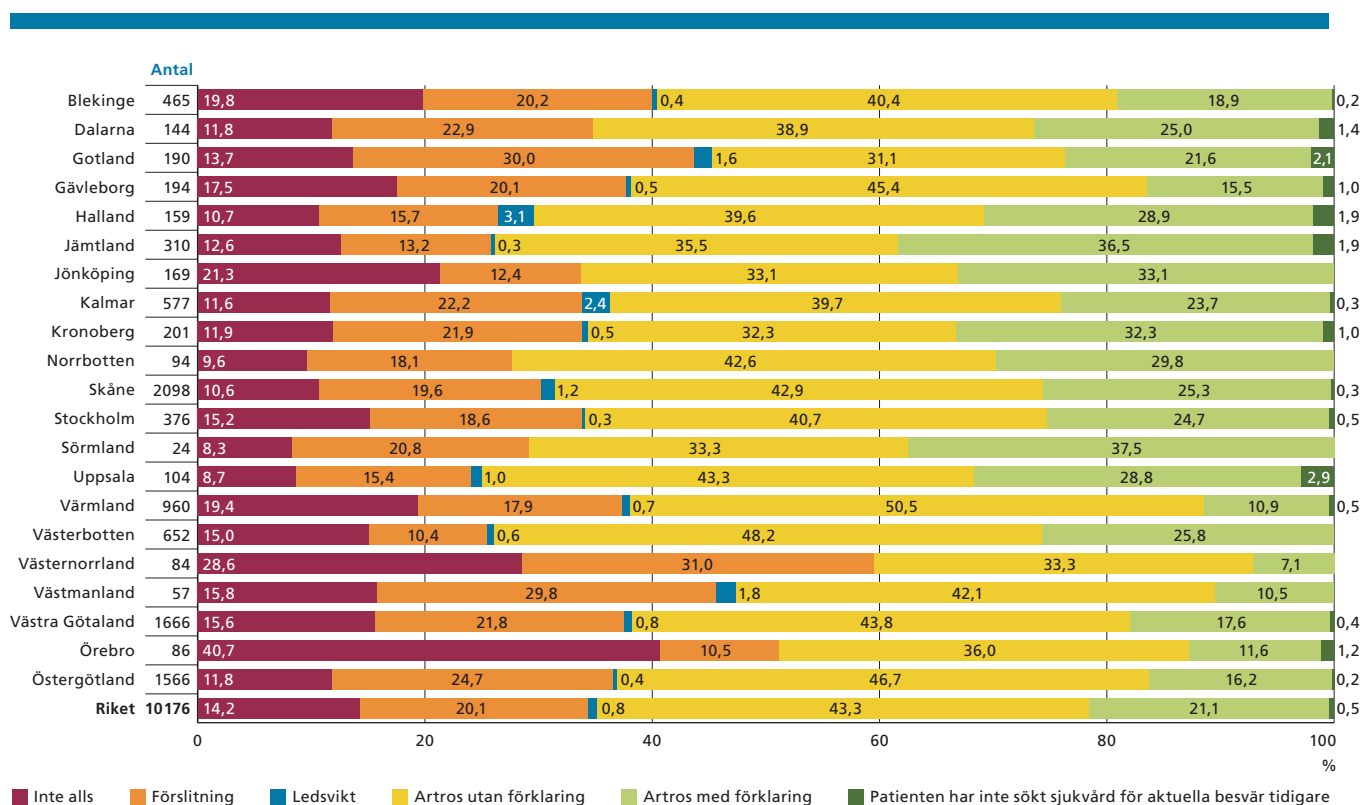
Figur 9b forts. Knä. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan (2008–2012).



Figur 10a. Höft. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan på landstingsnivå (2008–2012).



Figur 10b. Knä. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan på landstingsnivå (2008–2012).

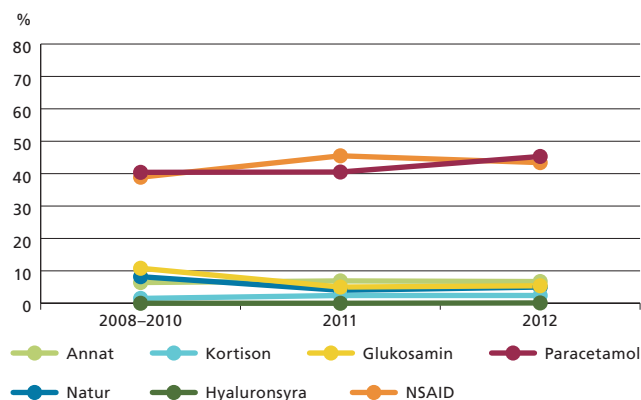


Läkemedel

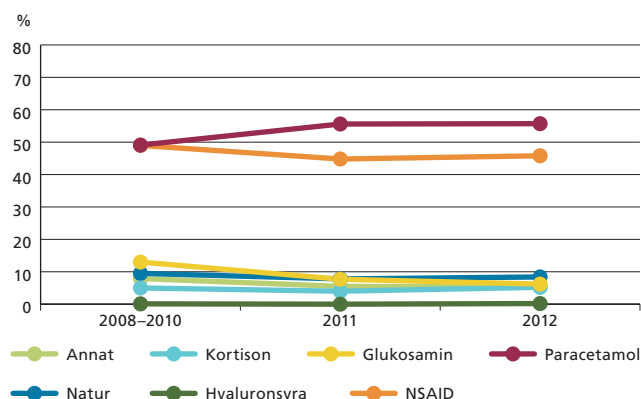
Smärtstillande läkemedel rekommenderas som kompletterande behandling då information och anpassad fysisk aktivitet inte räcker till. Läkemedel som kapar den mest intensiva smärtan kan behövas för att kunna vara aktiv och bör endast i undantagsfall och under korta perioder användas som enda behandling. Paracetamol rekommenderas som förstahandsmedicinering. Då det inte är tillräckligt, eller då det finns kontraindikationer för paracetamol, rekommenderas icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (NSAID preparat). Glukosamin står i Socialstyrelsens riktlinjer omnämnt som "icke-göra" då det inte finns några välgjorda och opartiska studier som har kunnat påvisa en tillräckligt god effekt. Detsamma gäller hyaluronsyra (tuppkamsextrakt). Kortisoninjektioner kan ha en god, men kortsiktig effekt. I reklamen förekommer ett flertal naturläkemedel som sägs ha god effekt, men ännu så länge finns mycket begränsat stöd i forskningen för dessa resultat.

I BOA-registret uppger patienterna själva vilka läkemedel de tar för sina höft- och knäbesvär. Tre fjärdedelar av patienterna i BOA-registret uppgav år 2012 att de tog ledrelaterade läkemedel (Tabell 9a–b).

Figur 11a. Höft. Andel män som tagit ledrelaterade läkemedel.

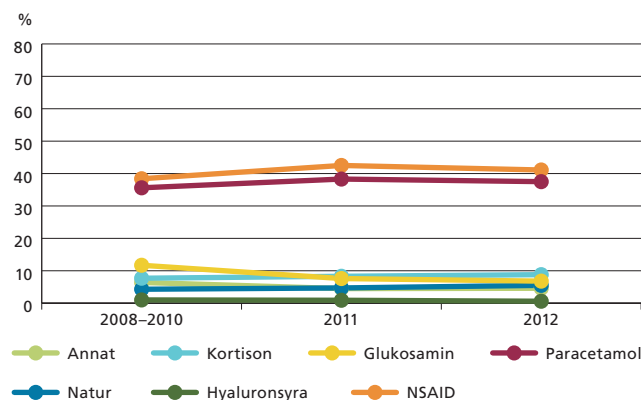


Figur 11b. Höft. Andel kvinnor som tagit ledrelaterade läkemedel.

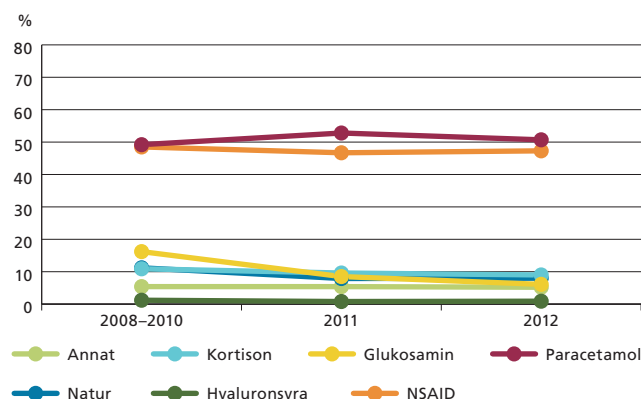


Paracetamol och NSAID preparat är de i särklass vanligaste och används av ungefär hälften av patienterna. Jämfört med föregående år är användandet av läkemedel i stort sett oförändrat. En tendens till ökat användande av paracetamol och minskat av NSAID för höftbesvär kan ses bland män. Bland kvinnor har konsumtionen av paracetamol minskat något vid knäbesvär. Andelen patienter som rapporterar att de tar glukosamin fortsätter att minska något jämfört med föregående år (Figur 11a–12b). Kortisoninjektioner är vanligast i knäleden, då injicering i höftleden kräver genomlysning av leden för att veta att injektionen hamnar rätt. Sju procent uppger att de tar något naturpreparat. Konsumtionen av naturpreparat kan vara väsentlig att känna till då somliga preparat kan ha en negativ inverkan på effekten från andra läkemedel. Med "annat" menas i Tabell 9a–b exempelvis Tramadol och Lederspan. Varje patient kan ta mer än ett preparat. Fördelningen av läkemedel avser fördelning av det totala antalet läkemedel som tas av patienterna i registret och säger inget om hur många preparat varje enskild patient tar.

Figur 12a. Knä. Andel män som tagit ledrelaterade läkemedel.



Figur 12b. Knä. Andel kvinnor som tagit ledrelaterade läkemedel.



Tabell 9a. Höft. Antal och andel patienter per landsting som anger att de har tagit ledrelaterade läkemedel.

LANDSTING	Tagit ledrelaterade läkemedel		Paracetamol		NSAID		Glukosamin		Hyaluronsyra		Kortison		Naturläkemedel		Annat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	66	77,6	40	47,1	38	44,7	3	3,5	.	.	4	4,7	8	9,4	8	9,4
Dalarna	40	85,1	26	54,2	25	52,1	5	10,4	.	.	2	4,2	5	10,4	1	2,1
Gotland	46	85,2	32	59,3	24	44,4	10	18,5	.	.	4	7,4	11	20,4	2	3,7
Gävleborg	40	81,6	25	51,0	26	53,1	3	6,1	.	.	1	2,0	3	6,1	2	4,1
Halland	38	77,6	24	49,0	21	42,9	5	10,2	.	.	3	6,1	5	10,2	2	4,1
Jämtland	140	78,2	106	58,9	79	43,9	8	4,4	.	.	6	3,3	12	6,7	16	8,9
Jönköping	60	76,9	46	58,2	35	44,3	3	3,8	1	1,3	2	2,5	5	6,3	2	2,5
Kalmar	64	81,0	42	53,2	36	45,6	2	2,5	.	.	5	6,3	4	5,1	3	3,8
Kronoberg	16	88,9	12	66,7	9	50,0	3	16,7	.	.	.	.	1	5,6	2	11,1
Norrbottnen	21	87,5	16	66,7	10	41,7	3	12,5	.	.	1	4,2	3	12,5	2	8,3
Skåne	221	75,2	135	45,9	126	42,9	19	6,5	.	.	17	5,8	28	9,5	20	6,8
Stockholm	108	74,0	59	39,9	69	46,6	13	8,8	1	0,7	7	4,7	10	6,8	7	4,7
Sörmland	8	72,7	5	45,5	3	27,3	.	.	.	.	.	.	.	.	1	9,1
Uppsala	21	80,8	15	57,7	9	34,6	4	15,4	.	.	.	.	1	3,8	1	3,8
Värmland	137	71,4	92	47,7	79	40,9	8	4,1	.	.	8	4,1	4	2,1	11	5,7
Västerbotten	45	84,9	41	75,9	27	50,0	6	11,1	.	.	.	.	4	7,4	3	5,6
Västernorrland	12	70,6	7	41,2	9	52,9	.	.	.	.	.	.	4	23,5	1	5,9
Västmanland	8	88,9	5	55,6	4	44,4	1	11,1	.	.	.	.	1	11,1	1	11,1
Västra Götaland	259	81,2	175	54,7	162	50,6	17	5,3	.	.	17	5,3	27	8,4	22	6,9
Örebro	14	82,4	11	64,7	8	47,1	.	.	.	.	.	.	1	5,9	.	.
Östergötland	288	78,0	196	53,1	157	42,5	13	3,5	2	0,5	14	3,8	18	4,9	15	4,1
Riket	1652	78,1	1110	52,3	956	45	126	5,9	4	0,2	91	4,3	155	7,3	122	5,7

Tabell 9b. Knä. Antal och andel patienter per landsting som anger att de har tagit ledrelaterade läkemedel.

LANDSTING	Tagit ledrelaterade läkemedel		Paracetamol		NSAID		Glukosamin		Hyaluronsyra		Kortison		Naturläkemedel		Annat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	183	73,8	108	43,4	116	46,6	9	3,6	.	.	15	6,0	19	7,6	15	6,0
Dalarna	113	87,6	70	54,3	72	55,8	16	12,4	1	0,8	27	20,9	15	11,6	6	4,7
Gotland	72	69,2	51	49,0	40	38,5	10	9,6	1	1,0	7	6,7	19	18,3	1	1,0
Gävleborg	63	84,0	36	48,0	38	50,7	3	4,0	1	1,3	7	9,3	3	4,0	5	6,7
Halland	89	80,2	52	46,8	44	39,6	16	14,4	1	0,9	13	11,7	12	10,8	7	6,3
Jämtland	228	77,6	128	43,4	153	51,9	27	9,2	3	1,0	17	5,8	29	9,8	17	5,8
Jönköping	134	82,7	89	54,3	84	51,2	4	2,4	7	4,3	31	18,9	10	6,1	11	6,7
Kalmar	173	80,1	112	51,6	108	49,8	9	4,1	.	.	24	11,1	9	4,1	7	3,2
Kronoberg	65	69,9	47	50,5	39	41,9	6	6,5	1	1,1	9	9,7	5	5,4	4	4,3
Norrbottnen	35	71,4	20	40,8	24	49,0	1	2,0	.	.	1	2,0	2	4,1	3	6,1
Skåne	600	78,1	377	48,9	376	48,8	45	5,8	9	1,2	106	13,7	63	8,2	49	6,4
Stockholm	204	70,6	116	40,1	126	43,6	24	8,3	1	0,3	12	4,2	24	8,3	18	6,2
Sörmland	14	58,3	11	45,8	6	25,0	2	8,3	1	4,2	2	8,3	2	8,3	1	4,2
Uppsala	51	71,8	28	39,4	30	42,3	6	8,5	.	.	3	4,2	7	9,9	1	1,4
Värmland	297	74,4	162	40,4	188	46,9	19	4,7	1	0,2	28	7,0	14	3,5	30	7,5
Västerbotten	97	77,0	61	48,0	67	52,8	17	13,4	2	1,6	6	4,7	8	6,3	6	4,7
Västernorrland	38	67,9	24	42,9	23	41,1	3	5,4	.	.	5	8,9	12	21,4	2	3,6
Västmanland	20	62,5	12	36,4	14	42,4	.	.	.	.	3	9,1	3	9,1	1	3,0
Västra Götaland	499	74,8	307	45,6	287	42,6	53	7,9	2	0,3	46	6,8	54	8,0	26	3,9
Örebro	25	71,4	19	52,8	16	44,4	2	5,6	.	.	2	5,6	2	5,6	2	5,6
Östergötland	697	74,1	469	49,7	381	40,4	38	4,0	10	1,1	75	7,9	44	4,7	36	3,8
Riket	3697	75,6	2299	46,8	2232	45,4	310	6,3	41	0,8	439	8,9	356	7,2	248	5

Tidigare operationer

I BOA-registret frågar sjukgymnasten patienten efter tidigare ledrelaterad kirurgi (ej muskel- eller mjukdelskirurgi) i den mest besvärande sidan samt på den motsatta sidan. För knäartros har ungefär var femte blivit opererad i den besvärande leden och var sjunde i den motsatta (Tabell 10b). Det utförs en stor mängd artroskopier på tveksamma indikationer och i onödan

enligt Öppna jämförelser 2009–2012 och Socialstyrelsen avråder från artroskopisk kirurgi vid artros i sina nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar/artros (2). Jämfört med resultaten från årsrapporten 2011 syns en procentuell ökning från 10% till 14% i den kontralaterala leden. Andelen som blivit opererade i höften är mindre än 10% (Tabell 10a).

Tabell 10a. Höft. Antal opererade * i aktuell/kontralateral led (2008–2012).

LANDSTING	Enhet	Totalt antal patienter på enheten	Aktuell led antal	Kontralateral led antal
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	90	.	4
	Ronneby Vårdcentral	14	2	3
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	48	.	6
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	40	.	2
Gotland	HabRehab Gotland	91	3	5
Gävleborg	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	30	1	3
	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	35	.	5
Halland	Tudorkliniken, Halmstad	16	2	4
	Vårdcentralen Laholm	18	.	2
Jämtland	Bräcke HC	20	.	4
	Föllinge Hälsocentral	12	.	1
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	.	4
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	11	.	1
	Järpens HC	17	1	2
	Krokom Hälsocentral	24	2	2
	Svegs HC	11	.	3
	Svenstavik Hälsocentral	14	.	1
Jönköping	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	34	.	5
	Väster vårdcentral, Värnamo	17	2	2
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	13	.	1
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	28	.	3
	Samrehab Vimmerby	63	1	6
	Samrehab, Mönsterås	56	.	4
	Samrehab, Oskarshamn	12	.	1
	Västerviks sjh	46	1	3
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	27	1	6
Skåne	Bjärreds Vårdcentral	13	.	1
	Brahehälsan Löberöd	32	2	5
	Capio Citykliniken, Lund	51	1	5
	Deltagruppern Helsingborg	59	1	6
	Deltagruppern Råå, Helsingborg	15	.	1
	Höörs Vårdcentral	17	1	3
	Klippans Vårdcentral	11	1	2
	Lomma Vårdcentral	28	1	6
	Malmö Abels Rehab	228	6	15
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	11	.	1
	SUS, Malmö	21	.	1
	Sjöcrona VC Höganäs	25	.	4

Tabell 10a forts. Höft. Antal opererade * i aktuell/kontralateral led (2008–2012).

LANDSTING	Enhet	Totalt antal patienter på enheten	Aktuell led antal	Kontralateral led antal
	Solljunga hälsan, Örskälljunga	26	.	1
	Trelleborg Lyftet Rehab	45	.	1
	Vårdcentralen Sjöbo	17	.	1
	Vårdcentralen Skurup	20	.	1
	Vårdcentralen Tollarp	19	1	2
Stockholm	Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	20	.	3
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	22	.	3
	Primärvårdsrehab Haninge	11	.	1
	Primärvårdsrehab, Bromma	11	2	1
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	30	1	3
	Salems vårdcentral, Rönninge	10	.	1
	Vallentuna Primärvårdsrehab	11	.	2
Uppsala	Gimo Vårdcentral	19	1	2
Värmland	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	72	3	6
	Rehabiliteringen, Kristinehamn	65	.	4
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	52	1	6
	VC Gripen, Karlstad CSK	319	7	19
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	.	3
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	36	1	5
	Hälsocentralen Tre älvar	16	1	3
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	36	1	5
	NUS Umeå	131	1	10
	Umeå Smärtmottagning	44	2	2
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	33	.	4
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	15	1	1
Västra Götaland	Distriktssjukgymnastiken Tanum	12	.	2
	Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	50	1	1
	Kungälv sjukhus	74	1	14
	Munkedal	87	.	8
	Nygårds VC Bengtsfors	16	.	1
	NärRehab Ängabo, Alingsås	13	.	1
	NärRehab, Lerum	14	.	1
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	25	1	2
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Sotenäs/Kungshamn	20	.	1
	Rehab Dalslands Sjh	31	.	4
	SU/Mölnådal	100	3	30
	Samrehab Mark/Svenljunga	10	.	2
	Trollhättan	143	1	25
	Vänersborg	19	.	1
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	40	.	3
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	108	3	7
	Motala Lasarett	173	.	24
	Må Bra Rehab AB, Motala	14	.	2
	Rehab Finspång	45	3	4
	Rehab Support, Linköping	20	.	1
	Rehabpartner i Söderköping AB	29	3	3
	Rörelse och hälsa Linköping	228	4	18
Riket		4452	80	411

* Operation avser alla typer av ledkirurgi, ej muskelkirurgi.

Tabell 10b. Knä. Antal opererade* i aktuell/kontralateral led (2008–2012).

LANDSTING	Enhet	Totalt antal patienter på enheten	Aktuell led antal	Kontralateral led antal
Blekinge	Kallinge Vårdcentral	16	3	1
	Karlskrona Rehabcenter	254	32	26
	Olofströms Vårdcentral	16	3	2
	Ronneby Vårdcentral	40	3	3
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	142	15	15
Dalarna	Primärvårdsrehab, Falun	90	15	6
	Rehab, Vårdcentral Malung	12	2	3
	VC Sälen-Lima	16	5	3
	Vårdcentral Säter	14	1	1
Gotland	HabRehab Gotland	190	42	29
Gävleborg	Arbrå och Kilafors Hälsocentral	30	4	3
	Edsbyn och Alfta Hälsocentral	28	7	3
	Hälsocentralen Delsbo	14	1	2
	Iggesunds Hälsocentral	18	5	3
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	49	8	9
	Söderhamns Sjukhus, Rehabilitering	44	12	8
Halland	Getinge Vårdcentral	10	1	2
	Hälsa & Rehab, Kungsbacka	37	1	3
	Tudorkliniken, Halmstad	26	4	3
	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	20	1	3
	Vårdcentralen Laholm	39	9	8
	Vårdcentralen Oskarström	25	3	2
Jämtland	Bräcke HC	38	8	5
	Frösö Hälsocentral, Östersund	24	.	6
	Föllinge Hälsocentral	23	6	6
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	20	.	2
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	13	2	3
	Järpens HC	22	2	1
	Krokom Hälsocentral	49	15	8
	Odensala HC, Östersund	27	3	3
	Strömsunds hc	30	2	2
	Svegs HC	18	4	5
Jönköping	Svenstavik Hälsocentral	19	6	5
	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	67	9	12
	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	39	5	3
	Rehabilitering, Aneby Vårdcentral	14	2	2
Kalmar	Väster vårdcentral, Värnamo	30	7	6
	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	11	3	2
Kalmar	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	68	14	5
	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	18	4	1
	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar **	53	9	7
	Samrehab Högsby	18	5	4
	Samrehab Vimmerby	156	35	15
	Samrehab, Mönsterås	111	16	8
	Samrehab, Oskarshamn	51	13	11
	Västerviks sjh	97	25	20
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	85	24	15
	Primärvårdsrehab, Ljungby	13	4	4
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	68	7	7
Norrbottnen	Furunäsets Vårdcentral	17	.	1
	Hortlax Vårdcentral, Piteå	18	2	4
	Jokkmokks vårdcentral	24	5	3
	Primärvården Boden	15	4	3

Tabell 10b forts. Knä. Antal opererade * i aktuell/kontralateral led (2008–2012).

LANDSTING	Enhet	Totalt antal patienter på enheten	Aktuell led antal	Kontralateral led antal
Skåne	Berga läkarhus, Helsingborg	14	3	5
	Bjärreds Vårdcentral	21	3	3
	Brahehälsan Löberöd	71	11	10
	Capio Citykliniken, Lund	122	28	22
	Deltagruppen Helsingborg	135	29	13
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	59	19	6
	Fysiocenter, Malmö	58	16	9
	Förslöv Vårdcentral	27	2	5
	Helsingborgs Fysio	16	6	2
	Höörs Vårdcentral	32	5	2
	Klippans Vårdcentral	40	10	6
	Lomma Vårdcentral	65	7	15
	Malmö Abels Rehab	610	130	86
	Näsets Läkargrupp	58	9	7
	Nöbbelöv Vårdcentral	29	1	2
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	37	11	4
	SUS, Malmö	89	33	12
	Sjöcrona VC Höganäs	84	22	11
	Solljungahälsan, Örskälljunga	52	5	6
	Söderåsens Vårdcentral	25	6	5
	Trelleborg Lyftet Rehab	122	17	8
	VC Hörby	40	2	2
	Vårdcentralen Centrum, Landskrona	14	2	1
	Vårdcentralen Dalby	20	2	1
	Vårdcentralen Sjöbo	61	14	8
	Vårdcentralen Skurup	59	7	6
	Vårdcentralen Staffanstorps	10	3	1
Vårdcentralen Tollarp	34	2	3	
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	84	8	8	
Stockholm	Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	19	5	6
	Dalen Rehab Södra, SLSO	21	4	2
	Järfällahälsan	15	4	2
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	17	2	4
	Nynäshamns VC, Rehabilitering	38	6	8
	Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	22	6	3
	Primärvårdsrehab Haninge	25	10	4
	Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	26	4	1
	Primärvårdsrehab, Bromma	17	2	3
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	79	18	9
	Salems vårdcentral, Rönninge	19	2	4
	Sollentuna Rehabgrupp	30	11	5
	Tallhöjden Rehab, Södertälje	19	5	7
Vallentuna Primärvårdsrehab	16	4	1	
Sörmland	Gnesta VC	19	4	2
Uppsala	Ena Sjukgymnastik, Enköping	38	7	1
	Enköpings Husläkarcentrum	20	3	3
	Gimo Vårdcentral	46	8	5

Tabell 10b forts. Knä. Antal opererade* i aktuell/kontralateral led (2008–2012).

LANDSTING	Enhet	Totalt antal patienter på enheten	Aktuell led antal	Kontralateral led antal	
Värmland	Hagfors VC	12	1	1	
	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	132	14	13	
	Rehabenheten, Kristinehamn	105	6	8	
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	169	27	15	
	Sjukhuset Torsby	12	2	1	
	VC Gripen, Karlstad CSK	478	56	38	
	Vårdcentralen Sunne	30	3	1	
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	13	.	1	
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	51	6	5	
	Holmsunds Hälsocentral	31	3	5	
	Hälsocentralen Tre älvar	37	.	2	
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	91	16	8	
	Mariehems Hälsocentral, Umeå	30	.	3	
	NUS Umeå	267	76	40	
	Tegs Hälsocentral, Umeå	78	12	8	
	Umeå Smärtmottagning	46	6	5	
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	84	17	15	
Västmanland	Västmanlands sjukhus, Köping	58	13	13	
Västra Götaland	City Sjukgymnastik, Trollhättan	34	11	5	
	Distriktsjukgymnastiken Tanum	15	4	4	
	Distriktsjukgymnastiken Uddevalla	85	14	6	
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	51	10	10	
	I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	19	4	7	
	Kortedala Rehab Göteborg	29	8	6	
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	17	2	1	
	Kungälv's sjukhus	265	107	63	
	Munkedal	172	15	21	
	Nygårds VC Bengtsfors	20	2	1	
	NärRehab Sörhaga, Alingsås	40	9	1	
	NärRehab Ängabo, Alingsås	21	9	2	
	NärRehab, Lerum	38	10	11	
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	46	10	5	
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Sotenäs/Kungshamn	36	6	5	
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	42	7	2	
	Primärvårdsrehab Gamlestadsstorget, Göteborg	12	1	1	
	Rehab Dalslands Sjh	54	17	11	
	SU/Mölndal	252	108	76	
	Samrehab Mark/Svenljunga	40	8	7	
	Sjukgymnastiken, Stenungsund	35	9	5	
	Trollhättan	255	34	41	
	VC Färgelanda	14	2	6	
	Vänersborg	24	2	1	
	Ågårdsskogens VC, Lidköping	19	4	1	
	Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	86	12	11
	Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	399	75	52
Motala Lasarett		415	140	69	
Må Bra Rehab AB, Motala		14	3	6	
Rehab Finspång		144	36	23	
Rehab Support, Linköping		45	11	5	
Rehabpartner i Söderköping AB		66	12	14	
Rörelse och hälsa Linköping		488	112	77	
Riket		10253	2051	1421	

* Operation avser alla typer av ledkirurgi, ej muskelkirurgi.

** Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga.

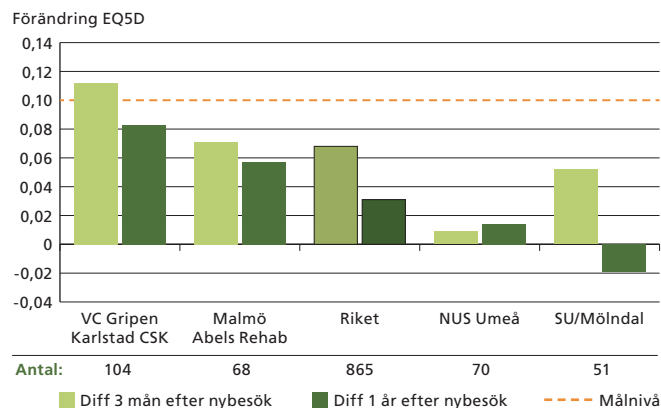
Förändring EQ5D, VAS smärta, self-efficacy

Nedan redovisas förändring efter 3 och 12 månader för ett antal patientrapporterade variabler. Spridningsmått redovisas inte och resultaten bör tolkas med viss försiktighet då antalet patienter i somliga fall fortfarande är relativt lågt. I Tabell 11a–14b syns jämförelser på landstingsnivå, medan förändring på kliniknivå kan utläsas av Figur 13a–14b. Samtliga resultat är parade data. Det innebär att endast individer, som har genomgått ett-årsuppföljning före den 31 december 2012 och har data från samtliga tre mätillfällen, redovisas. Resultaten redovisas separat för patienter med mest besvär från höft respektive knä. Då det gäller tolkning av klinikbaserade resultat bör hänsyn tas till patientdemografien (case-mix). Landsting/enheter med färre än 50 kompletta registreringar på EQ5D för höft respektive knä redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde. För VAS-smärta, ASES smärta och ASES symtom krävs minst 20 kompletta registreringar för separat redovisning.

EQ5D

EQ5D är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet. Patienten svarar på fem frågor om rörlighet, hygien, aktivitet, smärta och oro/nedstämdhet. På varje fråga finns tre svarsalternativ (inga besvär, måttliga besvär, stora besvär) och baserat på svaren kan ett index beräknas som går från 0 till 1, där 0 är lika med "död" och 1 är lika med "full hälsa". EQ5D-index kan anta värden som är mindre än noll, vilket betyder att man skattar sin hälsa som sämre än död. EQ5D har använts i ett stort antal studier av olika sjukdomar och diagnoser och kan även användas för hälsoekonomiska beräkningar. Vårt mål i BOA är att nå patienterna innan deras hälsorelaterade livskvalitet har påverkats i alltför stor utsträckning och att genom artrosskolan åstadkomma en förändring i EQ5D på 0,1 efter ett år. Målet är inritat som en linje i Figur 13a–b. I nuläget kan vi visa på en genomsnittlig förändring i EQ5D efter tre månader på 0,07 för både höft- och knäartros. Efter ett år är förändringen i genomsnitt 0,03 för höftartros och 0,04 för knäartros jämfört med före artrosskolan. Den stora utmaningen är att förbättra eller bibehålla en förändring över tid.

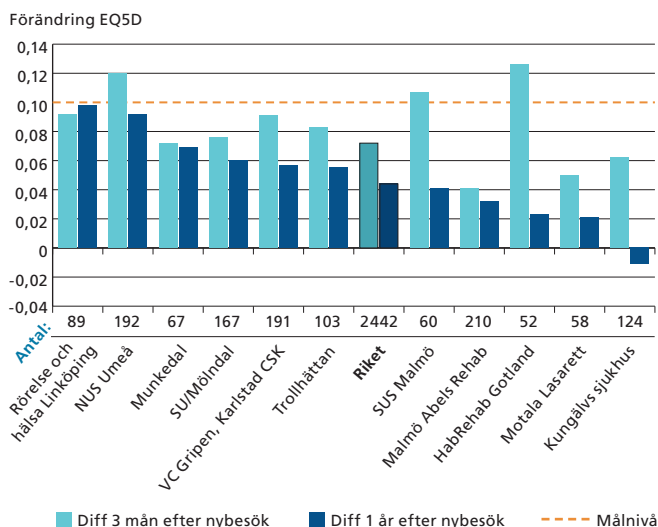
Figur 13a. Höft. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola på kliniknivå.



Tabell 11a. Höft. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.

LANDSTING	EQ5D			
	Antal	Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Kalmar	57	0,67	0,74	0,73
Skåne	182	0,63	0,70	0,64
Värmland	127	0,60	0,72	0,67
Västerbotten	119	0,64	0,66	0,65
Västra Götaland	198	0,65	0,70	0,67
Östergötland	66	0,67	0,71	0,71
Riket	865	0,64	0,71	0,67

Figur 13b. Knä. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola på klinikinivå.



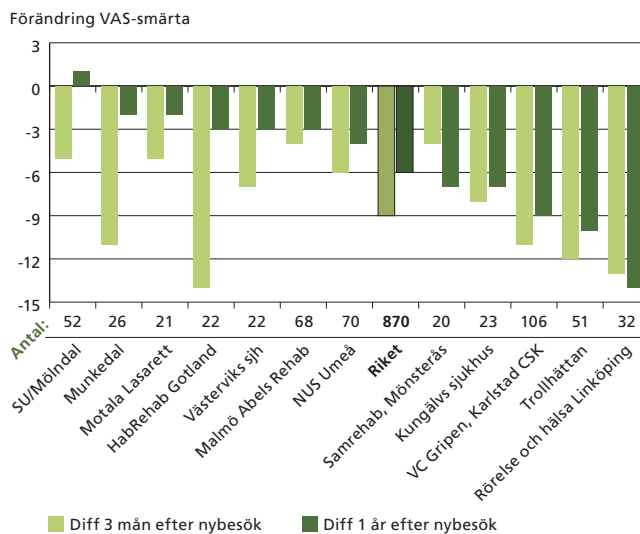
Tabell 11b. Knä. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.

LANDSTING	Antal	EQ5D		
		Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	72	0,65	0,68	0,70
Gotland	52	0,63	0,75	0,65
Kalmar	157	0,66	0,74	0,70
Kronoberg	62	0,73	0,77	0,76
Skåne	644	0,65	0,70	0,68
Värmland	264	0,66	0,73	0,71
Västerbotten	299	0,62	0,71	0,69
Västra Götaland	559	0,66	0,73	0,70
Östergötland	205	0,63	0,70	0,69
Riket	2442	0,65	0,72	0,69

VAS smärta

Visuell analog skala (VAS) är ett instrument för att skatta smärta från 0 (ingen smärta) till 100 (värsta tänkbara smärta). I vetenskapliga studier har tillförlitligheten med VAS diskuterats. Smärta är en subjektiv upplevelse och eftersom olika människor upplever smärta på så olika sätt är det svårt att jämföra VAS mellan individer. VAS bör endast användas för att mäta förändring i smärta över tid. En av de stora fördelarna med VAS är att det är enkelt att använda i kliniken. För att en förändring ska vara kliniskt meningsfull bör den vara minst 10. En minskning av VAS över tid betyder förbättring. Resultaten på klinikinivå är sorterade efter ett-årsresultat. Det är vanligt med en förbättring av smärta efter tre månader, men en del av effekten går i många fall förlorad till ett-årsuppföljningen. Resultatet efter ett år är dock bättre än vid första besök.

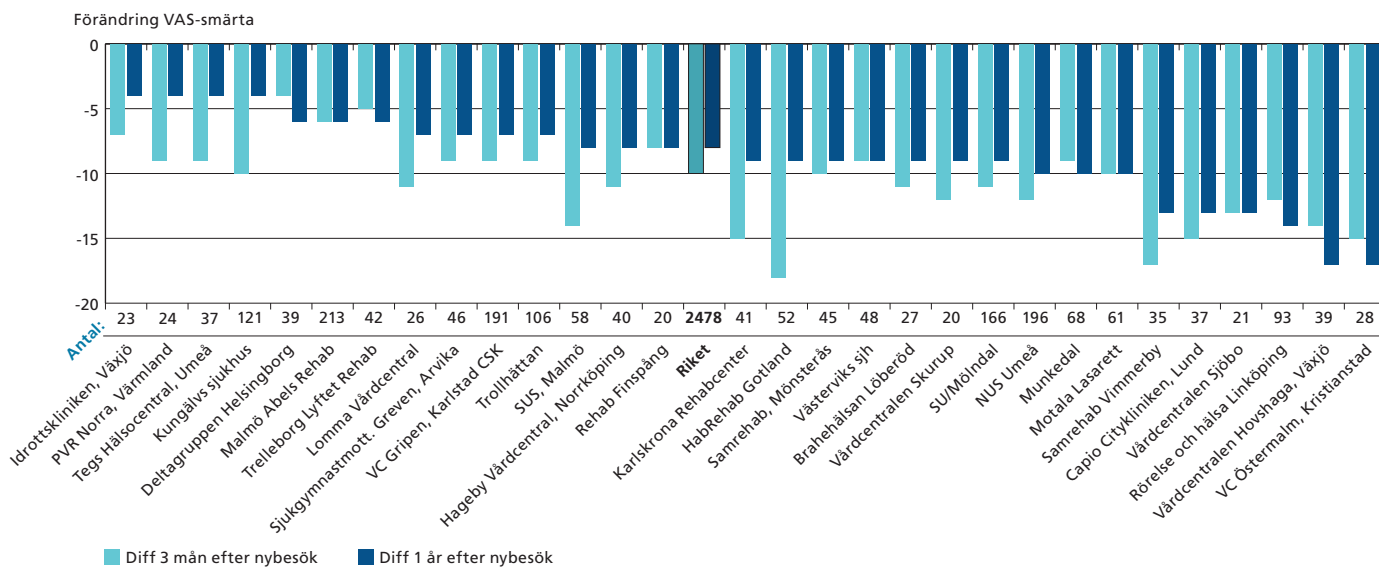
Figur 14a. Höft. Förändring i smärta efter artrosskola på klinikinivå.



Tabell 12a. Höft. Förändring i smärta efter artrosskola.

LANDSTING	Antal	VAS-smärta		
		Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	35	47	31	38
Gotland	22	48	33	45
Kalmar	58	48	38	39
Skåne	179	49	42	45
Värmland	130	51	38	41
Västerbotten	120	48	41	43
Västra Götaland	201	47	37	41
Östergötland	66	48	37	38
Riket	870	48	39	41

Figur 14b. Knä. Förändring i smärta efter artrosskola på kliniknivå.



Tabell 12b. Knä. Förändring i smärta efter artrosskola.

LANDSTING	Antal	VAS-smärta		
		Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	74	51	39	42
Gotland	52	46	28	36
Gävleborg	26	52	40	40
Kalmar	159	49	36	39
Kronoberg	62	44	33	32
Norrbottnen	23	53	42	46
Skåne	652	49	39	40
Stockholm	30	48	32	43
Värmland	264	48	39	41
Västerbotten	305	49	37	40
Västra Götaland	560	46	35	38
Östergötland	214	49	37	37
Riket	2478	48	37	39

Tilltro till sin förmåga att påverka smärta och andra symtom (self-efficacy)

Artrosskolan syftar bland annat till att öka den fysiska aktivitetsnivån för patienter med artros i höft och knä. För många innebär detta en livsstilsförändring. Att ändra sin livsstil är svårt och krävande. En faktor som kan avgöra om satsningen blir framgångsrik eller ej kan vara tilltron till den egna förmågan. Den som inte tror att symtom går att påverka genom egen insats är sannolikt mindre benägen att försöka. Tilltron till den egna förmågan att påverka sina symtom har i studier visat sig vara av stort värde för att initiera och framgångsrikt genomföra livsstilsförändringar som att bli fysiskt aktiv. I BOA används Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) för att mäta förändring i tilltro till den egna förmågan att påverka smärta och symtom. ASES går från 10 (låg tilltro) till 100 (stor tilltro) och en meningsfull förändring bör vara större än 10.

Tabell 13a. Höft. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka symtom efter artrosskola.

LANDSTING	ASES-symtom			
	Antal	Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	36	70	75	61
Gotland	22	68	74	64
Kalmar	54	68	72	66
Skåne	175	68	69	63
Värmland	127	64	68	63
Västerbotten	116	65	70	65
Västra Götaland	201	68	70	64
Östergötland	65	67	70	65
Riket	847	67	70	64

Tabell 13b. Höft. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.

LANDSTING	ASES-smärta			
	Antal	Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	36	65	73	60
Gotland	22	62	72	60
Kalmar	55	61	66	59
Skåne	177	61	64	56
Värmland	125	59	62	58
Västerbotten	113	58	63	56
Västra Götaland	198	62	65	57
Östergötland	65	61	65	57
Riket	847	61	65	57

Tabell 14a. Knä. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka symtom efter artrosskola.

LANDSTING	ASES-symtom			
	Antal	Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	74	66	71	66
Gotland	51	65	76	66
Gävleborg	25	62	62	60
Kalmar	150	69	71	66
Kronoberg	58	74	76	73
Norrbottn	20	66	66	62
Skåne	627	68	71	65
Stockholm	27	69	71	64
Värmland	258	66	71	66
Västerbotten	296	67	73	67
Västra Götaland	538	68	72	66
Östergötland	198	66	70	67
Riket	2380	67	72	66

Tabell 14b. Knä. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.

LANDSTING	ASES-smärta			
	Antal	Nybesök %	3 mån %	12 mån %
Blekinge	72	62	65	60
Gotland	52	61	76	65
Gävleborg	24	53	60	53
Kalmar	153	65	67	60
Kronoberg	62	73	75	73
Norrbottn	22	61	63	56
Skåne	628	63	68	61
Stockholm	25	68	65	59
Värmland	255	60	66	60
Västerbotten	297	61	69	61
Västra Götaland	536	62	69	62
Östergötland	208	61	66	62
Riket	2393	62	68	61

“Case-mix” profil

Patientsammansättningen, case-mix, kan variera både geografiskt över landet och mellan kliniker. Det är en väsentlig faktor att ta hänsyn till när man studerar resultat. Variationer i ålder, könsfördelning och samsjuklighet kan påverka utfallet av en och samma behandling.

Case-mix profilen består av sex variabler:

- **Andel som har mest besvär från höft.** Det verkar som om artrosskolan har något mindre effekt på höftartros.
- **Andel med handbesvär.** Att ha besvär från händerna kan tyda på en mer generaliserad form av artros som drabbar flera leder.
- **Andel Charnley-kategori C.** Charnley C betyder att patienten har andra problem än artros som påverkar gångförmågan. För dessa patienter kan artrosskolan ha begränsad effekt på hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitet eftersom det finns en annan sjuklighet med i bilden.
- **Andel 65 år eller äldre.** Vi vet ännu inte om artrosskolan har bäst effekt för yngre eller äldre. Hypotesen är att en intervention tidigt i sjukdomsförloppet har störst potential för förbättring.
- **Andel som står på väntelista för operation.** Patienter med svårare artros som väntar på operation har sämre utfall. Själva det faktum att man väntar på operation kan också påverka förväntningarna.
- **Andel kvinnor.** För många sjukdomstillstånd har kvinnor sämre prognos. Det är oklart om kvinnligt kön medför bättre eller sämre utgångsläge inför artrosskola. Fortsatta analyser kommer att utvisa vilket kön som medför svårast casemix.

Den vänstra spalten nedan visar grafiskt hur patientdemografien (case-mixen) ser ut i riket (gul) och på de olika enheterna (blå). En stor blå yta motsvarar en ”svårare” case-mix och en liten yta betyder i det här fallet ”bäst” förutsättningar för lyckade resultat. Gränsvärdena är satta till respektive variablers största respektive minsta värde ± 1 standarddeviation (SD). Endast kliniker med minst 50 patienter och data på samtliga variabler vid 3 månaders uppföljning presenteras. Vid tolkning av klinikens värdekompass och resultat måste case-mixen beaktas.

Indikatorer/värdekompass

I värdekompasserna visas rikets resultat efter tre månader (rött) avseende fem variabler (indikatorer) och resultat per klinik (blått). Det bästa värdet är i periferin och det sämsta värdet är i origo. En stor blå yta betyder således ett bra resultat. Gränsvärdena är satta till respektive variablers största respektive minsta värde ± 1 SD. Kliniker med bättre värden än rikets genomsnitt täcker Rikets färgkompass. De ackumulerade resultaten för höft och knä kombineras för att få ett större patientunderlag. Endast kliniker med data på minst 50 patienter på samtliga variabler efter tre månader presenteras.

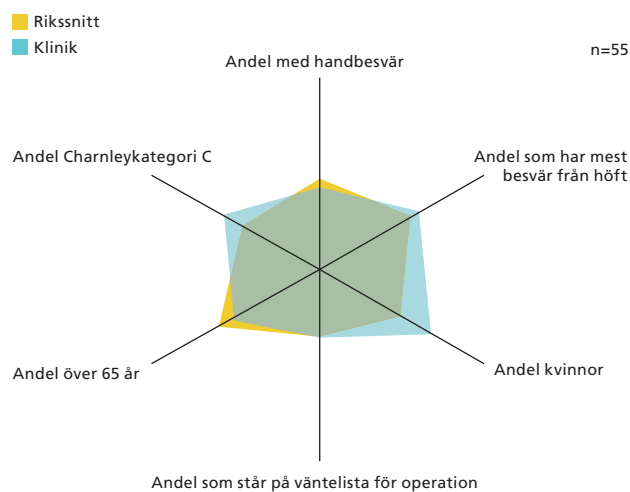
Värdekompassen innehåller följande variabler:

- EQ5D-vinst efter tre månader
- Förändring av smärta efter tre månader. Ett värde i periferin betyder en minskning av smärta.
- Förändring i rörelserädsla efter tre månader. Ett värde i periferin representerar en större andel med minskad rörelserädsla.
- Tillämpning av kunskap representerar andelen som säger att de använder det de lärt sig i artrosskolan varje vecka, varje dag eller flera gånger dagligen.
- Tillfredsställelse med artrosskolan motsvarar andelen som tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra.

För närmare information om värdena för varje variabel, se Tabell 15 på sid 75.

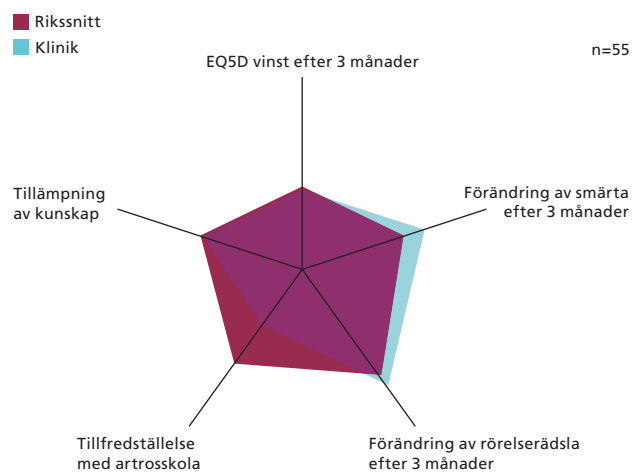
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

Brahehälsan Löberöd

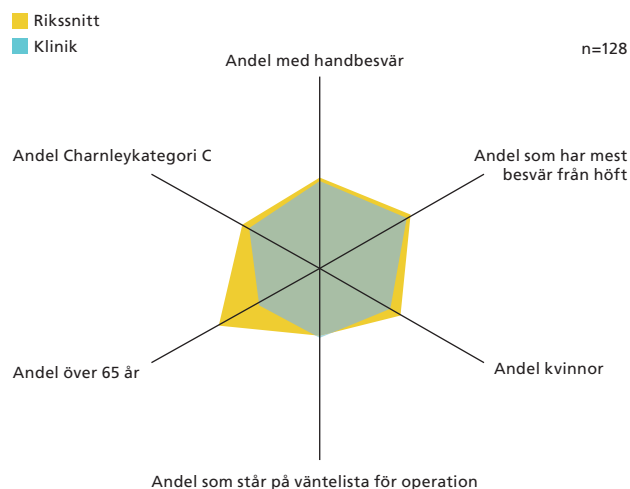


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

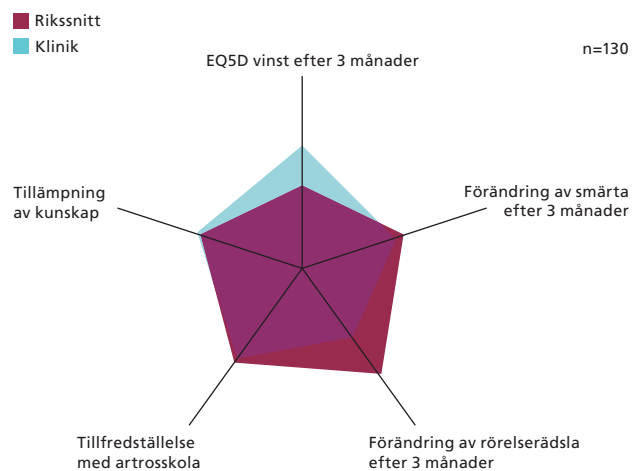
Brahehälsan Löberöd



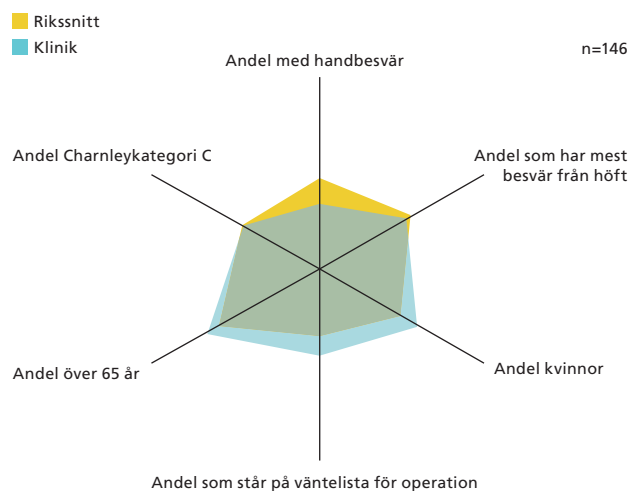
Capio Citykliniken, Lund



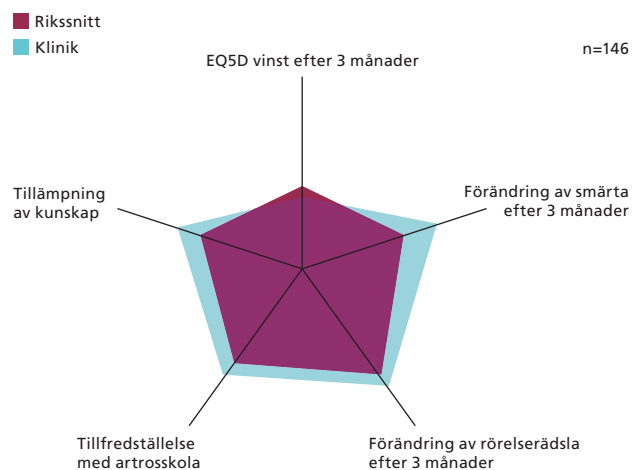
Capio Citykliniken, Lund



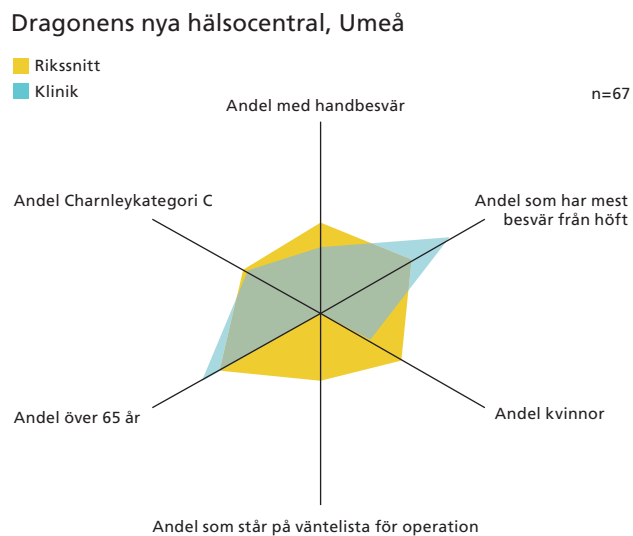
Deltagruppen Helsingborg



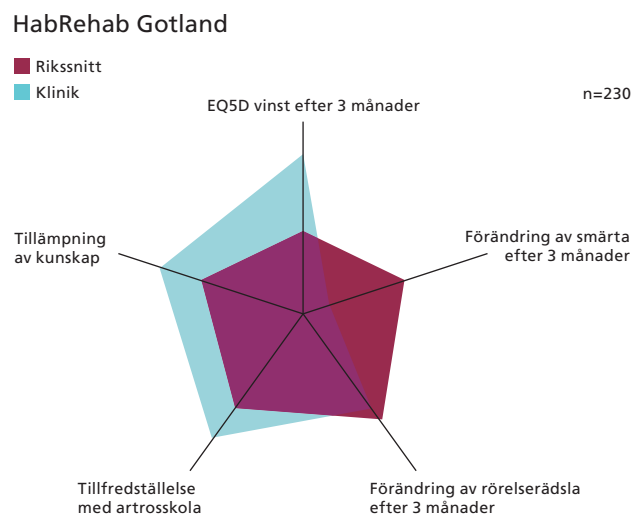
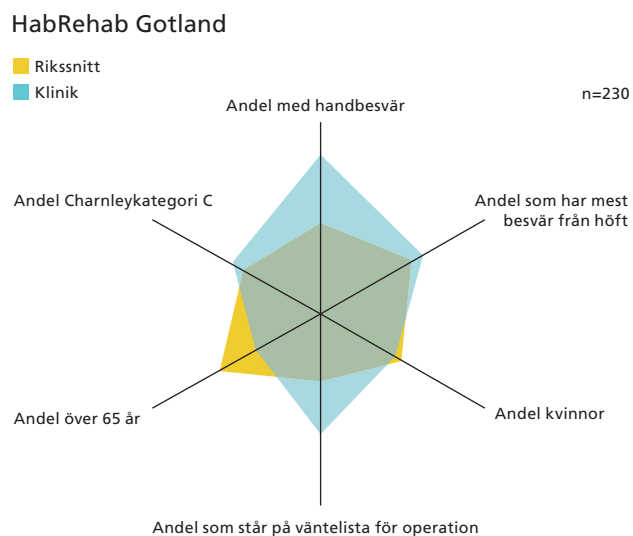
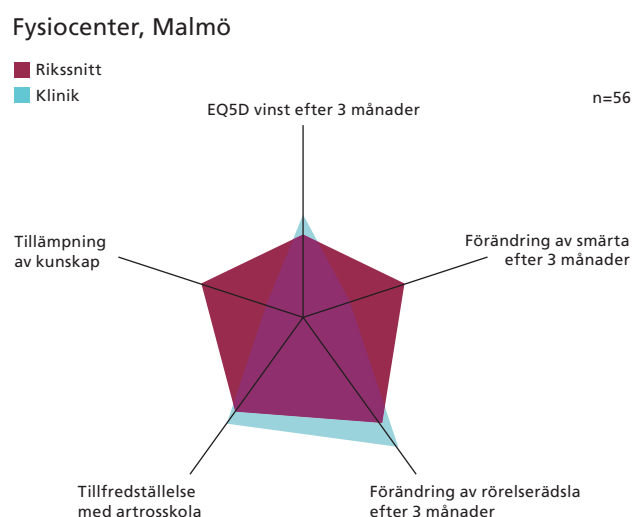
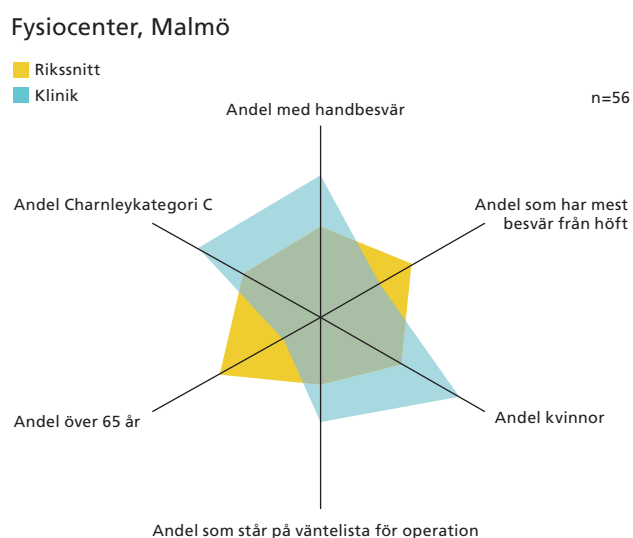
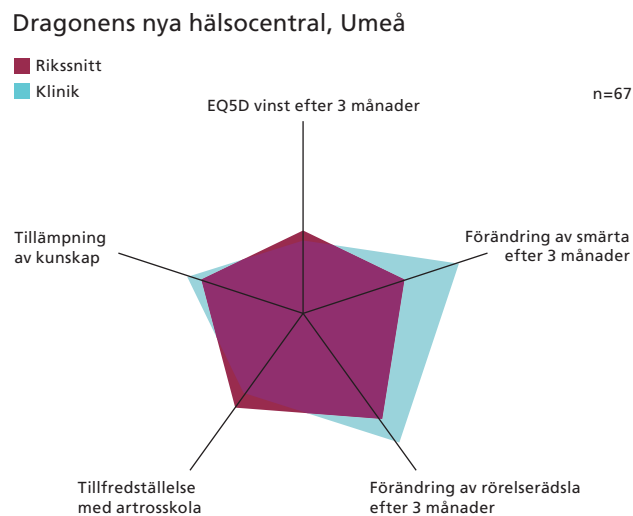
Deltagruppen Helsingborg



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

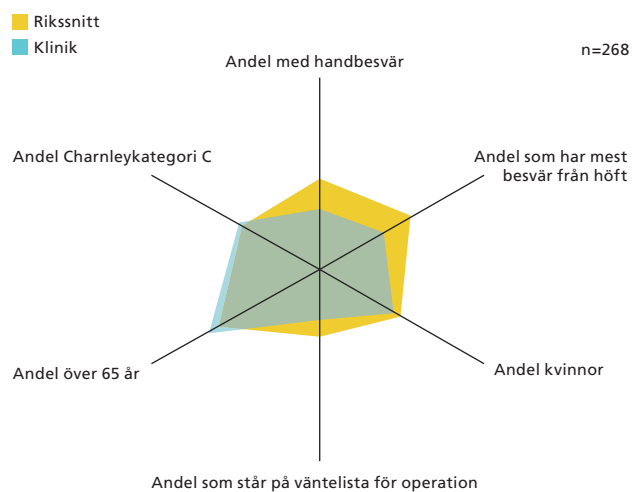


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



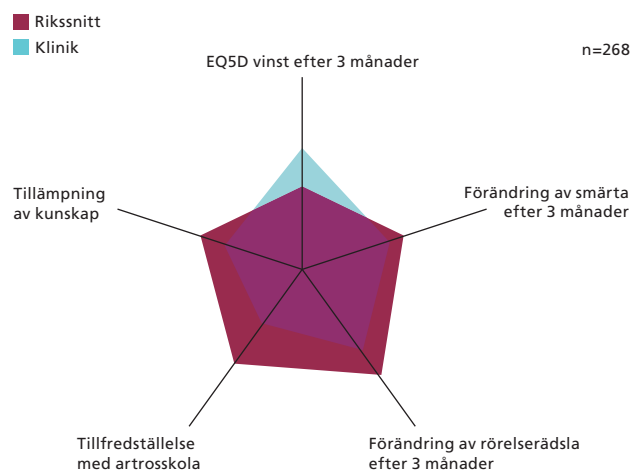
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

Hageby Vårdcentral, Norrköping

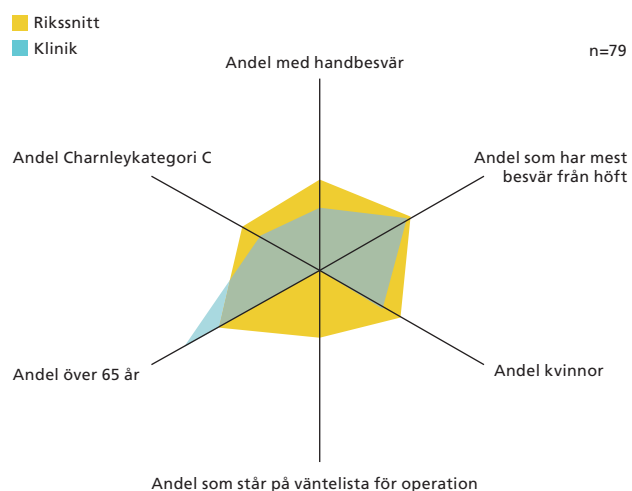


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

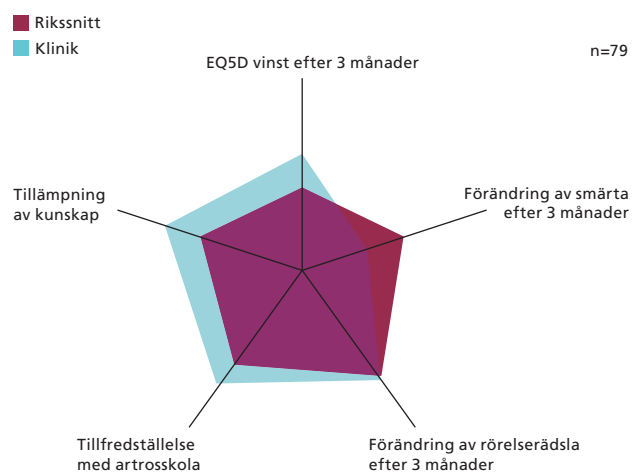
Hageby Vårdcentral, Norrköping



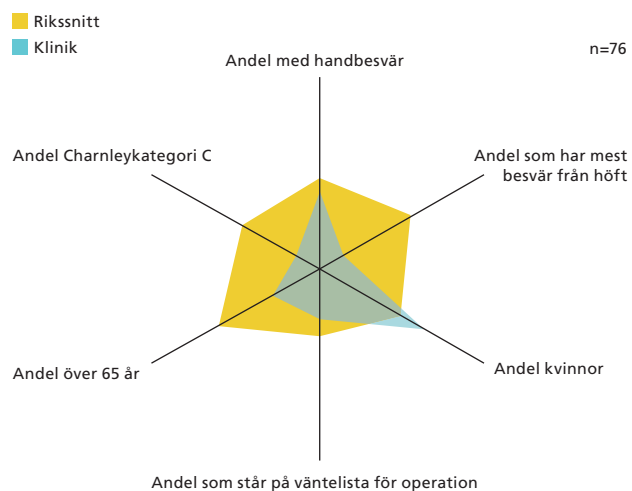
Hallsbergs Vårdcentral



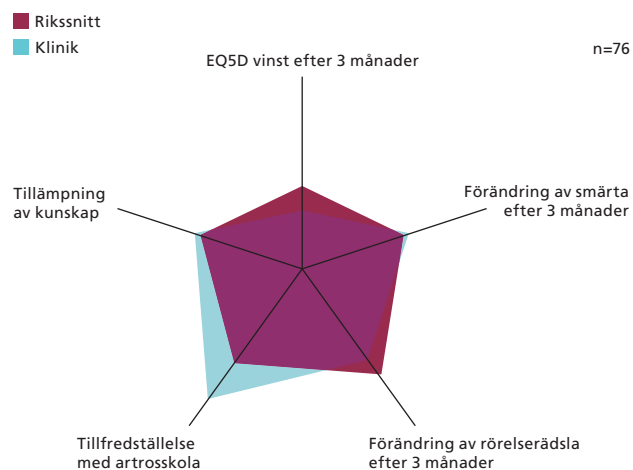
Hallsbergs Vårdcentral



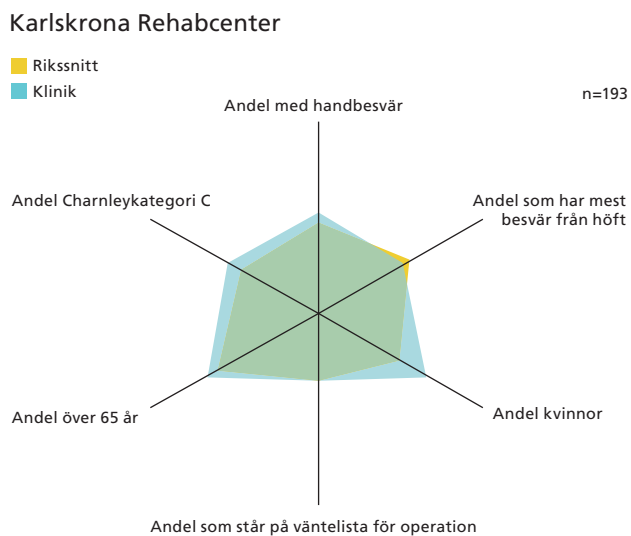
Idrottskliniken, Växjö



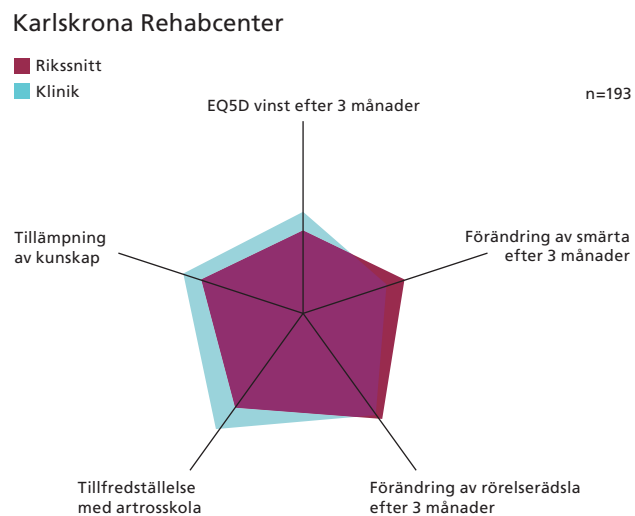
Idrottskliniken, Växjö



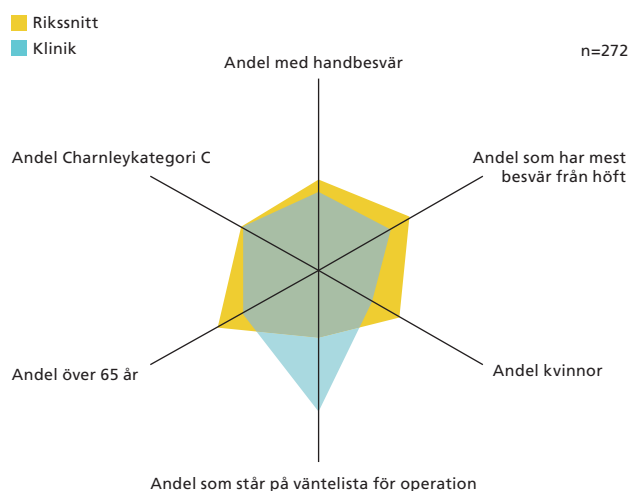
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår casemix.



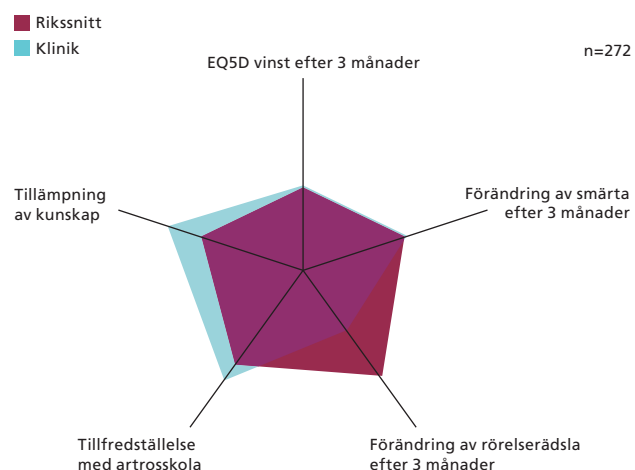
Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



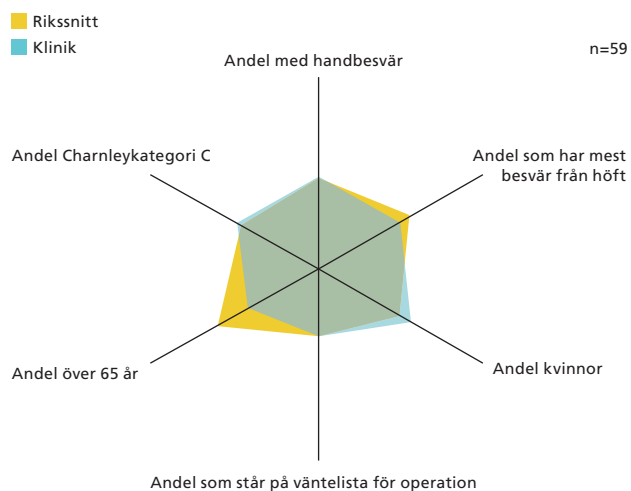
Kungälv's sjukhus



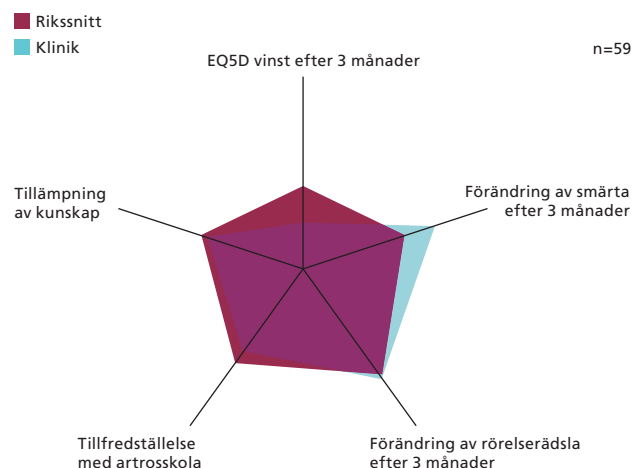
Kungälv's sjukhus



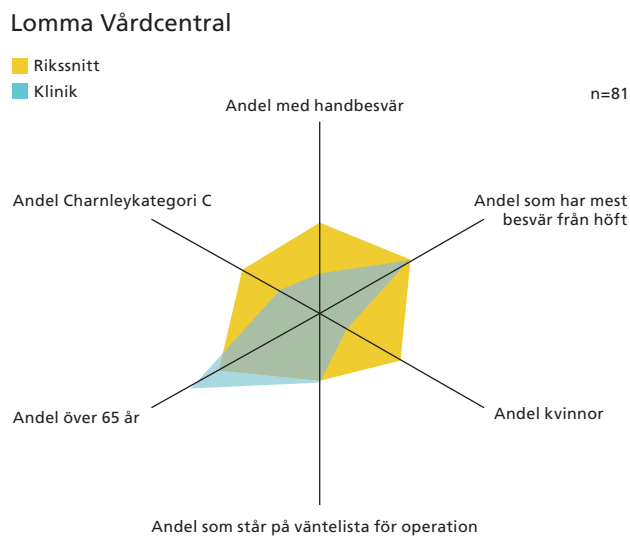
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå



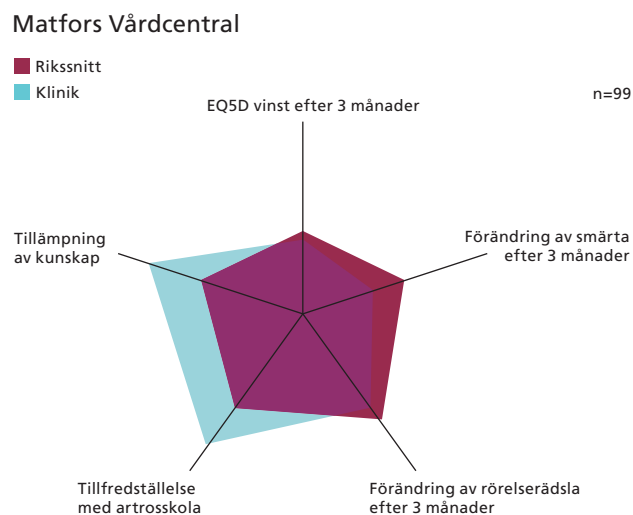
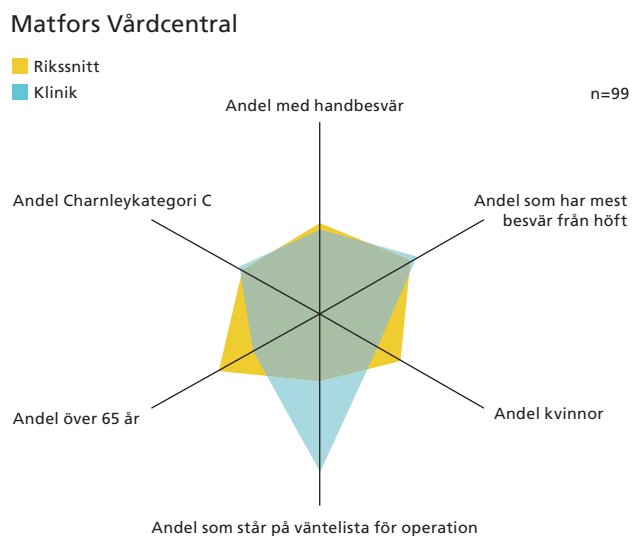
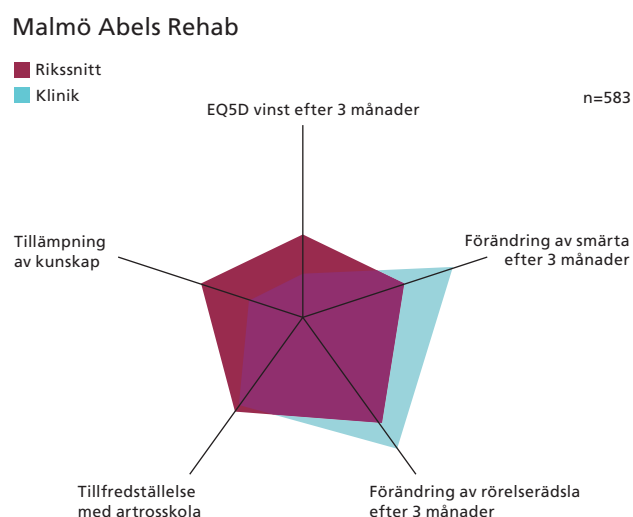
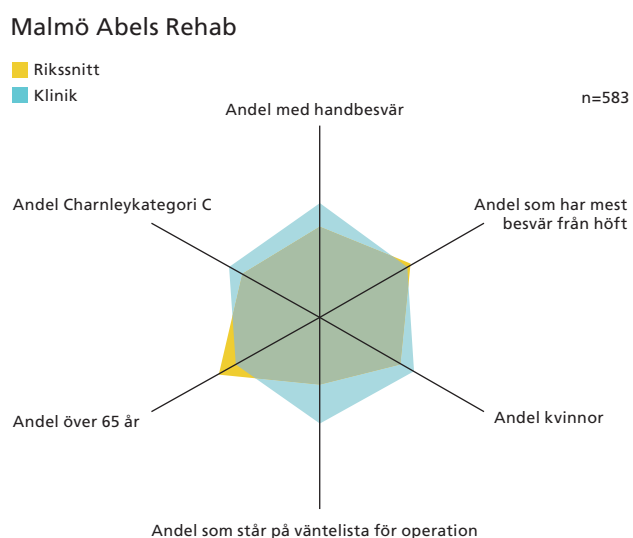
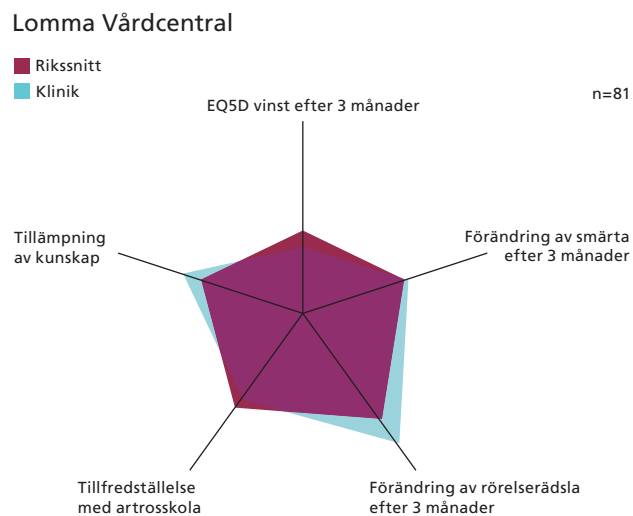
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå



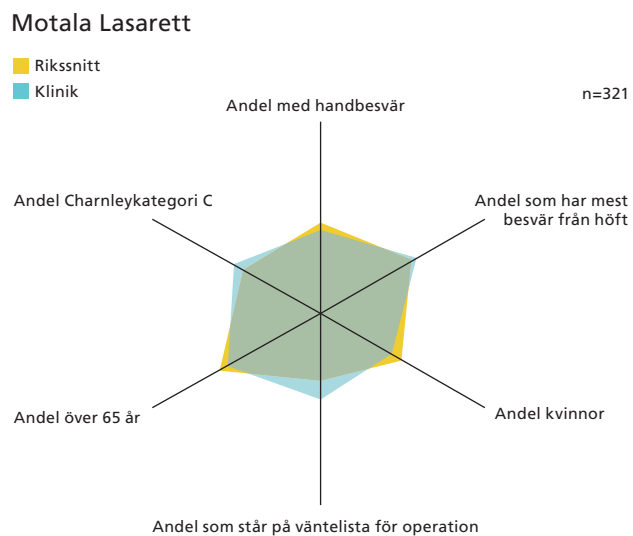
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.



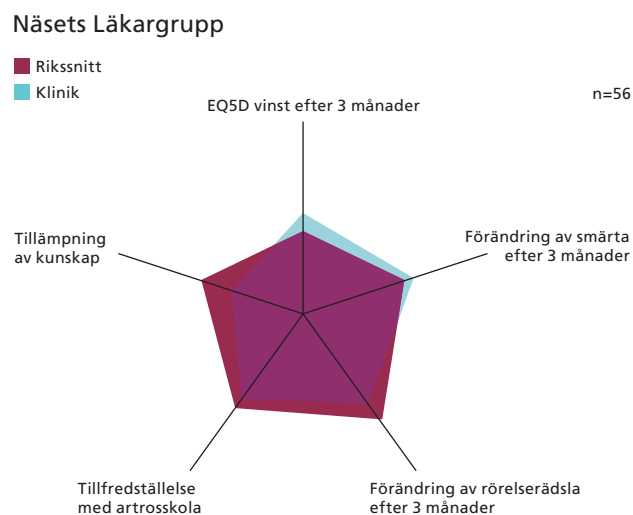
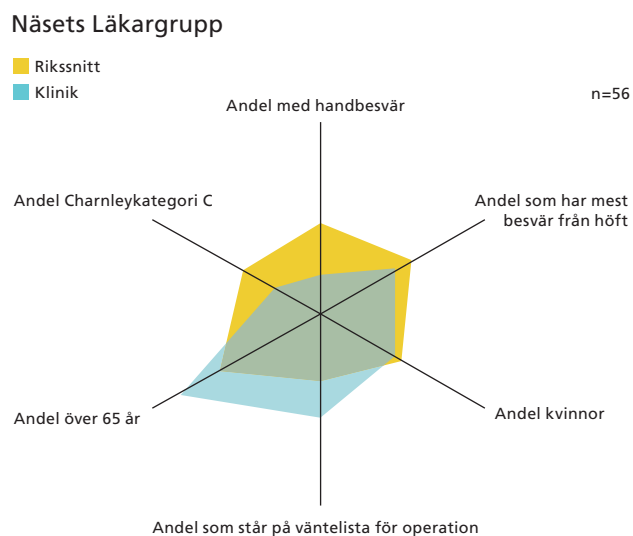
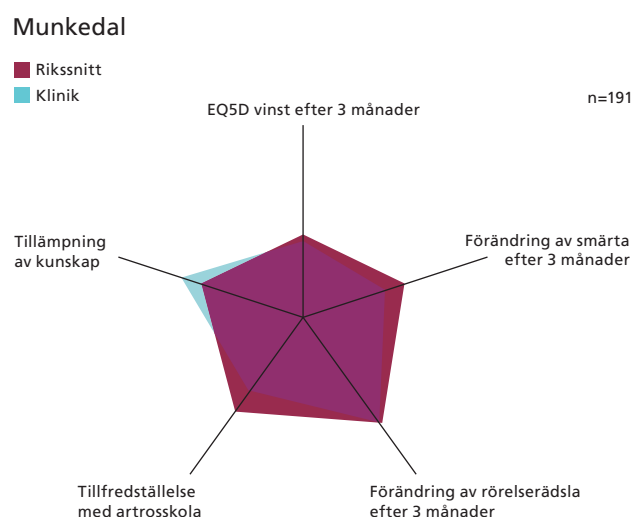
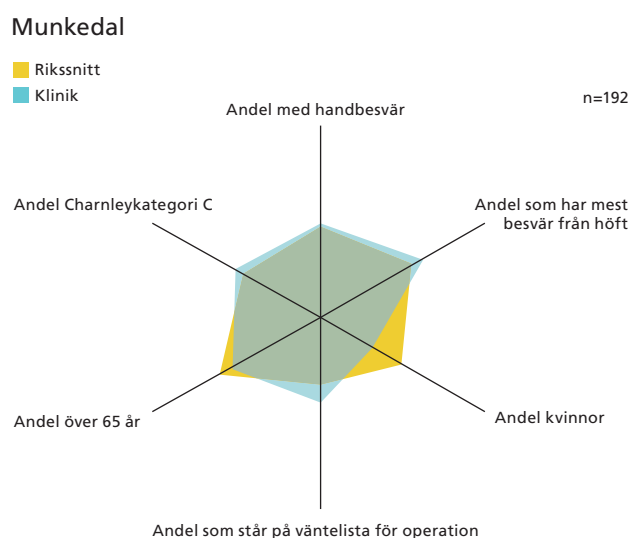
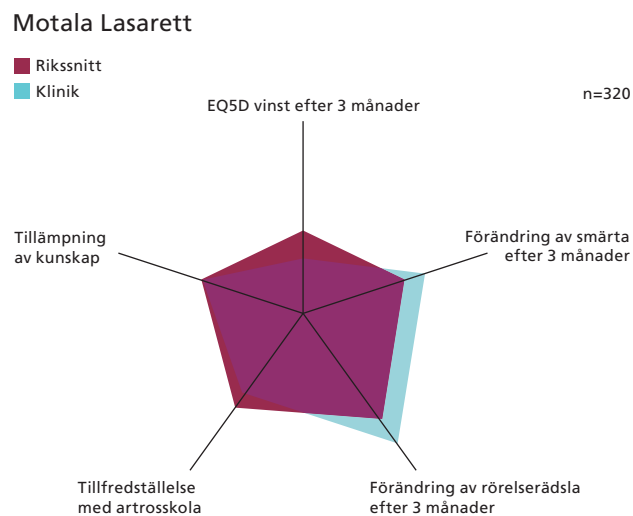
Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

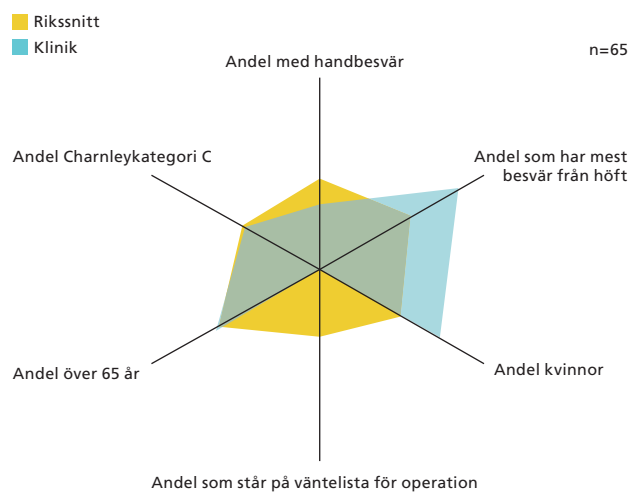


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



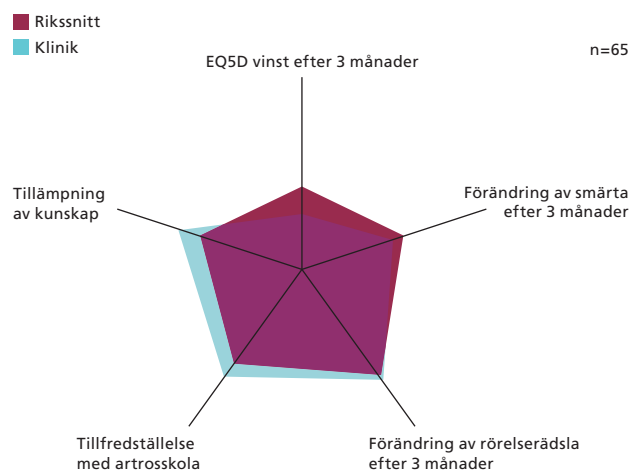
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

Primärvårdsrehab Fyrbodol Åmål

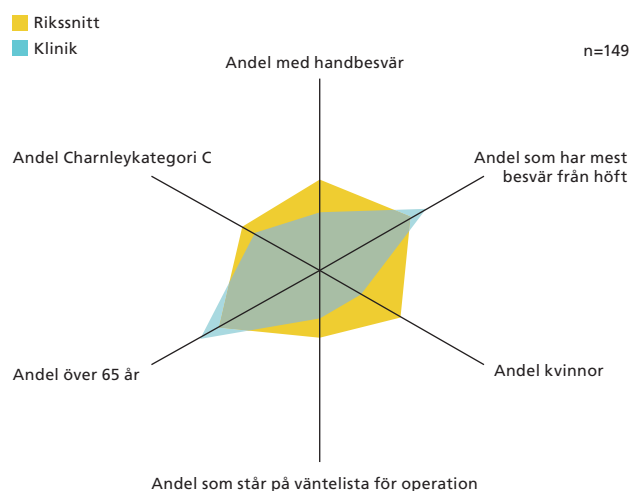


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

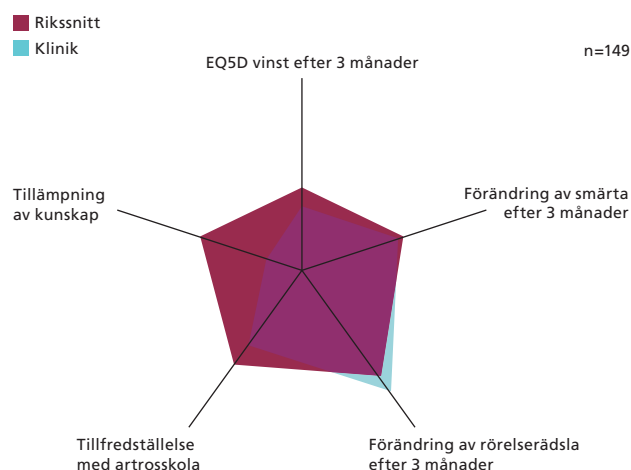
Primärvårdsrehab Fyrbodol Åmål



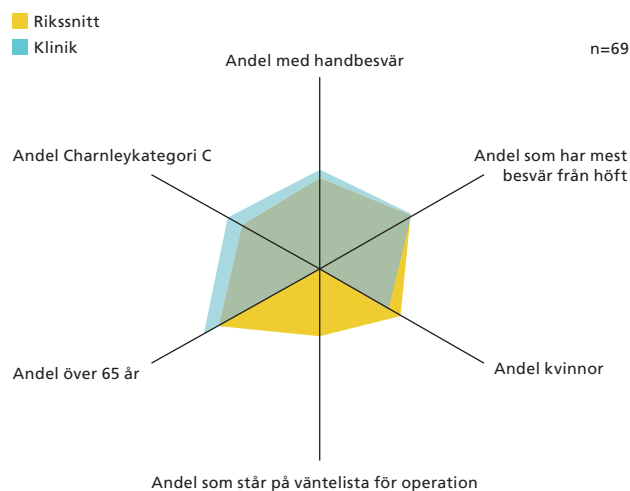
Primärvårdsrehab Norra, Värmland



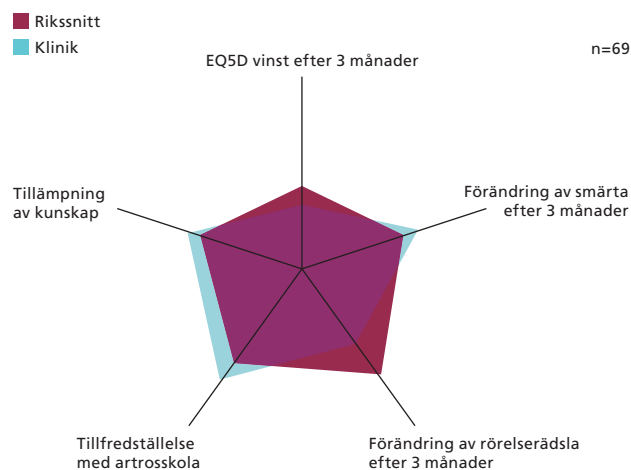
Primärvårdsrehab Norra, Värmland



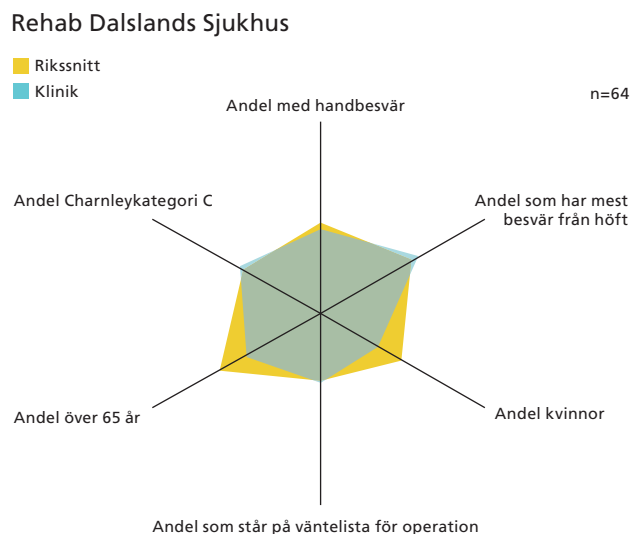
Primärvårdsrehab, Falun



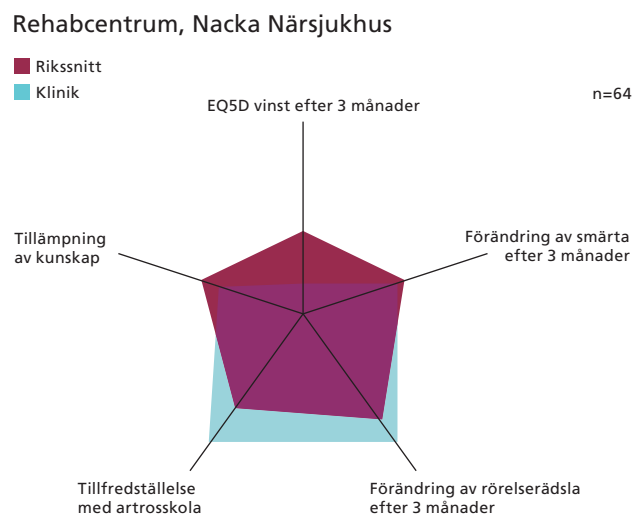
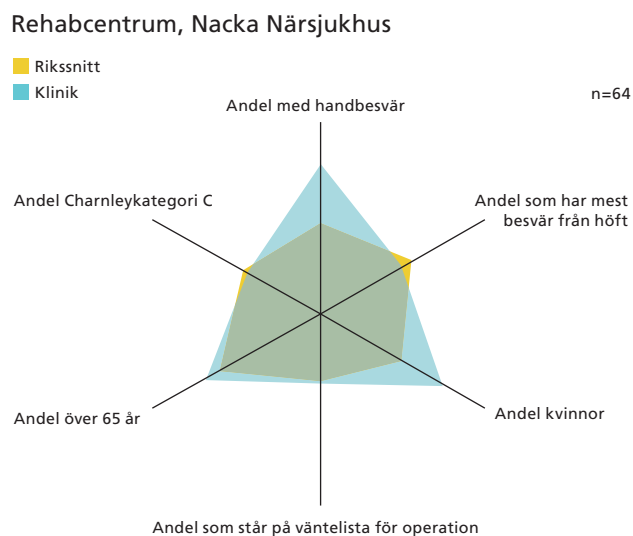
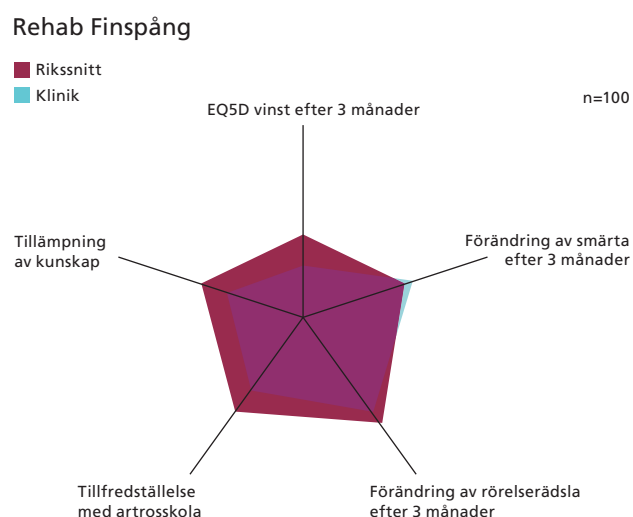
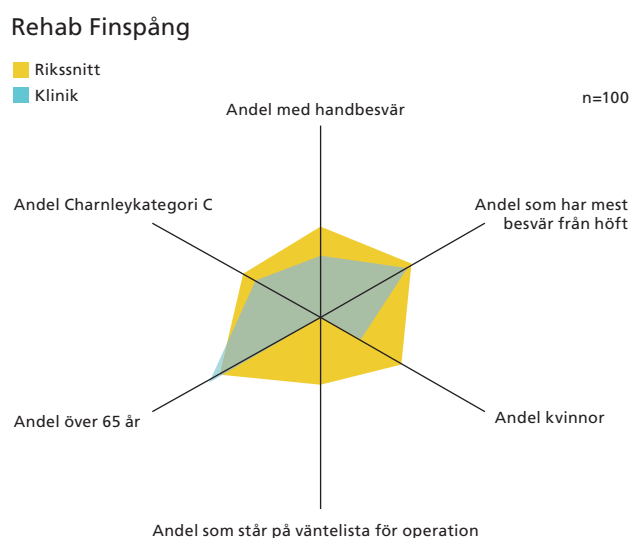
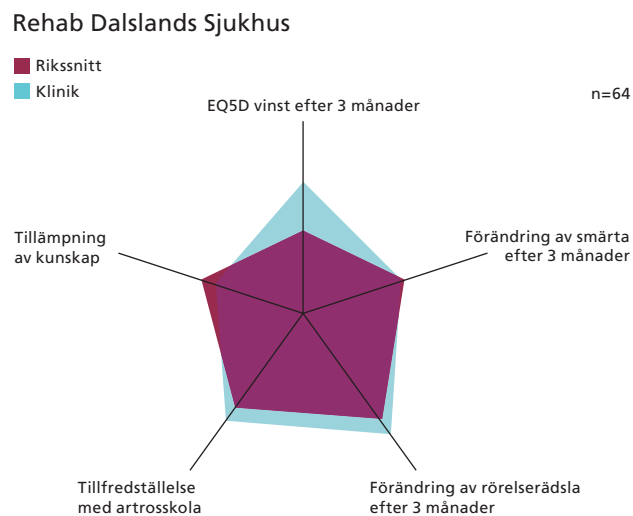
Primärvårdsrehab, Falun



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

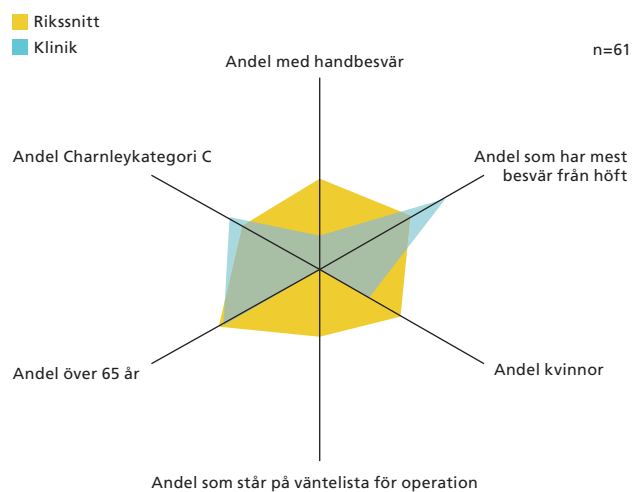


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



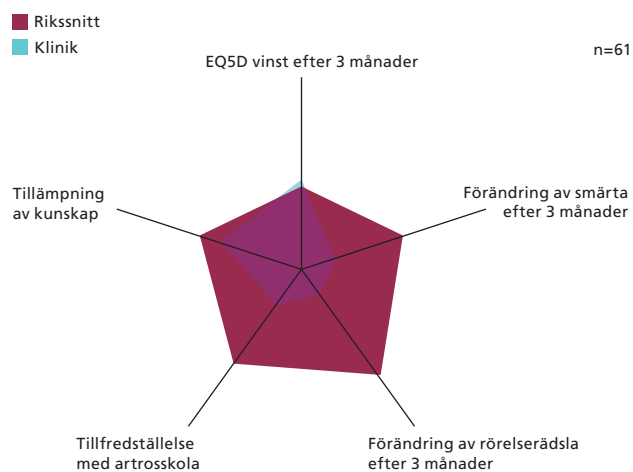
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

Rehabenheten, Kristinehamn

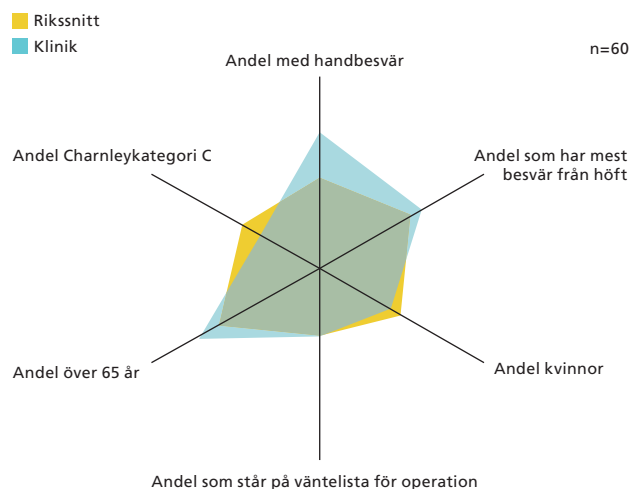


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

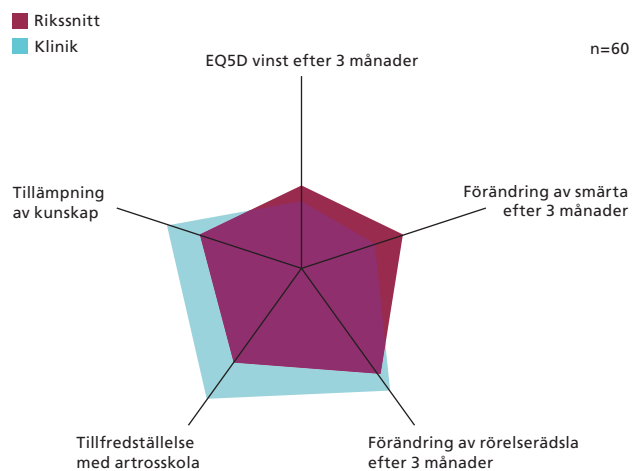
Rehabenheten, Kristinehamn



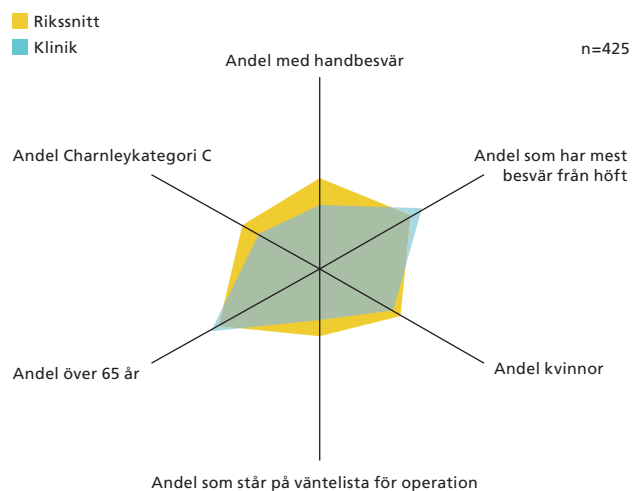
Rehabpartner i Söderköping AB



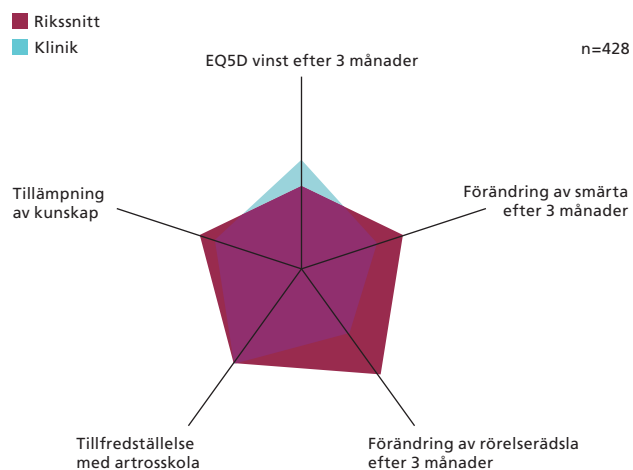
Rehabpartner i Söderköping AB



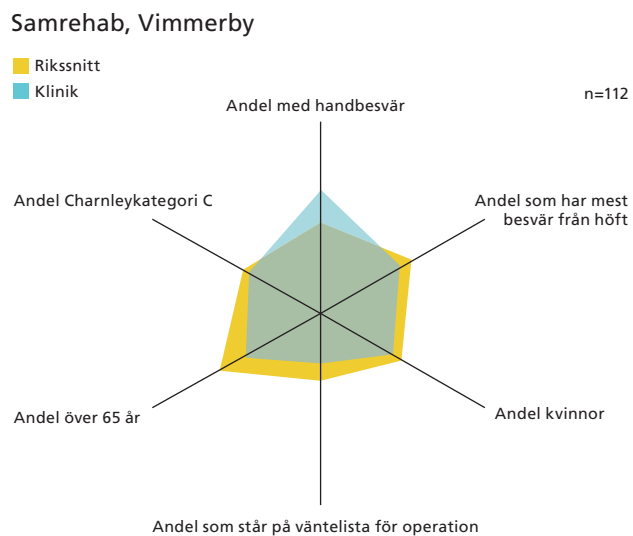
Rörelse och hälsa Linköping



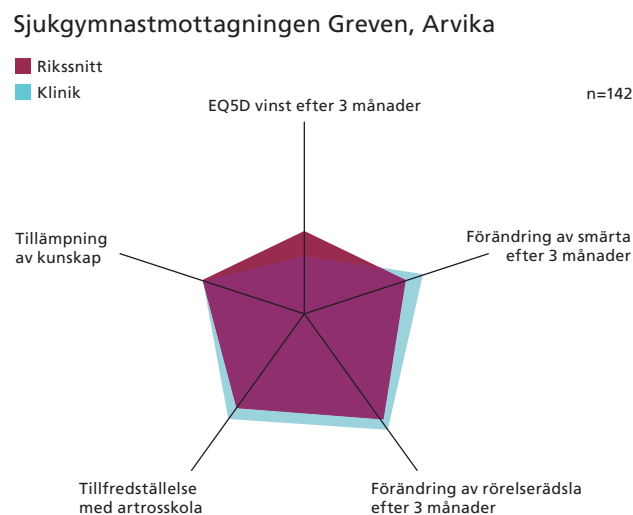
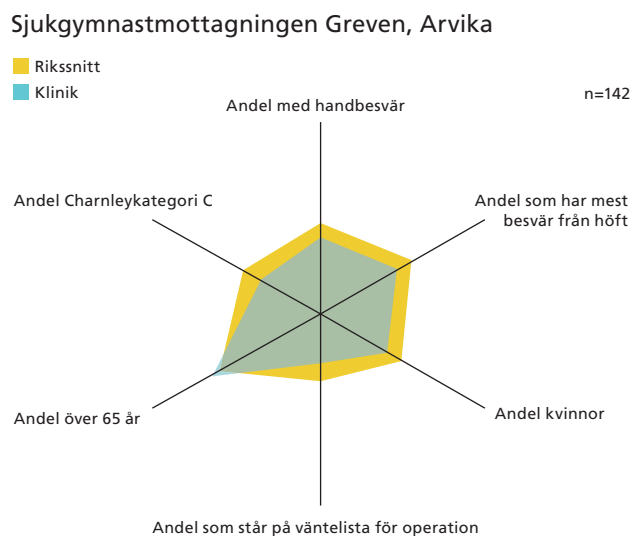
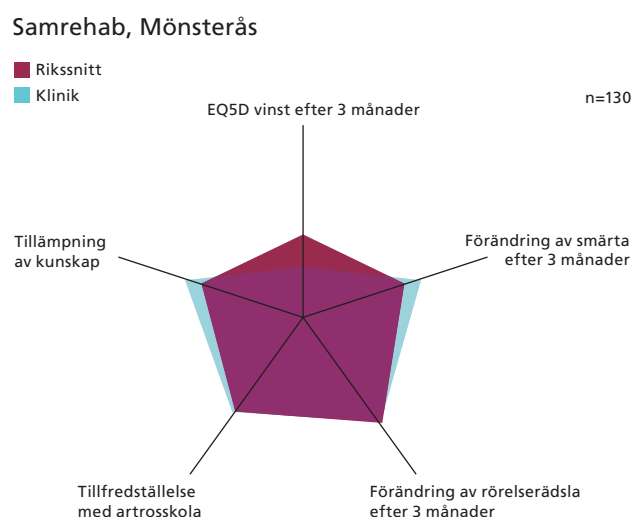
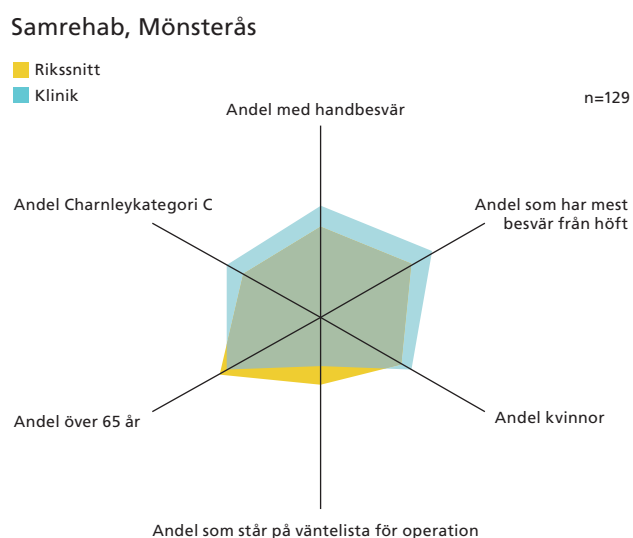
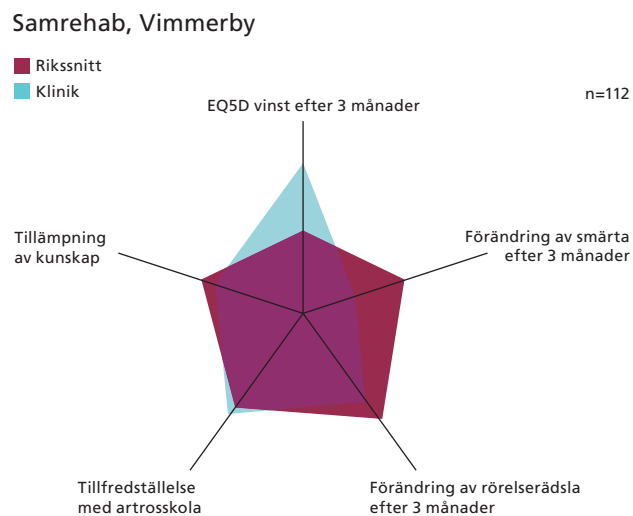
Rörelse och hälsa Linköping



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

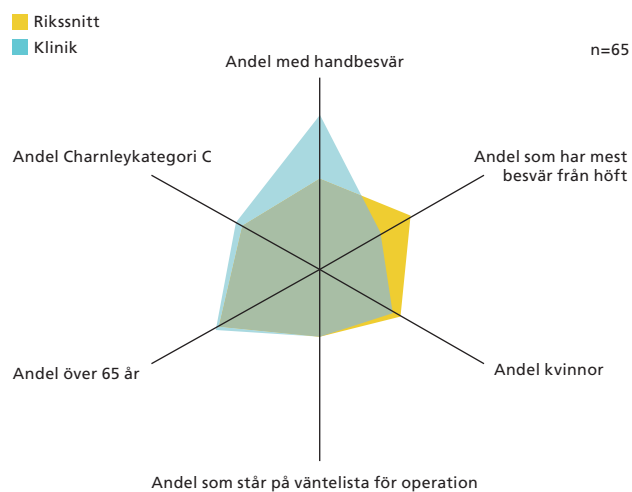


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



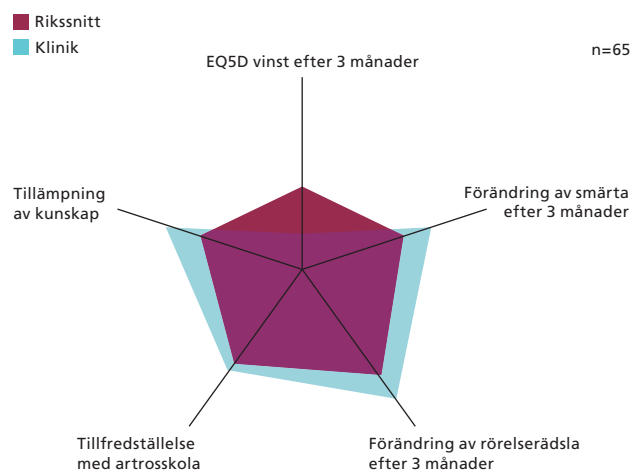
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

Sjöcrona VC Höganäs



Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

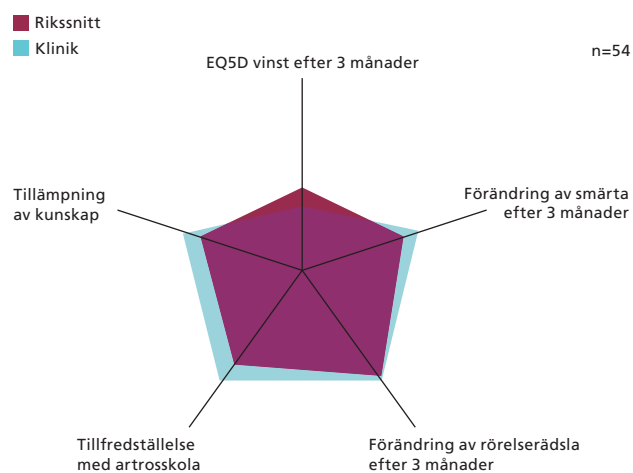
Sjöcrona Vårdcentral Höganäs



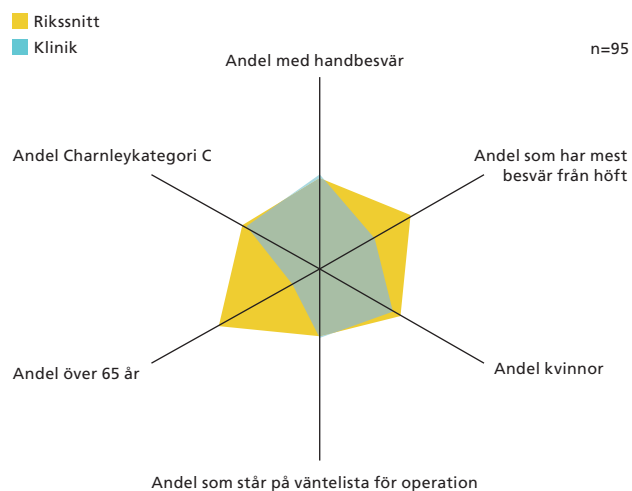
Solljungahälsan, Örskelljunga

På grund av saknad data för en eller flera variabler blev antalet patienter mindre än 50. Case-mix kan därför inte rapporteras och resultat i värdekompassen bör tolkas med försiktighet.

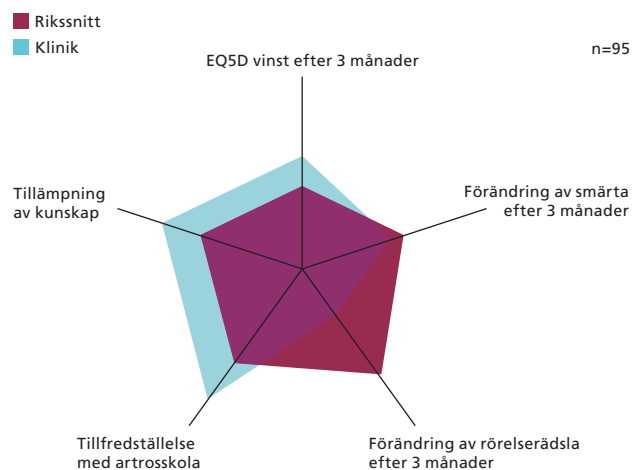
Solljungahälsan, Örskelljunga



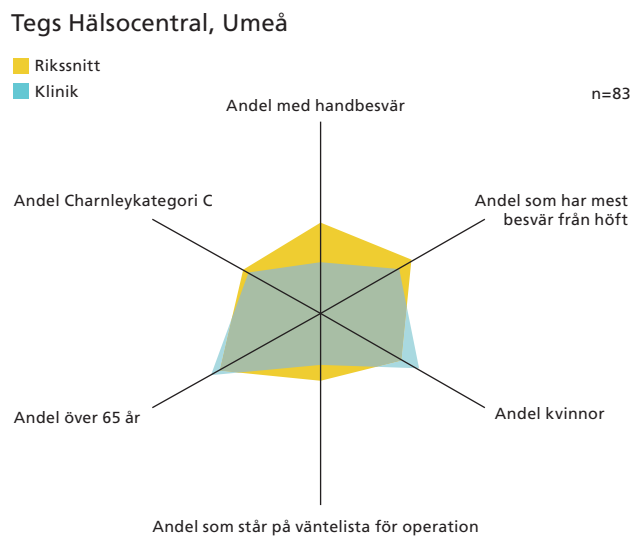
SUS, Malmö



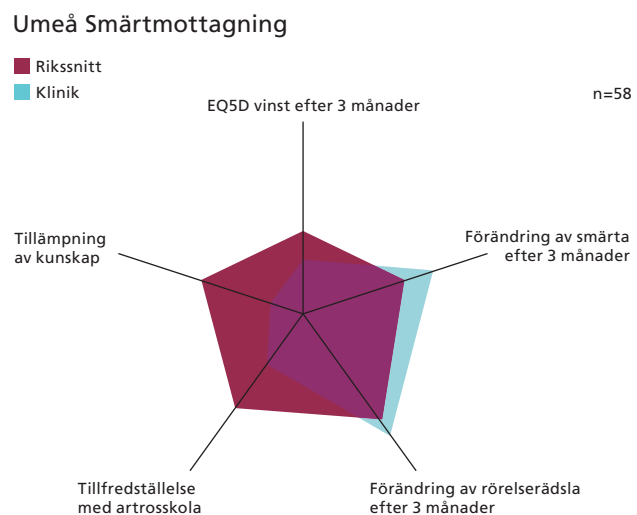
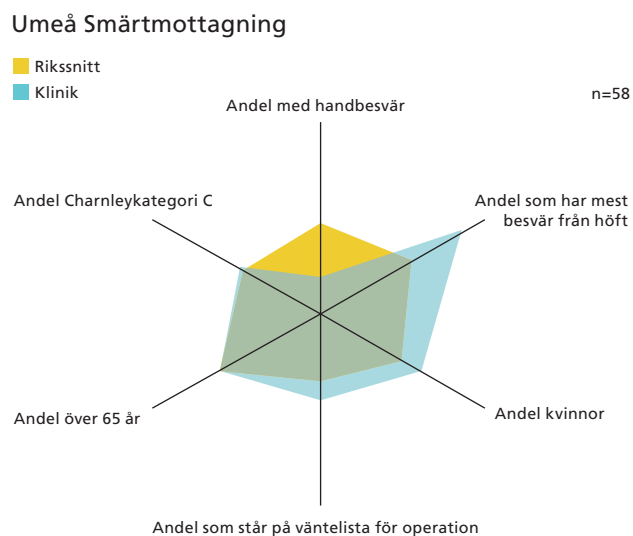
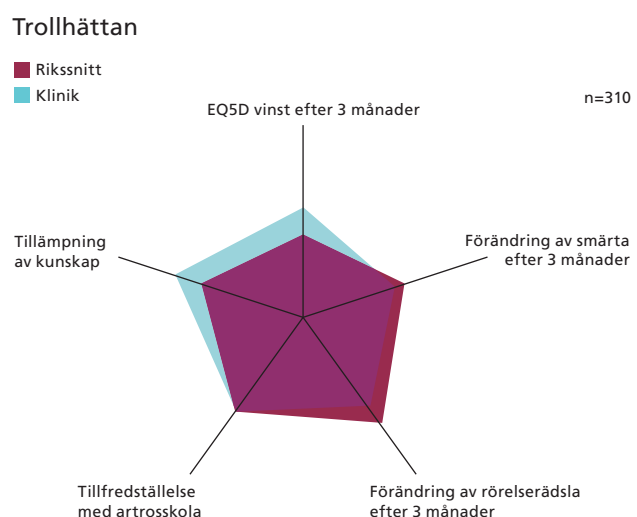
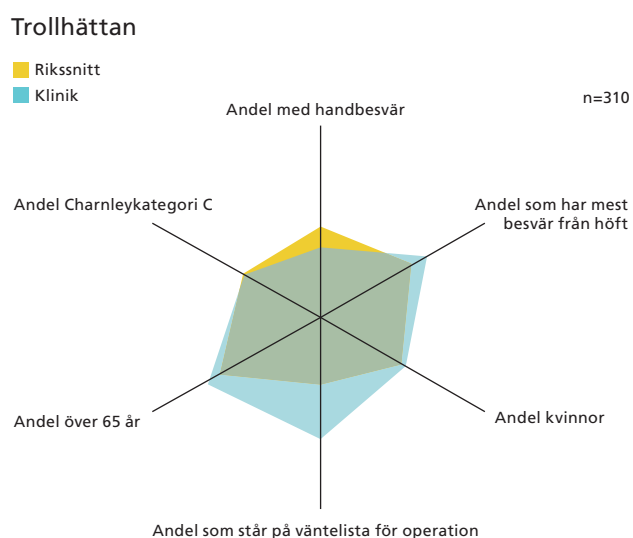
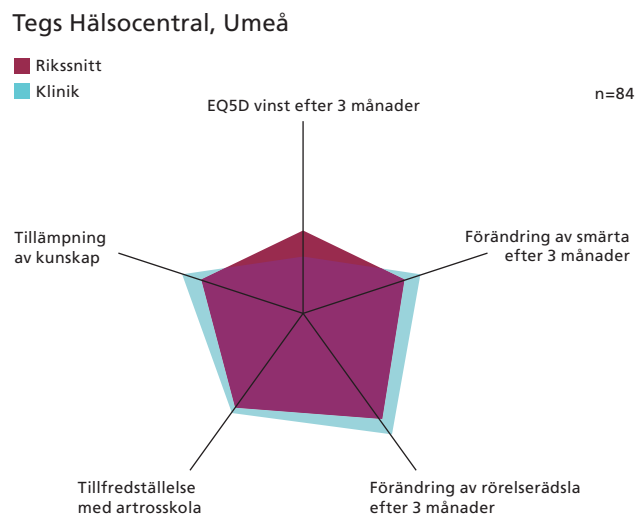
SUS, Malmö



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

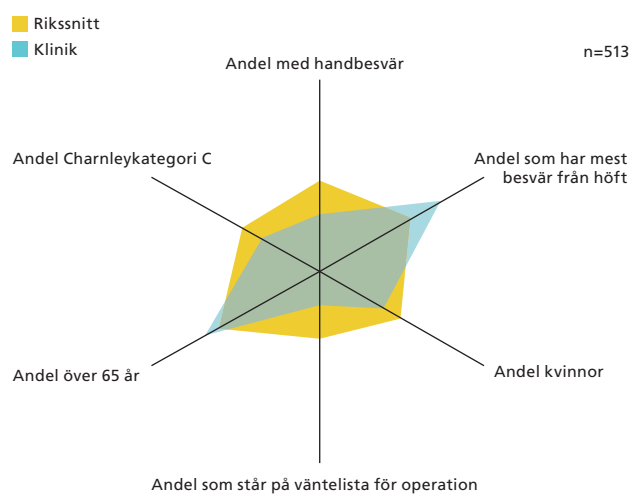


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



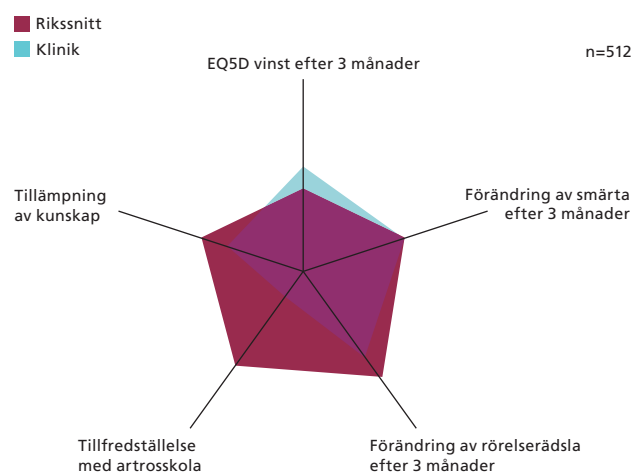
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

VC Gripen, Karlstad CSK

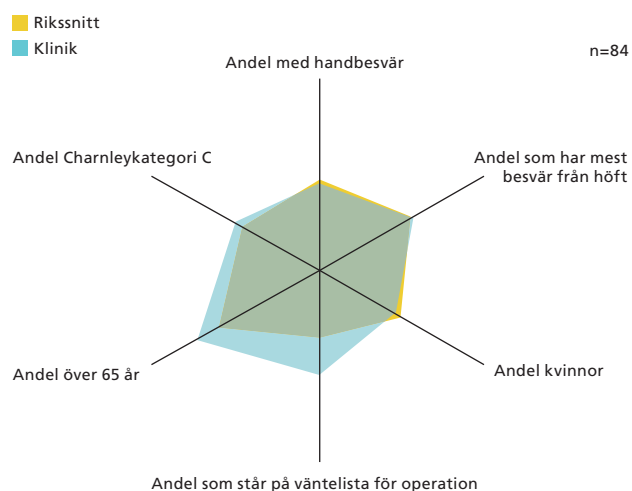


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.

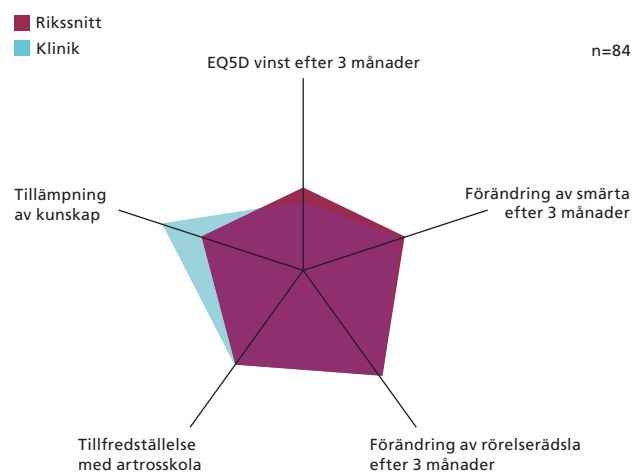
VC Gripen, Karlstad CSK



Vårdcentralen Hovshaga, Växjö



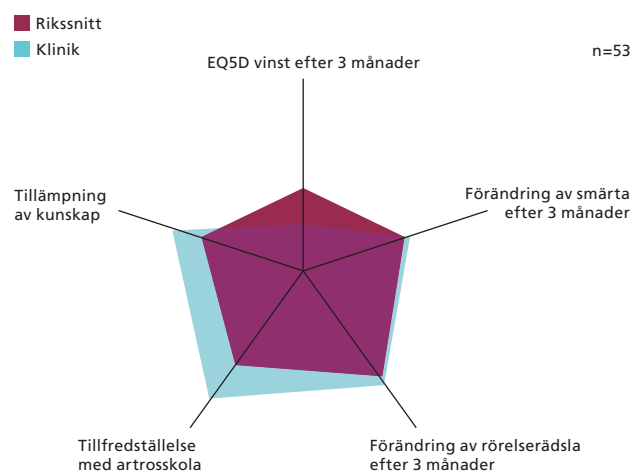
Vårdcentralen Hovshaga, Växjö



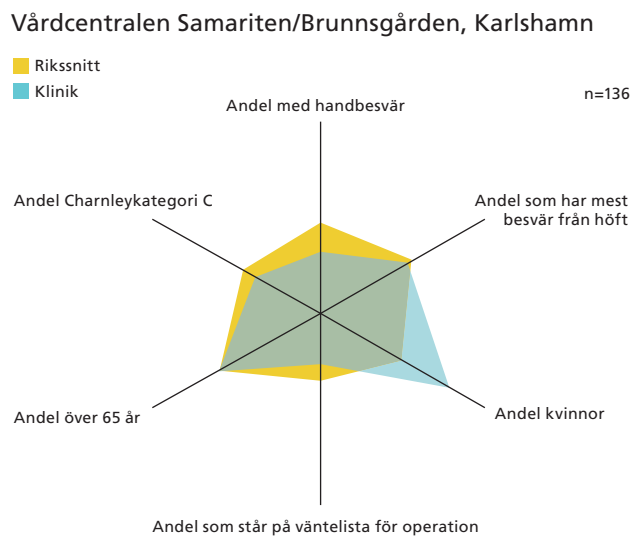
Vårdcentralen Laholm

På grund av saknad data för en eller flera variabler blev antalet patienter mindre än 50. Case-mix kan därför inte rapporteras och resultat i värdekompassen bör tolkas med försiktighet.

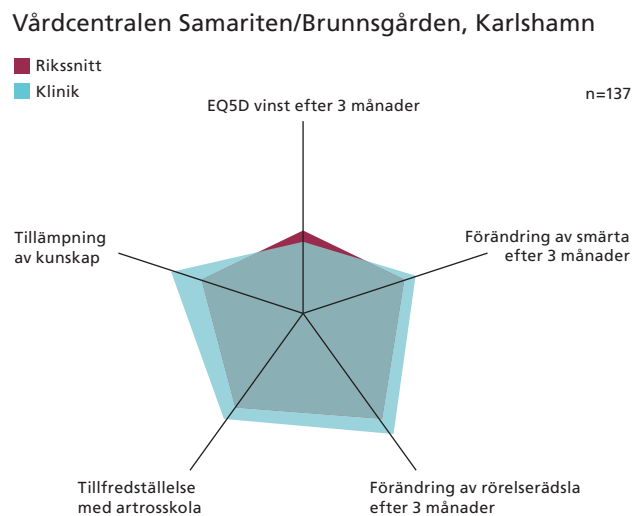
Vårdcentralen Laholm



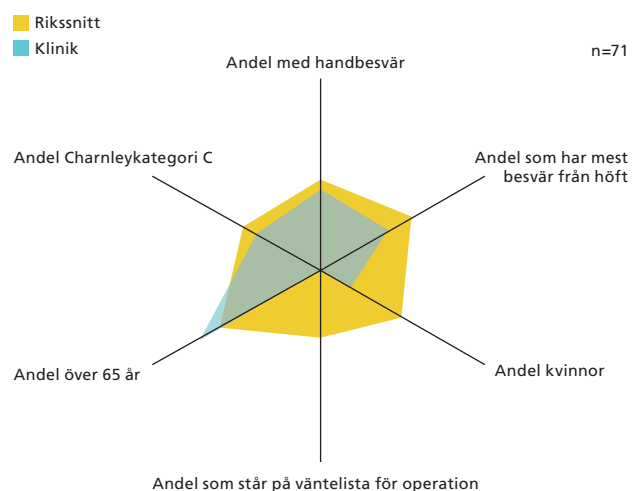
Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.



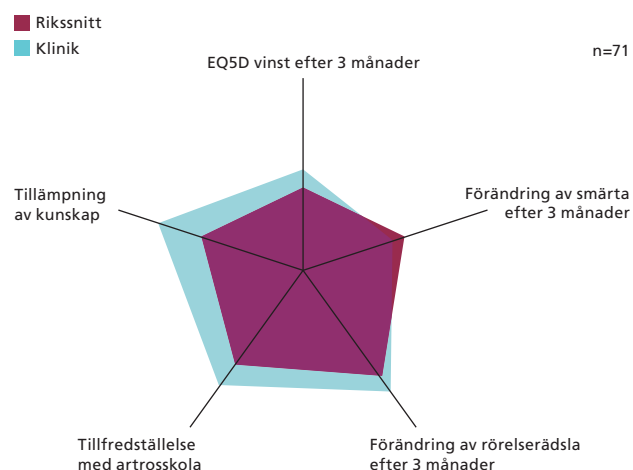
Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



Vårdcentralen Sjöbo



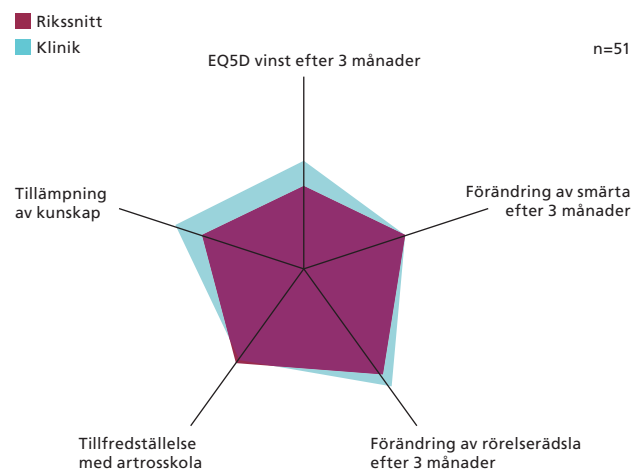
Vårdcentralen Sjöbo



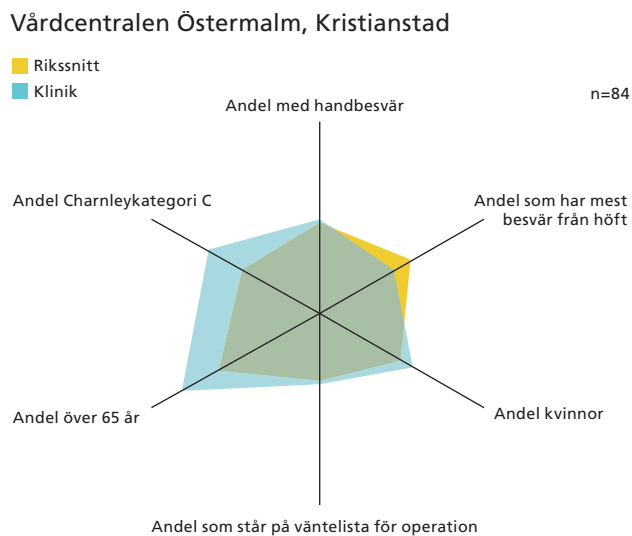
Vårdcentralen Skurup

På grund av saknad data för en eller flera variabler blev antalet patienter mindre än 50. Case-mix kan därför inte rapporteras och resultat i värdekompassen bör tolkas med försiktighet.

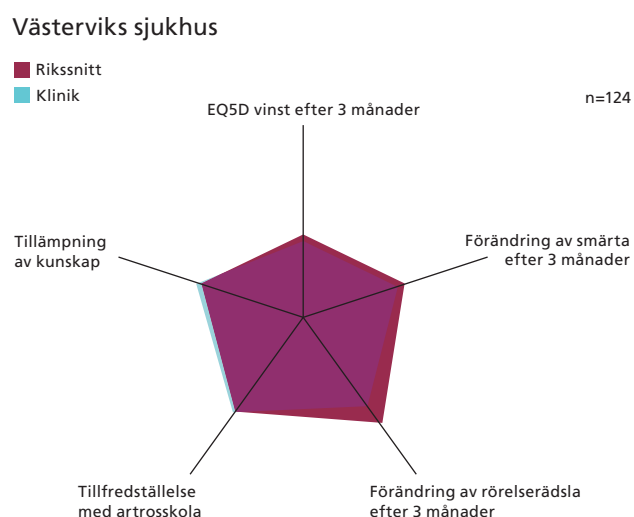
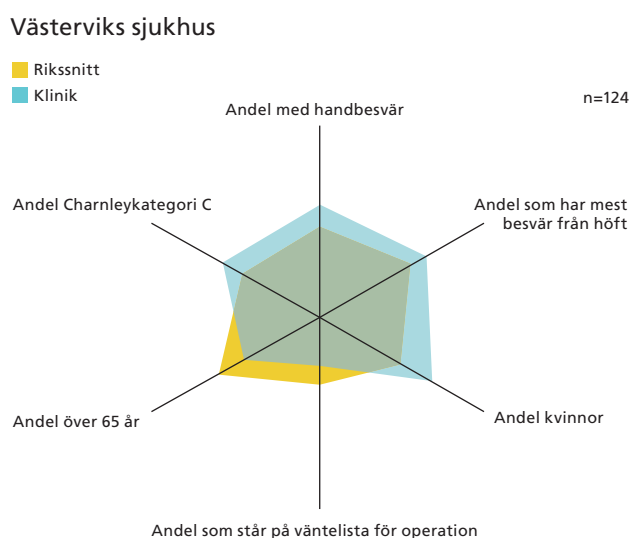
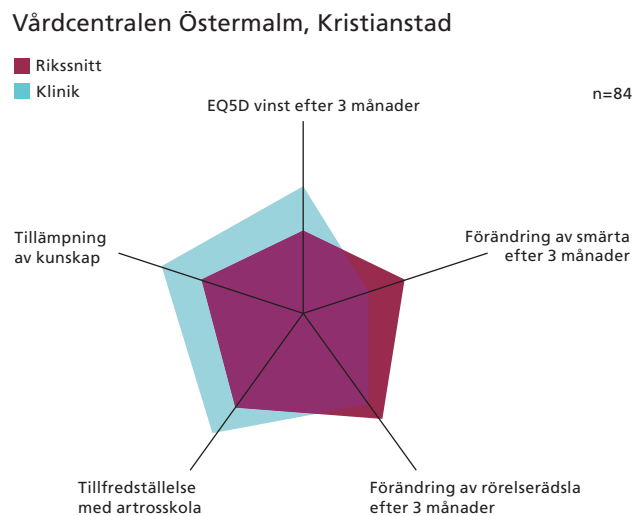
Vårdcentralen Skurup



Figur 15. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta=svår casemix.

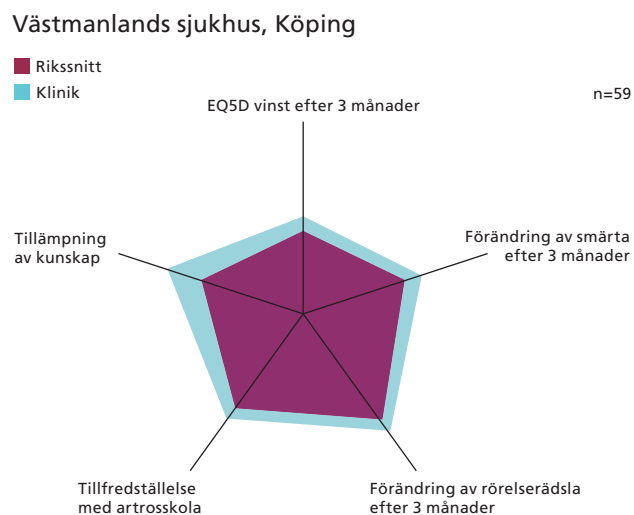


Figur 16. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta=bättre resultat.



Västmanlands sjukhus, Köping

På grund av saknad data för en eller flera variabler blev antalet patienter mindre än 50. Case-mix kan därför inte rapporteras och resultat i värdekompassen bör tolkas med försiktighet.



Tabell 15. Ackumulerad data för indikatorerna i värdekompasserna på klinisknivå. Alla förändringar gäller uppföljning tre månader.

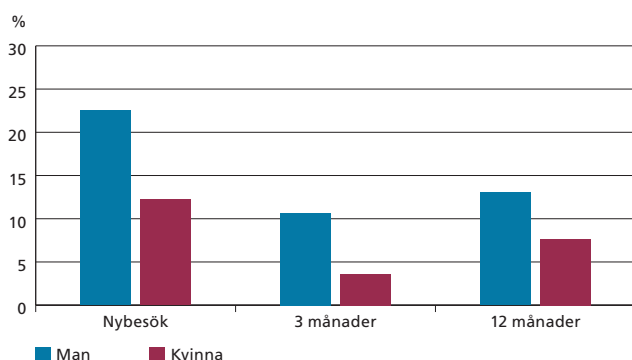
Enhet	Antal	EQ5D vinst	Förändring av smärta	Tillfredsställelse med artrosskola (andel)	Tillämpning av kunskap (andel)	Förändring av rörelserådsla (andel)
Brahehälsan Löberöd	55	0,06	-9	0,85	0,91	-0,08
Capio Citykliniken, Lund	130	0,10	-11	0,92	0,92	-0,17
Deltagruppen Helsingborg	146	0,05	-7	0,95	0,95	-0,08
Dragonens nya hälsocentral, Umeå	67	0,05	-5	0,90	0,94	-0,05
Fysiocenter, Malmö	56	0,08	-16	0,95	0,80	-0,05
HabRehab Gotland	230	0,13	-18	0,99	0,99	-0,12
Hageby Vårdcentral, Norrköping	268	0,10	-12	0,85	0,87	-0,15
Hallsbergs Vårdcentral	79	0,09	-14	0,97	0,97	-0,09
Idrottskliniken, Växjö	76	0,04	-10	1,00	0,92	-0,13
Karlskrona Rehabcenter	193	0,08	-12	0,97	0,94	-0,11
Kungälv sjukhus	272	0,06	-10	0,96	0,97	-0,19
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	59	0,03	-7	0,90	0,90	-0,09
Lomma Vårdcentral	81	0,05	-10	0,91	0,95	-0,05
Malmö Abels Rehab	583	0,03	-6	0,91	0,83	-0,05
Matfors Vårdcentral	99	0,05	-14	1,00	1,00	-0,12
Motala Lasarett	320	0,04	-8	0,90	0,91	-0,05
Munkedal	191	0,06	-13	0,89	0,95	-0,10
Nässets Läkargrupp	56	0,08	-9	0,91	0,86	-0,13
Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	65	0,04	-12	0,95	0,95	-0,09
Primärvårdsrehab Norra, Värmland	149	0,05	-11	0,89	0,80	-0,07
Primärvårdsrehab, Falun	69	0,05	-9	0,96	0,93	-0,16
Rehab Dalslands Sjh	64	0,10	-11	0,95	0,89	-0,07
Rehab Finspång	100	0,04	-10	0,89	0,87	-0,12
Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	64	0,02	-11	1,00	0,88	-0,05
Rehabenheten, Kristinehamn	61	0,07	-18	0,81	0,88	-0,26
Rehabpartner i Söderköping AB	60	0,05	-14	1,00	0,97	-0,07
Rörelse och hälsa Linköping	428	0,08	-13	0,93	0,89	-0,18
Samrehab Vimmerby	112	0,12	-16	0,94	0,89	-0,13
Samrehab, Mönsterås	130	0,04	-9	0,93	0,94	-0,10
Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	142	0,04	-9	0,95	0,91	-0,08
Sjökrona VC Höganäs	65	0,02	-7	0,94	0,97	-0,05
Solljungahälsan, Örkelljunga	54	0,05	-9	0,96	0,94	-0,09
SUS, Malmö	95	0,09	-12	1,00	0,98	-0,22
Tegs Hälsocentral, Umeå	84	0,04	-9	0,94	0,95	-0,07
Trollhättan	310	0,08	-12	0,93	0,96	-0,13
Umeå Smärtmottagning	58	0,04	-8	0,84	0,79	-0,07
Vårdcentralen Gripen, Karlstad CSK	512	0,08	-11	0,79	0,87	-0,14
Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	84	0,05	-11	0,93	0,98	-0,10
Vårdcentralen Laholm	53	0,03	-10	1,00	0,96	-0,08
Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	137	0,05	-9	0,95	0,96	-0,07
Vårdcentralen Sjöbo	71	0,08	-12	0,97	0,99	-0,07
Vårdcentralen Skurup	51	0,08	-11	0,92	0,96	-0,08
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	84	0,10	-14	0,98	0,98	-0,13
Västerviks sjh	124	0,06	-11	0,93	0,92	-0,13
Västmanlands sjukhus, Köping	59	0,07	-9	0,95	0,97	-0,08
Riket	8520	0,06	-11	0,93	0,91	-0,10

Förändring rörelserädsla, daglig smärta, önskan att bli opererad och fysisk aktivitet

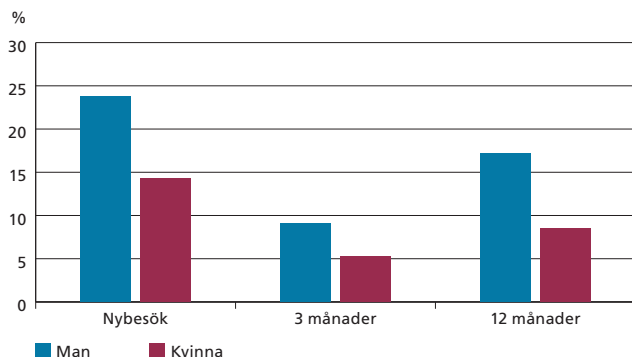
Rädd att leden tar skada

Det är en vanlig missuppfattning bland patienter med artros att leden är "utsliten" och att ytterligare användning eller aktivitet kan orsaka ytterligare skada på leden. Många tror också att smärta eller svårighet innebär att man ska undvika den aktivitet som utlöser besvär. En sådan missuppfattning kan utgöra ett hinder för fysisk aktivitet och aktivitet i dagliga livet. Informationen i artrosskolan syftar bland annat till att ändra uppfattningen bland patienterna (se kapitel Patientmedverkan). I figurerna nedan syns andelen män och kvinnor som är rädda att leden tar skada av fysisk aktivitet eller träning före artrosskolan, samt efter tre och tolv månader för hela registret (ackumulerat antal). För värden på kliniknivå hänvisas till Tabell 15 på föregående sida.

Figur 17a. Höft. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet.



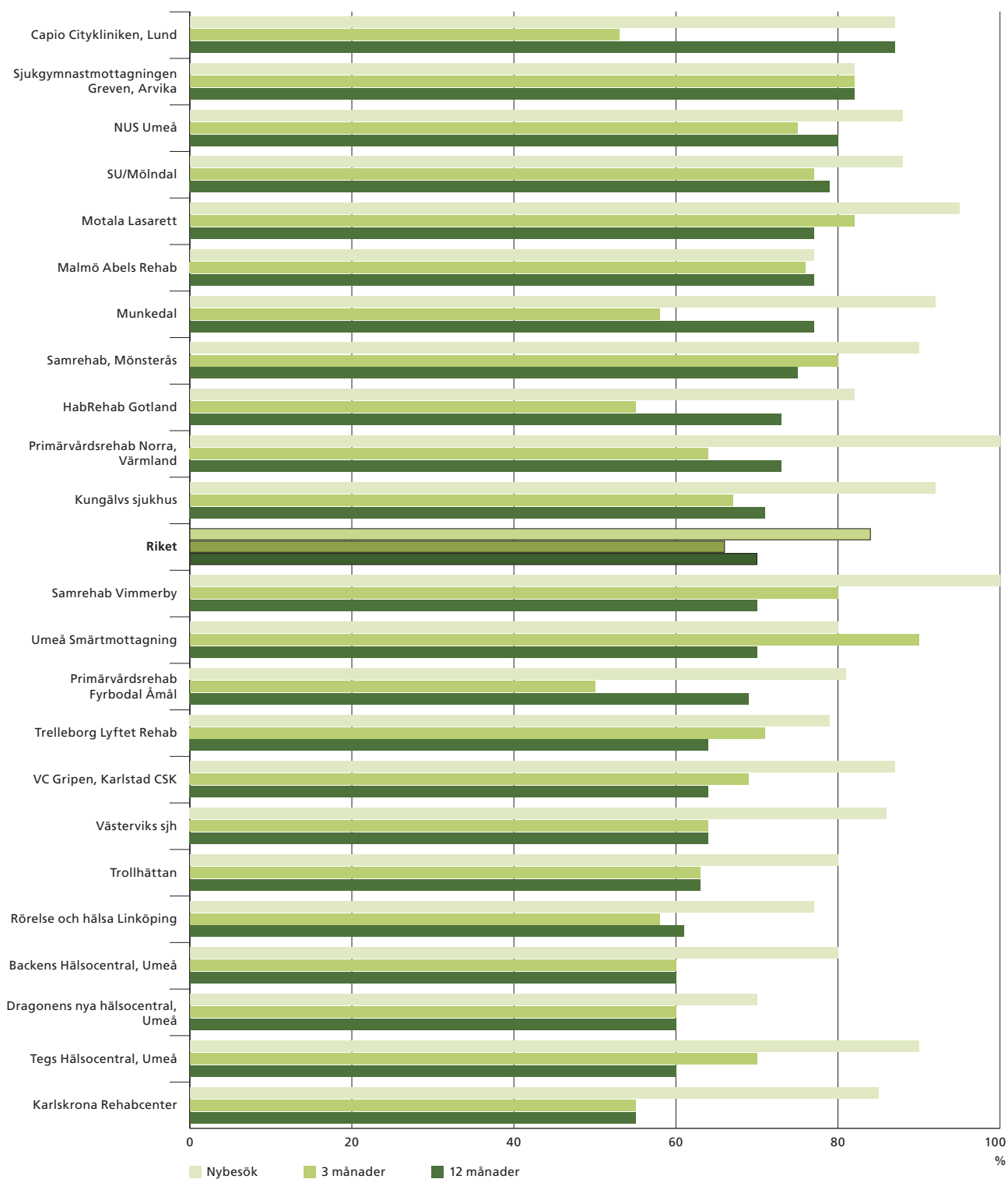
Figur 17b. Knä. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet.



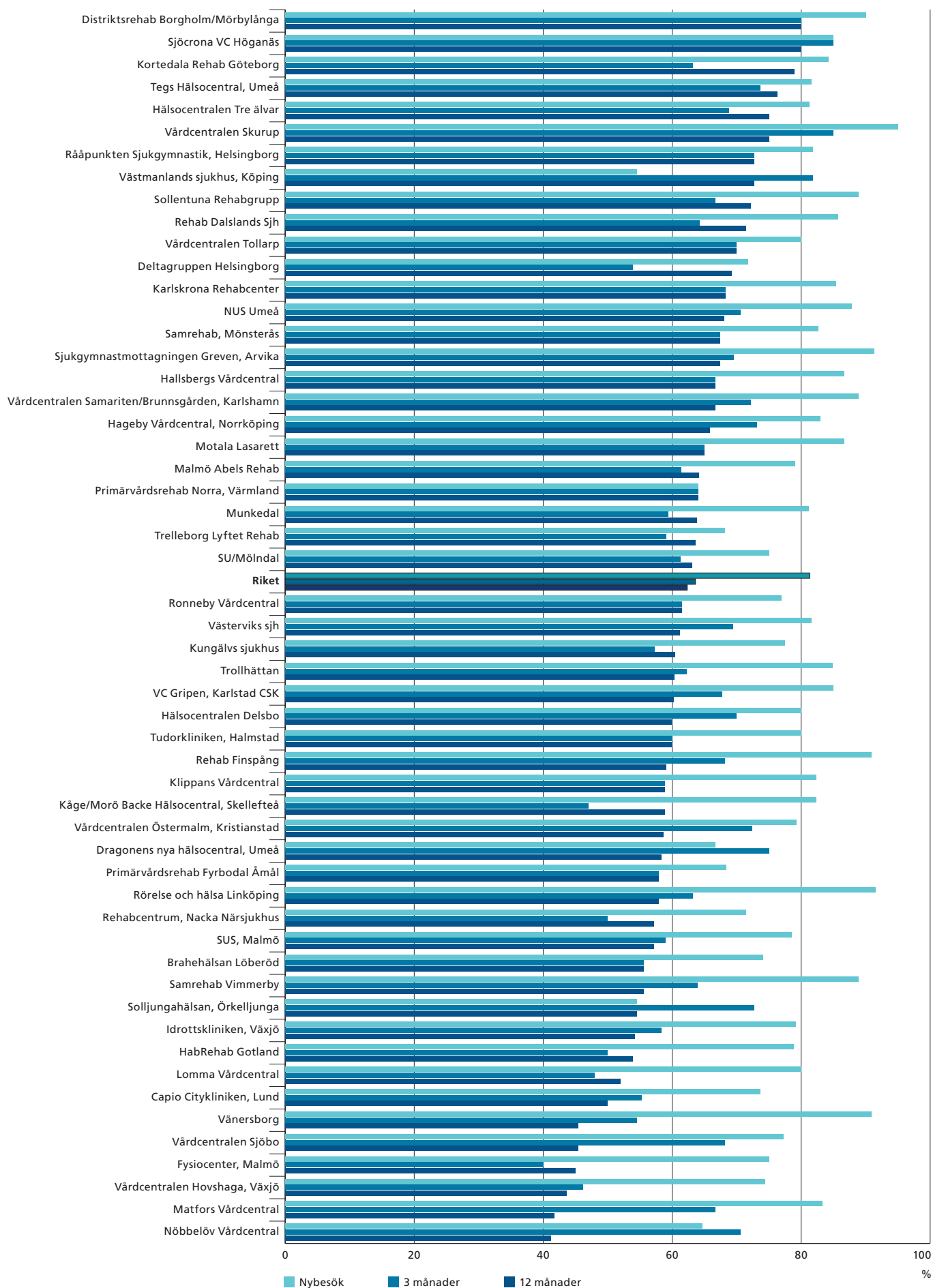
Andel med daglig smärta

Smärta vid artros går ofta i skov. Perioder med mer smärta följs av perioder med mindre eller helt utan smärta. Dessa perioder kan variera i varaktighet från någon eller några dagar upp till flera månader eller år och är svåra att förutspå. Figurerna nedan visar andelen patienter vid nybesök, tre och tolv månader som anger att de har ont varje dag eller alltid i höft respektive knä. Endast kliniker med minst 10 patienter som fullföljt ett-årsuppföljning före den 31 december 2011 och data från samtliga tre tillfällen redovisas i figuren. Resultaten är sorterade efter andel med smärta vid ett-årsuppföljningen. I hela registret anger 84% av patienterna med höftartros att de har smärta varje dag vid nybesök. Andelen sjunker till 66% efter tre månader och ligger fortfarande kvar 14% under ingångsvärdet efter ett år, på 70%. Motsvarande siffror för knäartros är 81% vid nybesök, 64% efter tre månader och 62% efter ett år. En minskning med nära 20%.

Figur 18a. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid.



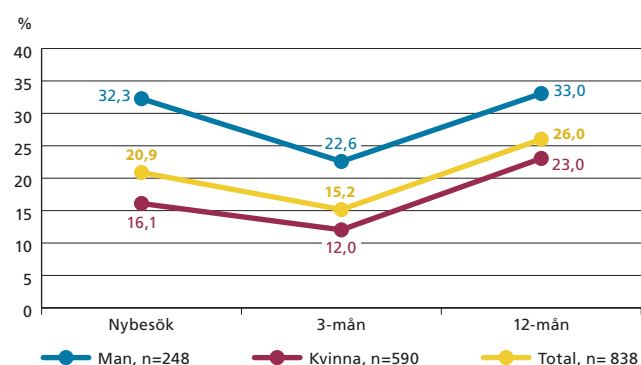
Figur 18b. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid.



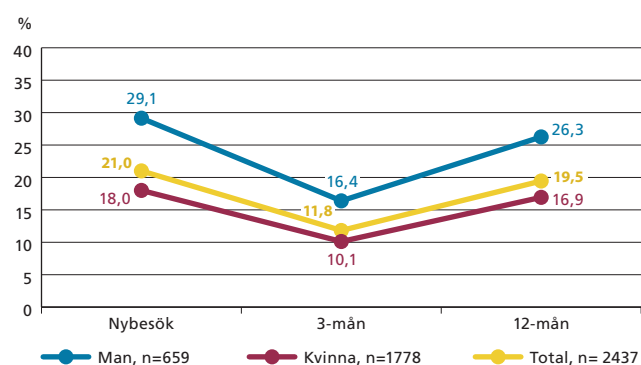
Vill bli opererad

Många patienter tror felaktigt att operation är den enda behandling som finns för artros och att artrosdrabbade höft- och knäleder kommer att bytas ut mot en ny led förr eller senare. De vill då bli opererade så snart som möjligt för att få så mycket nytta som möjligt av sin nya led. Denna inställning kan medföra felaktiga förväntningar på resultatet och figurerna nedan visar andelen patienter som önskar operation före artrosskolan samt efter tre och tolv månader för höft respektive knä. Figurerna representerar hela registret (ackumulerade data) och redovisas uppdelat på kön. Andelen som vill bli opererade är högre bland män än kvinnor.

Figur 19a. Höft. Andel som anger att de vill bli opererade.



Figur 19b. Knä. Andel som anger att de vill bli opererade.

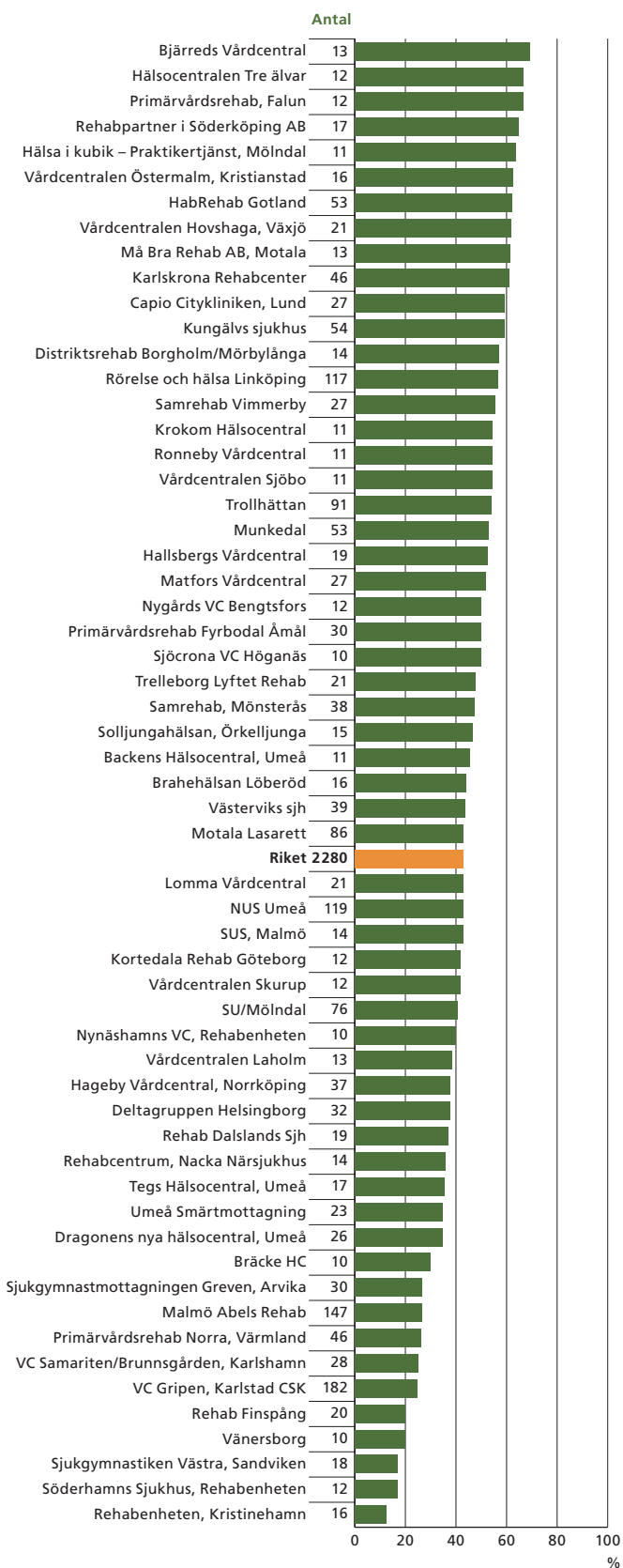


Ökad fysisk aktivitetsnivå

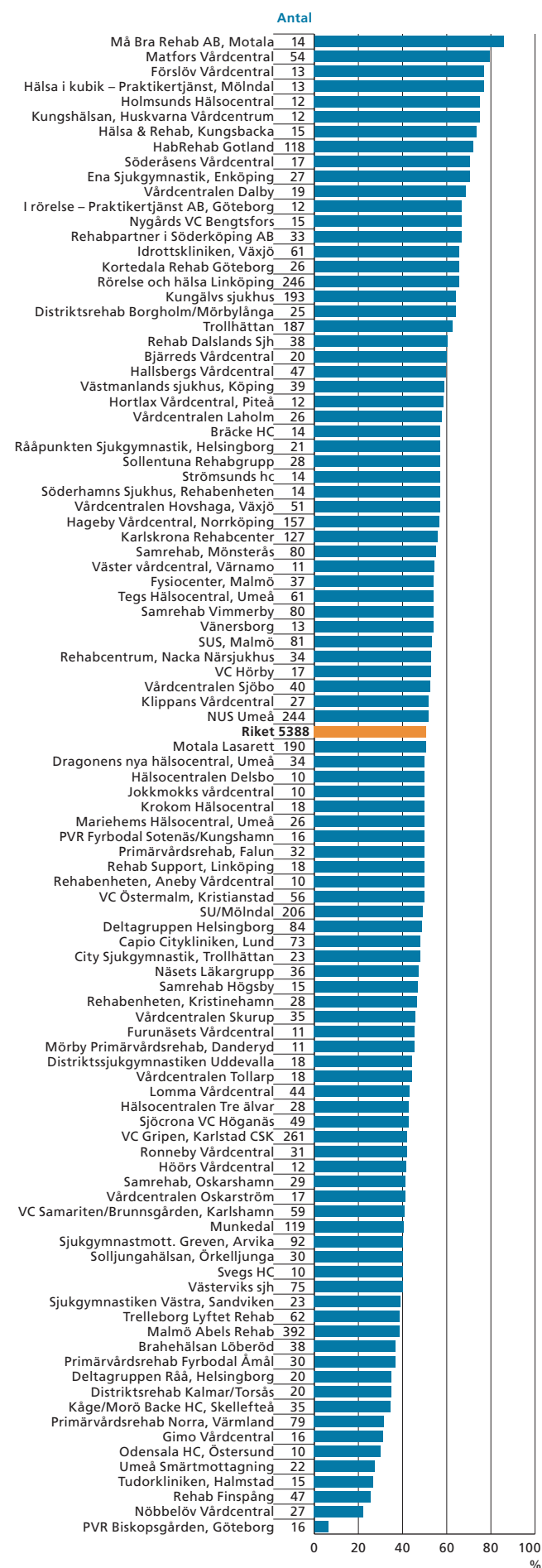
Ett av målen med artrosskolan är att motivera patienterna till fysisk aktivitet på en nivå som är tillräcklig för att bibehålla god hälsa. För de allra flesta betyder det en ökad fysisk aktivitetsnivå. Att mäta fysisk aktivitet är svårt. Det finns inte några validerade och reliabla frågeformulär att använda för patienter med artros. I BOA har vi fram till och med den 31 augusti 2012 använt tre frågor som kom från Folkhälsoinstitutets undersökningar. Då Socialstyrelsen publicerade det nya förslaget till sjukdomsförebyggande metoder 2011 fanns det med frågor om tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. Vi valde då att byta frågor från Folkhälsoinstitutets till Socialstyrelsens två föreslagna frågor om fysisk aktivitet. Från och med den 1 september 2012 infördes de nya frågorna. Vi inkluderade då också frågan om rökvanor. Samstämmigheten med Folkhälsoinstitutets frågor är relativt god, men istället för att kombinera två olika formuleringar i ett resultat har vi valt att i årsrapporten för 2012 enbart inkludera data för fysisk aktivitet fram till och med den 31 augusti, det vill säga enbart med Folkhälsoinstitutets frågeformuleringar. Resultaten från och med den 1 september kommer istället att redovisas i årsrapport 2013.

Figurerna på nästa sida visar andelen patienter som vid tremånadersuppföljning anger att deras fysiska aktivitetsnivå har ökat något eller ökat kraftigt under de senaste tre månaderna. Resultaten presenteras på klinikinivå för enheter som har haft minst 10 patienter med tremånadersuppföljning. Observera att antalet enheter som har kommit upp i tillräckligt stort antal patienter är mindre än föregående år beroende på att antalet patienter för 2012 endast har beräknats till och med den 31 augusti 2012.

Figur 20a. Höft. Andel som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader.



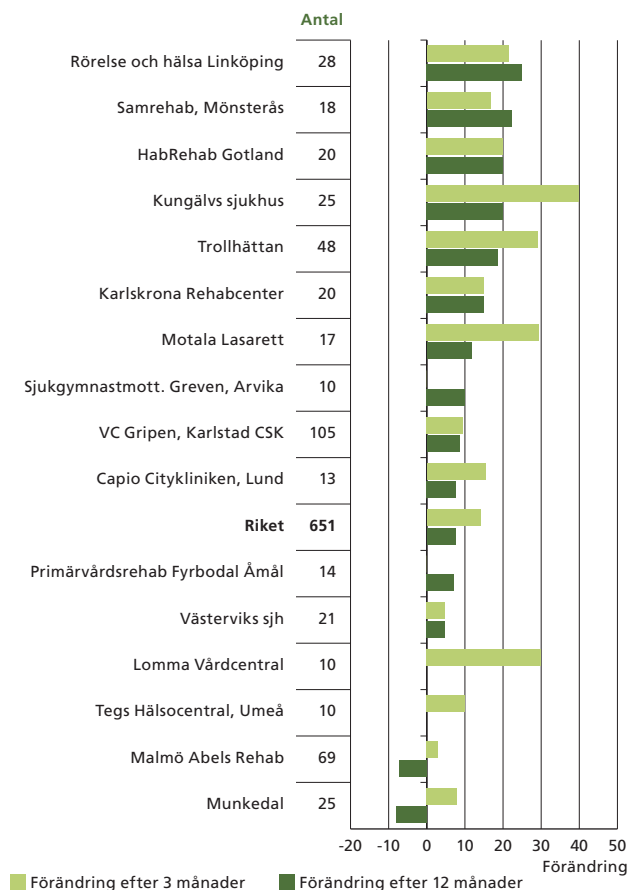
Figur 20b. Knä. Andel som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader.



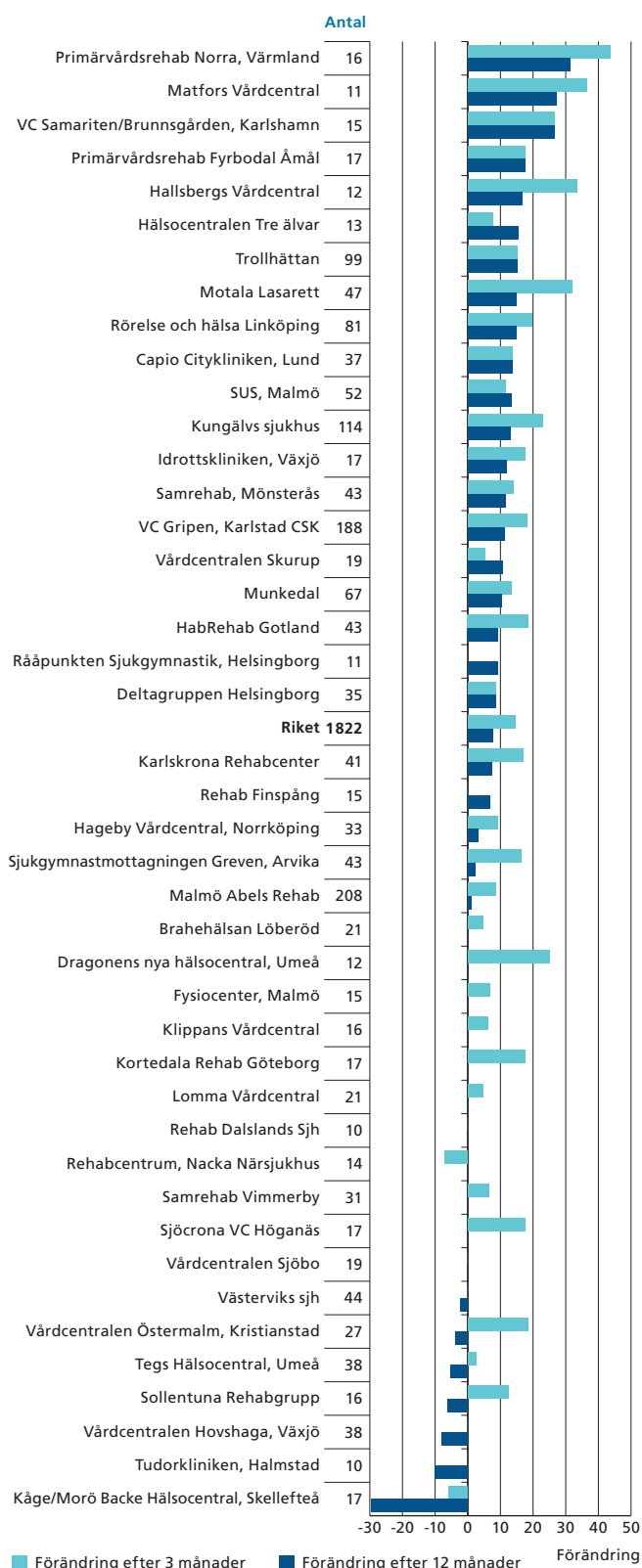
Andel som tränar varje vecka

Fysisk aktivitet definieras som all form av kroppsrörelse som ökar pulsen. Träning är fysisk aktivitet som sker med ett specifikt syfte, så som att förbättra styrka eller kondition. För att fysisk aktivitet ska vara hälsofrämjande bör den utföras med minst måttlig intensitet, det vill säga så att man blir lätt andfådd eller svettas. Figurerna nedan visar förändring i andel patienter som anger att de tränar så att de blir andfådda eller svettas minst en gång per vecka efter tre och tolv månader jämfört med vid nybesök. Figurerna representerar hela registret (ackumulerat antal). Resultaten redovisas på klinikinivå för enheter som har haft minst 10 patienter på ettårsuppföljning under 2012 med kompletta data för samtliga tre tillfällen. Resultaten är sorterade efter storlek på förändring efter ett år.

Figur 21a. Höft. Förändring efter 3 och 12 månader i andel som tränar minst 1 gång/vecka.



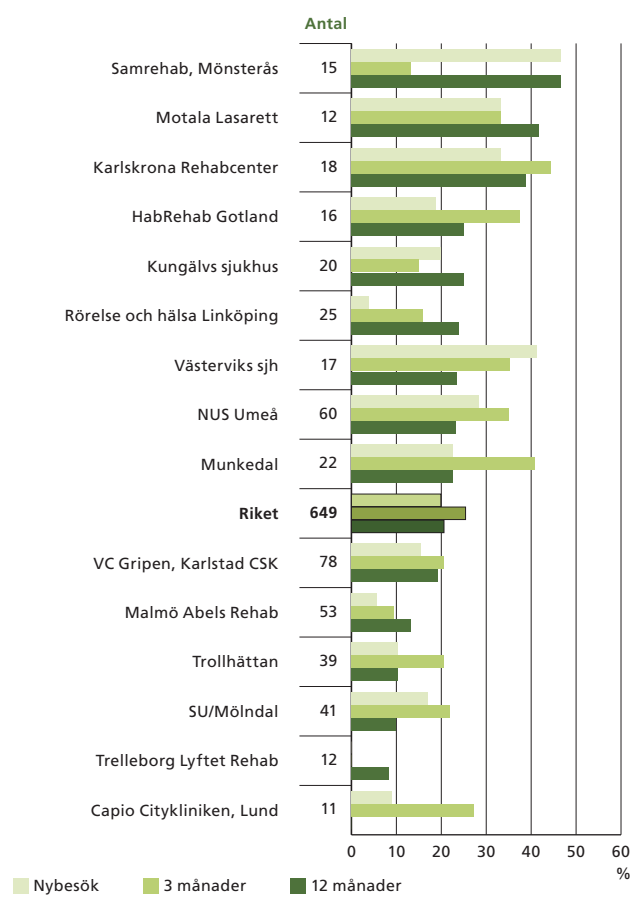
Figur 21b. Knä. Förändring efter 3 och 12 månader i andel som tränar minst 1 gång/vecka.



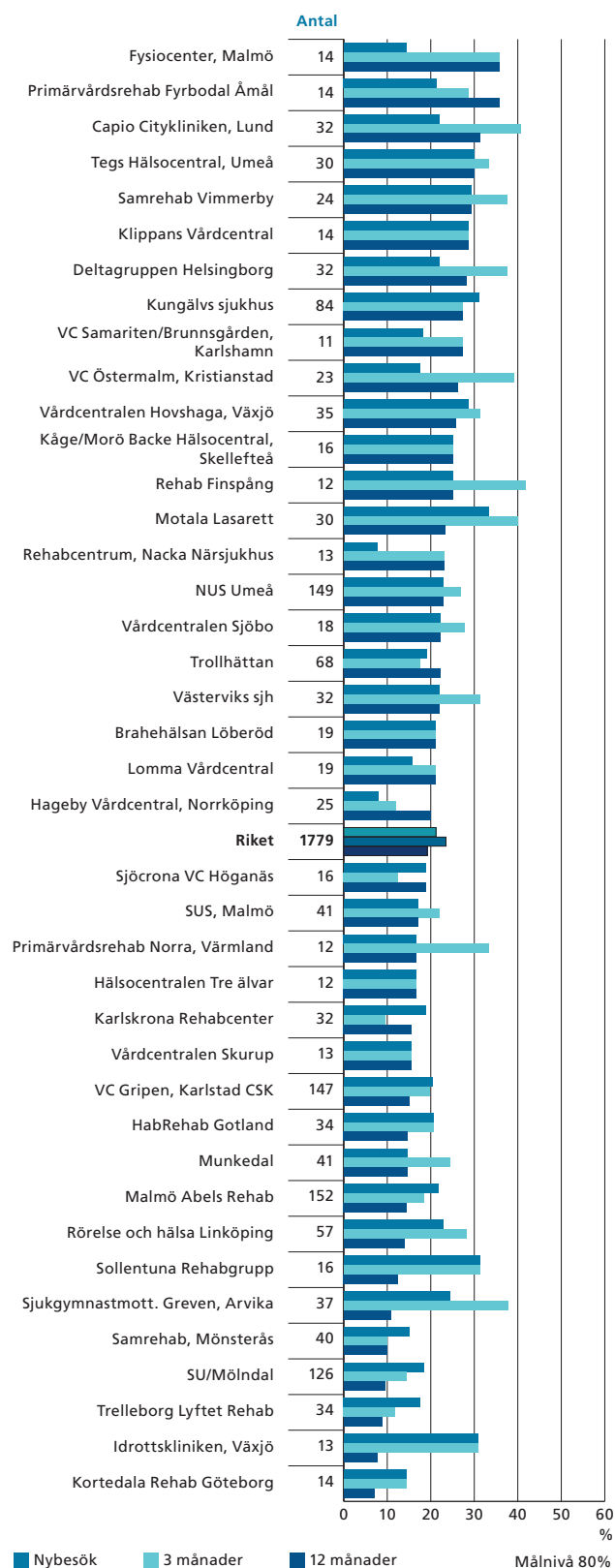
Andel som tränar på en rekommenderad nivå för hälsa

Världshälsoorganisationen WHO rekommenderar att alla människor, oavsett ålder eller sjukdom, ska röra på sig minst 150 minuter per vecka, med en sådan intensitet att man blir andfådd och varm, eller 75 minuter med hög intensitet.. BOA har som mål att 80% av patienterna ska uppnå denna nivå efter ett år. Målet för varje enhet är att 10% fler patienter ska uppnå 150 minuter per vecka efter ett år jämfört med vid nybesök. I nästa årsrapport redovisar vi siffrorna för aktivitetsminuter enligt de nya formuleringarna i registret. I figurerna visas andelen patienter som anger att de tränar minst 30 minuter, minst fyra dagar per vecka och hur denna andel förändrats över tid. Figurerna representerar hela registret (ackumulerat antal). Resultaten redovisas på klinikinivå för enheter som har haft minst 10 patienter på ettårsuppföljning med kompletta data för samtliga tre tillfällen.

Figur 22a. Höft. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan.



Figur 22b. Knä. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan.





Vad tycker patienterna om artrosskolan

Andel som tycker artrosskolan var bra eller mycket bra

Efter tre månader anger 92% av patienterna att de tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra, 5% tyckte den var varken bra eller dålig och 0,7% (65 patienter) angav att de tyckte artrosskolan var dålig eller mycket dålig. 2% kunde inte bedöma eller har inte svarat (data visas ej). Se Figur 23 på sid 84.

I samband med ettårsuppföljningen fick registret i december ett brev tillsammans med ett frågeformulär:

Till den det vederbör!

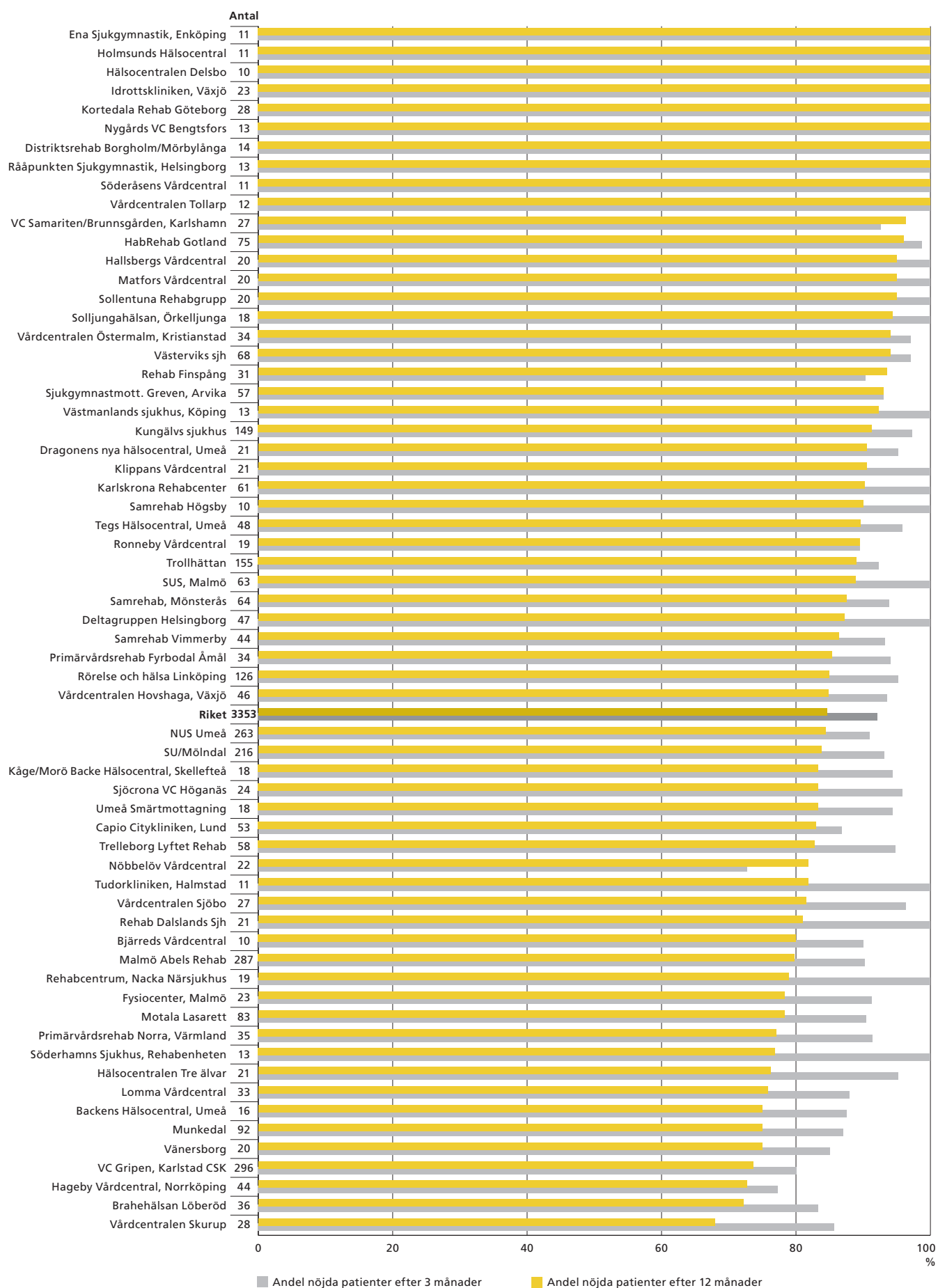
För mig var artrosskolan ett verkligt lyft som givit mig en mycket bättre livskvalitet. Det hjälpte mig att komma över min rädsla för fysisk aktivitet och har stegvis inneburit att jag nu är så gott som besvärsfri och kan i stort sett göra vad jag vill och behagar.

Med vänlig hälsning Rolf

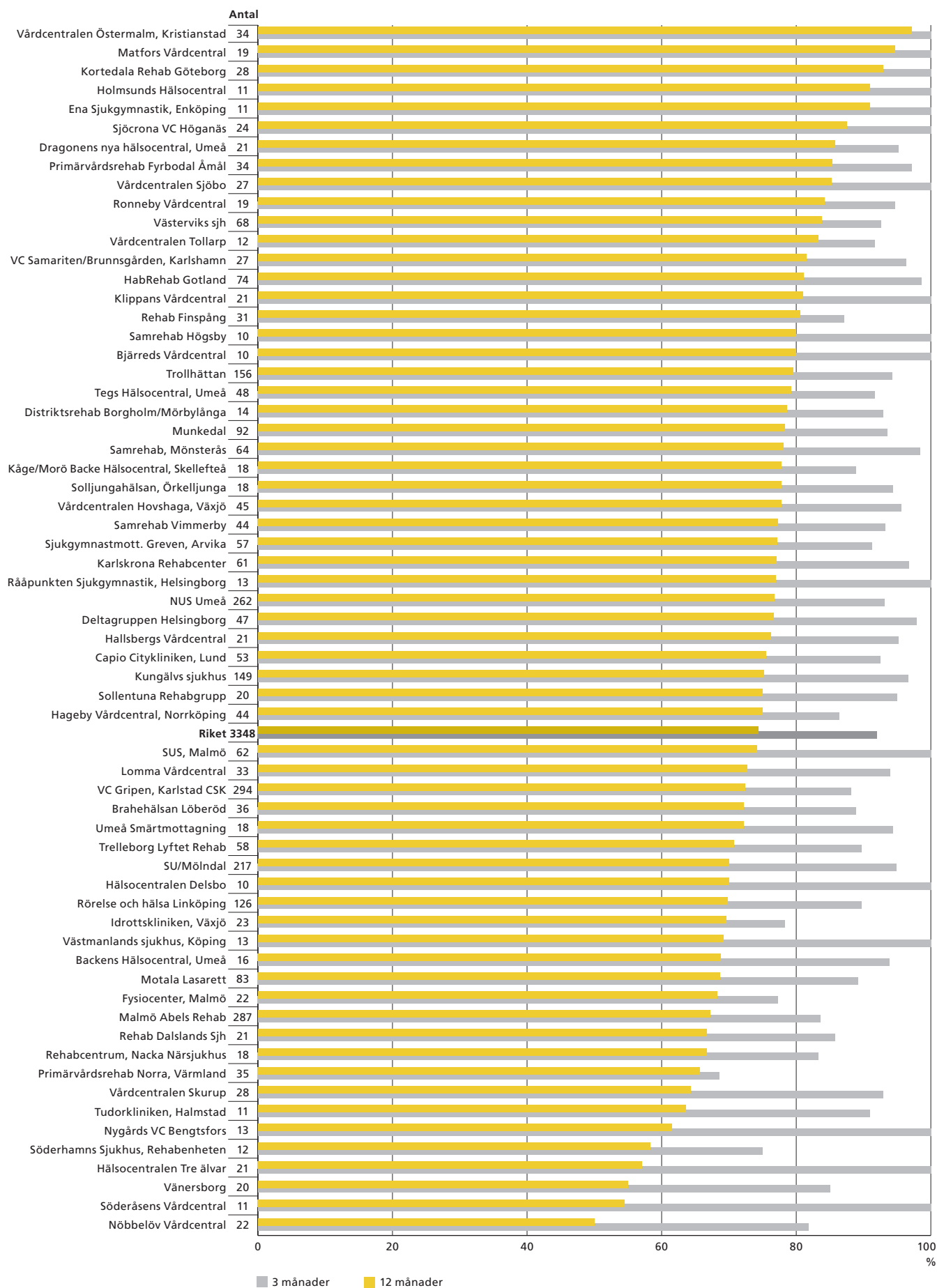
Andel som använder kunskapen från artrosskolan i sin vardag

Ett sätt att mäta nyttan med artrosskolan är att fråga patienterna hur ofta de använder vad de lärt sig i artrosskolan i sin vardag. Efter tre månader anger 62% att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan varje dag eller flera gånger dagligen och 92% säger sig använda vad de har lärt sig minst varje vecka. 6% kan inte bedöma eller har inte svarat. 1% säger sig aldrig använda något av vad de har lärt sig i artrosskolan. Efter ett år säger sig 75% fortfarande använda vad de har lärt sig minst varje vecka, en ökning med 4% sedan föregående år. Se Figur 24 på sid 85. 36% använder kunskapen från artrosskolan dagligen.

Figur 23. Andel patienter som tyckte artrosskolan var bra eller mycket bra per enhet.



Figur 24. Andel patienter som anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan minst varje vecka.



Deltagande i artrosskolan

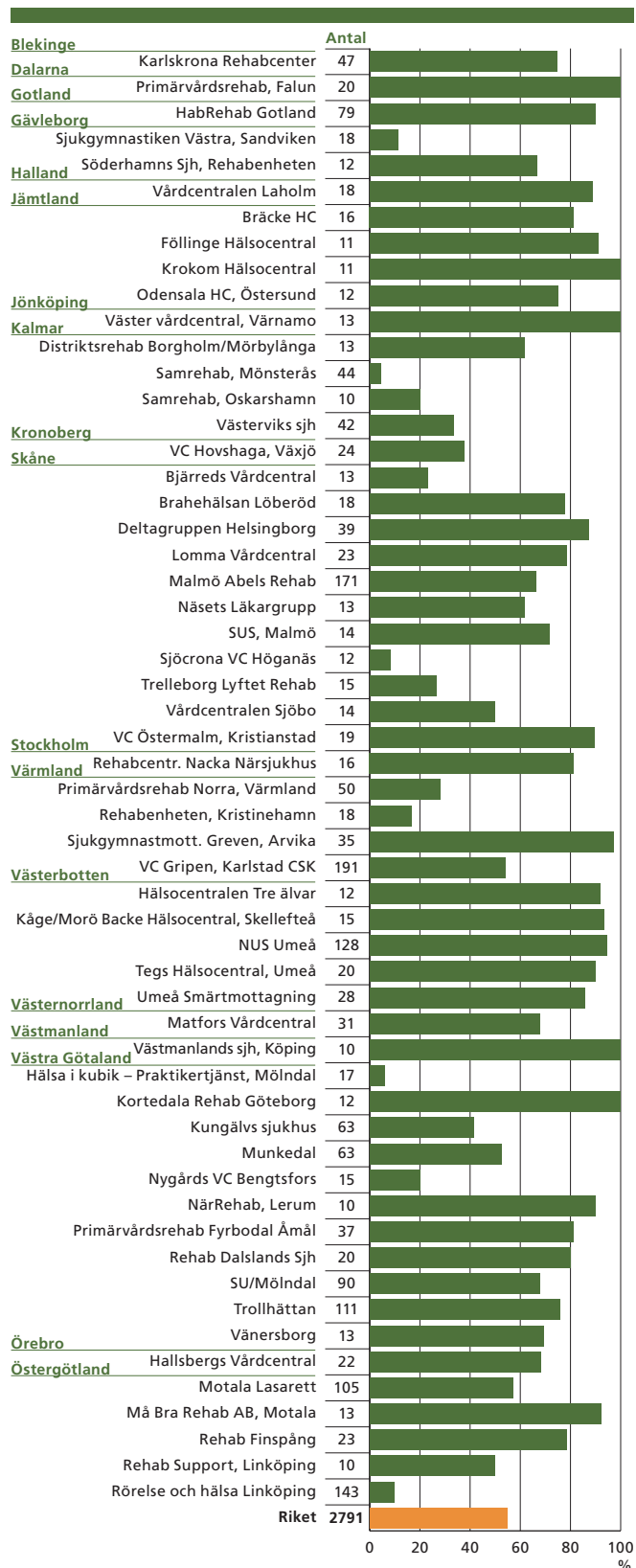
Den minimala interventionen i artrosskolan (se Figur 1, se sid 9) består av information om artros och om tillgängliga behandlingar. Informationen ges av sjukgymnaster, och i vissa fall arbetsterapeuter, som har gått en tvådagars utbildning i artros och artrosskola. Information om livsstilsförändringar som att gå ner i vikt eller börja träna kan upplevas som oöverstigliga och svåra att ta till sig för den som har ledvärk och svårt att röra sig utan smärta. Samma budskap från någon i en liknande situation, som man kan identifiera sig med, kan upplevas lättare ta emot.

I artrosskolorna samverkar vi med artrosinformatörer, det vill säga en patient med artros som själv har provat att följa rekommendationerna och upplevt den skillnad en förändring i livsstil och aktivitetsnivå kan medföra. Artrosinformatörerna är utbildade av Reumatikerförbundet för att kunna dela med sig på ett pedagogiskt sätt av sina erfarenheter av icke-kirurgisk behandling och hur man kan leva ett gott liv trots artros (se Patientsamverkan).

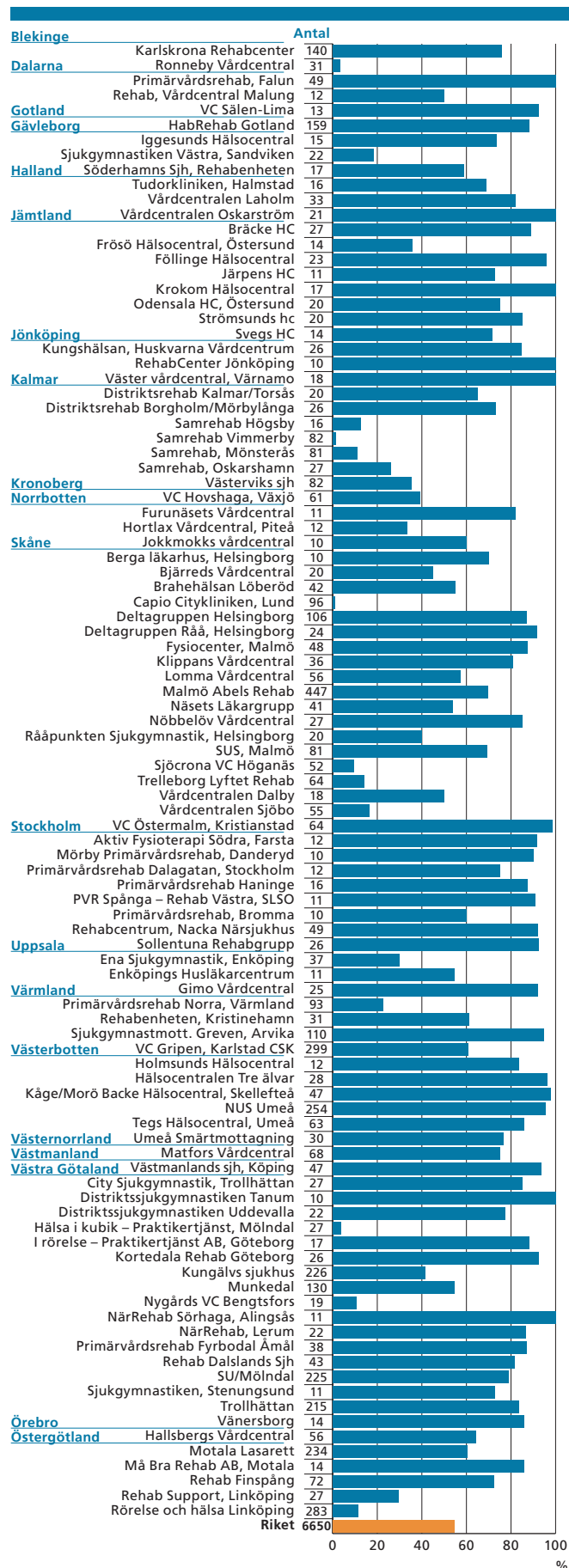
Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar att patienter med höft- och knäartros ska erbjudas övervakad träning under lång tid (2). De som tackar ja till att delta i artrosskolan erbjuds i de flesta fall ett individuellt anpassat och utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna detta program under handledning och övervakning av sjukgymnast i sex veckor. Gruppträningen genomförs tillsammans med andra med artros som har sina egna program. Patienten väljer själv vilka moment i artrosskolan som han/hon vill medverka i. Om patienten själv aktivt väljer att få sitt träningsprogram och delta i gruppträningen har han/hon också flyttat sig från att vara passiv mottagare till att vara en aktiv och motiverad deltagare.

I Figur 25a–27b visas hur stor andel av patienterna med höft- och knäartros som väljer att delta i de olika delarna av artrosskolan. Det finns stora variationer mellan enheter vad gäller deltagande. Det kan finnas flera förklaringar. Vare sig bakomliggande orsaker eller konsekvenser av dessa skillnader syns direkt i resultaten utan dessa är föremål för lokala analyser.

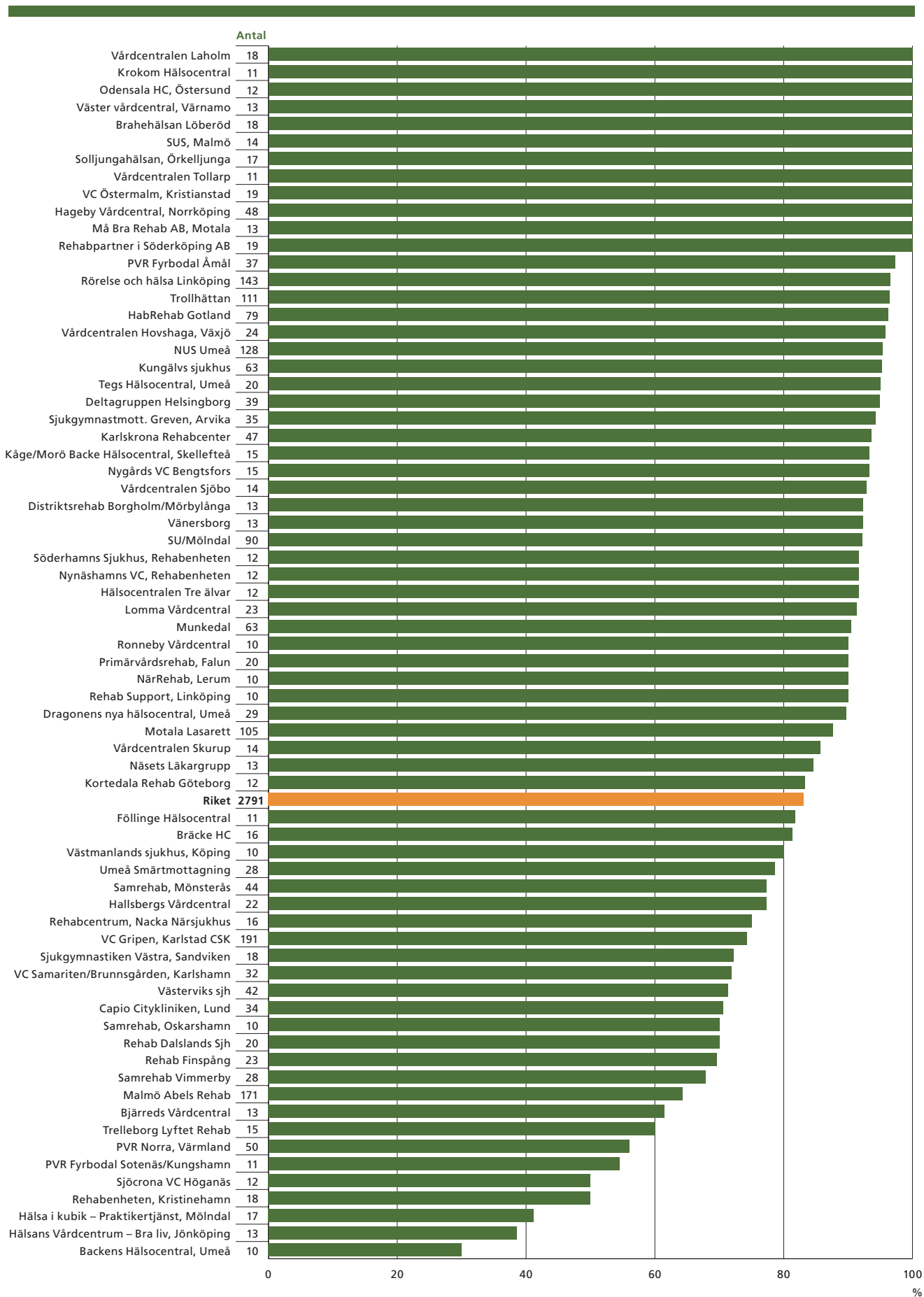
Figur 25a. Höft. Andel patienter av dem som gick teori som har deltagit i tillfälle med artrosombud (2008–2012).



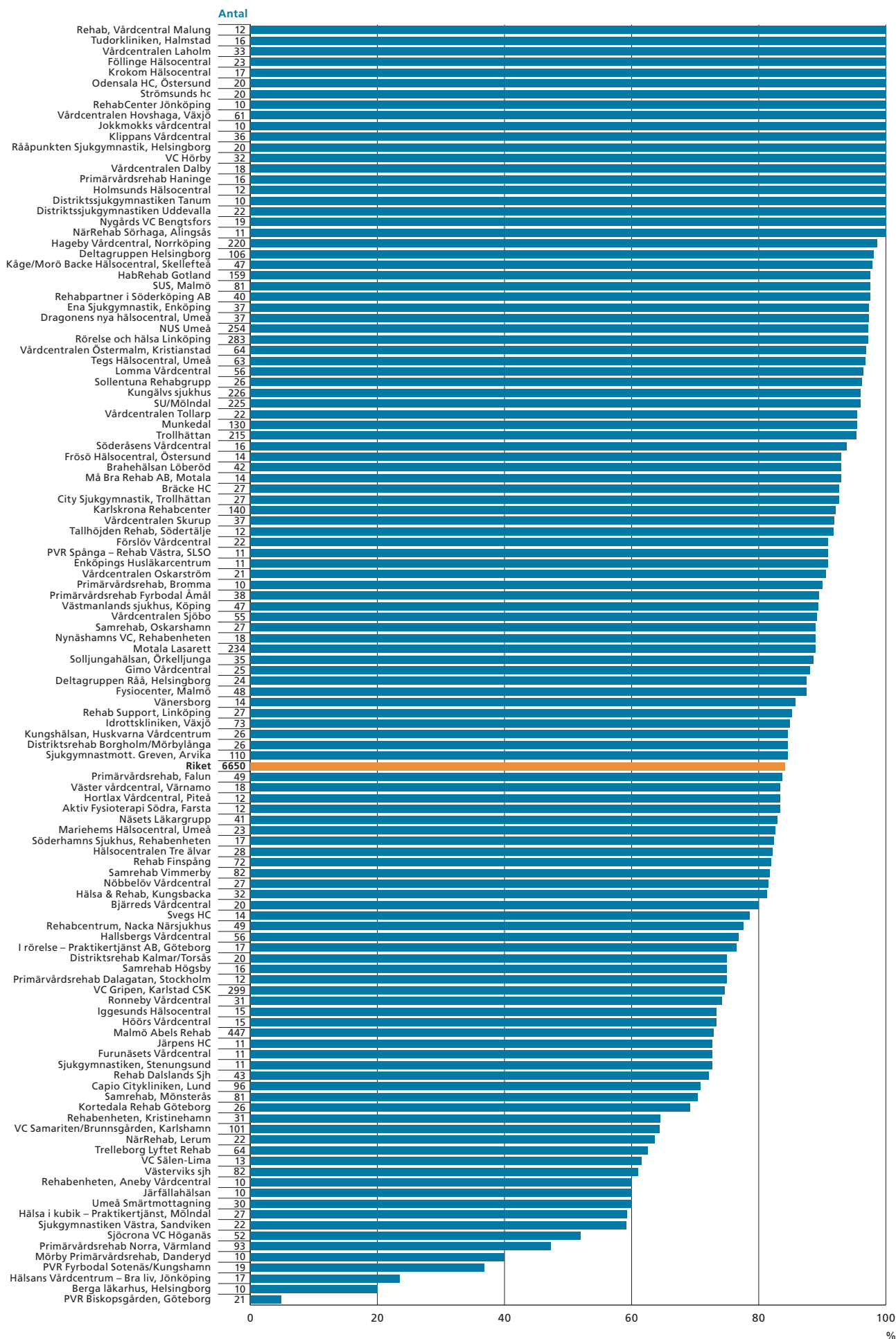
Figur 25b. Knä. Andel patienter av dem som gick teori som har deltagit i tillfälle med artrosombud (2008–2012).



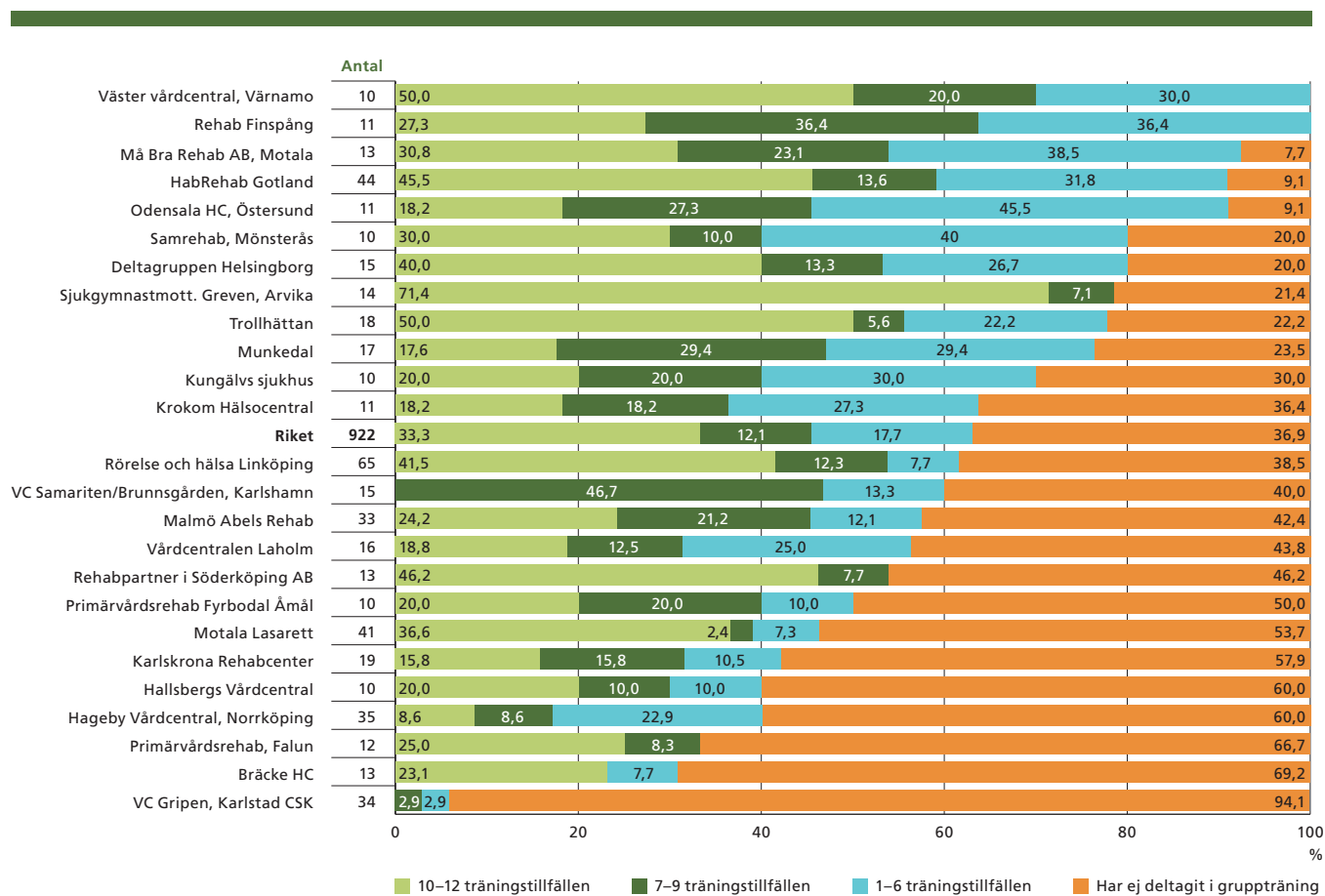
Figur 26a. Höft. Andel av dem som gick teori som var med på individuell träningsgenomgång (2008–2012).



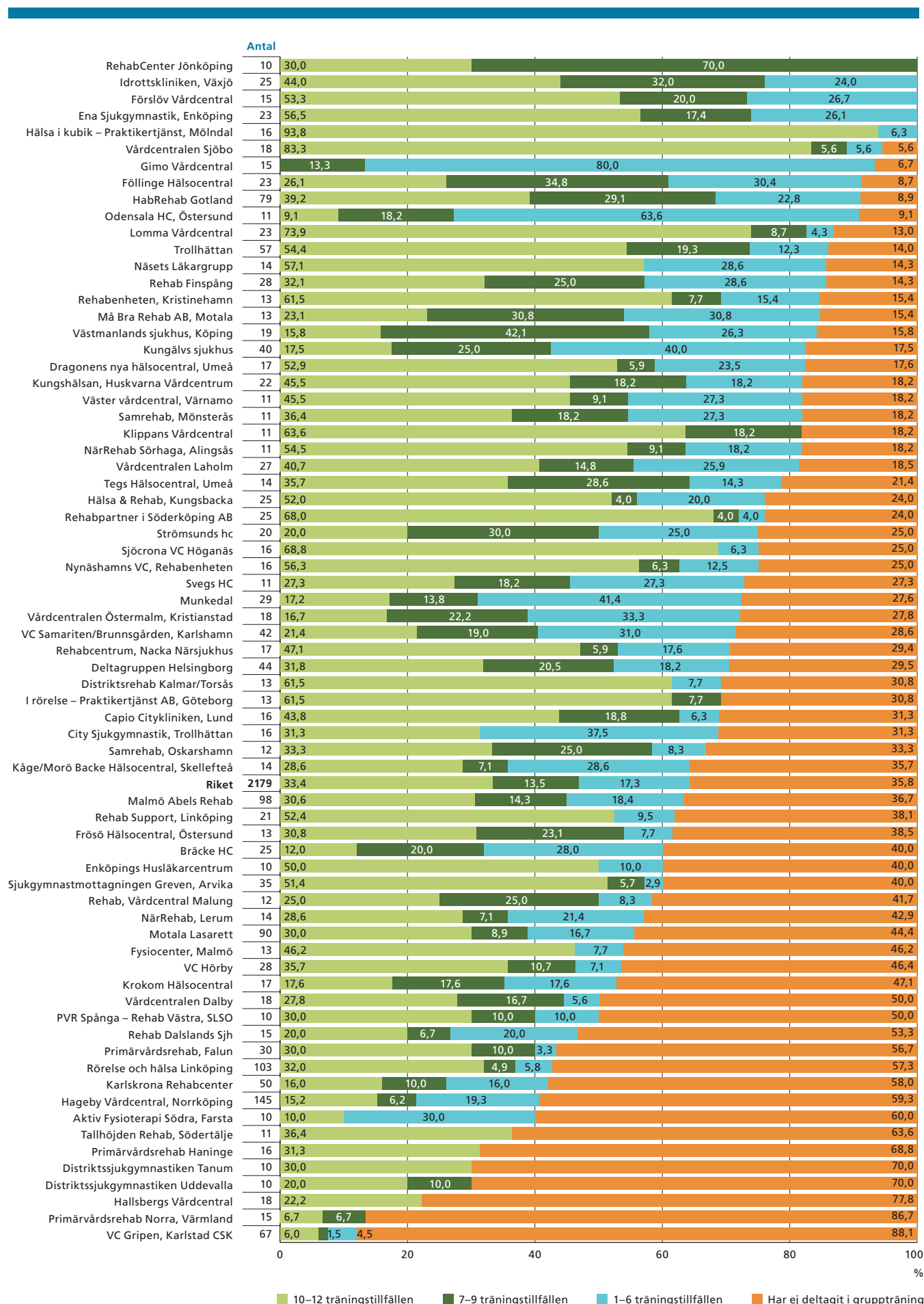
Figur 26b. Knä. Andel av dem som gick teori som var med på individuell träningsgenomgång (2008–2012).



Figur 27a. Höft. Andel av dem som var med på individuell träningsgenomgång som deltog i övervakad träning.



Figur 27b. Knä. Andel av dem som var med på individuell träningsgenomgång som deltog i övervakad träning.



Avbrutit/opererade

Totalt 887 patienter (6%) hade blivit opererade före 12-månaders uppföljning. Med operation avses då total ledprotes i höft eller knä. Deskriptiva data för dessa patienter jämfört med övriga visas i Tabell 16. Antalet individer med kompletta data varierar något mellan de olika variablerna. I tabellen presenteras medelvärden för dem som har besvarat frågorna.

1 249 patienter (8,4%) har avbrutit artrosskolan före 12-månaders uppföljning av annan anledning än operation. I Tabell 17 syns deskriptiva data för dessa i jämförelse med övriga.

Tvåårsuppföljning

Varje år skickas tvåårsuppföljning ut per post till 100 slumpvis utvalda patienter bland dem som besvarade ett-årsuppföljningen föregående år. Dessa 100 får sedan en årlig uppföljning så länge de lever. För 2012 var antalet patienter som deltagit i fler-årsuppföljning fortfarande relativt litet. Antalet patienter med två-årsuppföljning ackumuleras varje år. För de 143 patienter som genomgått två-årsuppföljning 2012 var EQ5D 0,67 och VAS smärta 39.

Tabell 16. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga.

	Kön		Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
	Man	Kvinna	Höft	Knä	
Antal opererade	284	603	464	423	302
%	32,02	67,98	52,31	47,69	35,4
Antal ej opererade	4082	9736	3988	9830	4395
%	29,54	70,46	28,86	71,14	42,56

	Ålder		BMI	
	Medelvärde	Standardavvikelse	Medelvärde	Standardavvikelse
Opererade	67,3	8,7	27,6	4,5
Ej opererade	65,0	9,7	28,1	4,9

Tabell 17. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit avbrutit och övriga.

	Kön		Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
	Man	Kvinna	Höft	Knä	
Antal avbrutit	442	807	379	870	437
%	35,39	64,61	30,34	69,66	39,91
Antal ej avbrutit	3924	9532	4073	9383	4260
%	29,16	70,84	30,27	69,73	42,25

	Ålder		BMI	
	Medelvärde	Standardavvikelse	Medelvärde	Standardavvikelse
Avbrutit	63,8	11,3	28,3	5,2
Ej avbrutit	65,3	9,5	28,1	4,8

Praxis

BOAs policy är att den som håller artrosskola ska ha gått utbildning i artrosskola och den som registrerar ska ha gått utbildning i registerkunskap minst motsvarande den som BOA erbjuder. Vidare är det primära målet patientens bästa, och för att veta vad det är måste vi utvärdera. Varje enhet som erbjuder strukturerad information motsvarande artrosskola till patienten, samt utvärderar och registrerar sina resultat i BOA-registret uppfyller minimal intervention. Hur artrosskolan bedrivs på varje klinik kallar vi för praxis. Variationer i praxis för de olika klinikerna kan påverka resultatet. Praxis är därför en faktor som bör vägas in, tillsammans med bland annat patientsammansättning (case-mix), då man tolkar resultaten av artrosskolan. Råd om träning och aktivitet kan organiseras på det sätt som passar verksamheten bäst. Träningsupplägg genomförs på det sätt som respektive klinik bedömer lämpligt, under förutsättning att val av upplägg ser likadant ut för alla patienter på kliniken, alla som är involverade i artrosskolan vid en enhet använder samma upplägg och val av upplägg rapporteras in till registret en gång per år, eller när förändring sker, via praxis-dokument på hemsidan. Träning är en valfri del för patienterna. Patientens val av träning (övervakad/hemträning) registreras.

Träning av muskelfunktion baseras inte på ett visst antal specifika övningar, set eller repetitioner, utan snarare på neuromuskulär kontroll och rörelsekaraktär. Smärta under träning är inget hinder, men ska inte överskrida gränsen för vad som upplevs som acceptabel smärta av patienten. En eventuell ökning av smärtan efter träning ska också vara borta efter 24 timmar, annars bör duration och/eller intensitet justeras. Intervjuer med patienter har visat att feedback upplevs som ett särskilt viktigt inslag i träningen. Sjukgymnasten är närvarande och tillgänglig för kontinuerlig feedback av såväl rörelsens kvalitet och utförande som val av övningar och dosering vid varje träningstillfälle. Parallellt med den handledda och övervakade träningen diskuteras också upplägg av hemträning och fortsatt aktivitet efter artrosskolans slut för att stimulera till kontinuitet och en hälsofrämjande aktivitetsnivå över tid.

Alla kliniker har inte tillgång till lämpliga lokaler och träningsutrustning och kan således inte erbjuda träning. Andra har valt att fokusera enbart på informationen och kan då ha ett större flöde av patienter. På somliga kliniker har man inte fått igång ett fungerande samarbete med en närliggande reumatikerförening och kan därför ha svårt att erbjuda medverkan av artrosombud. En del kliniker samarbetar med andra yrkeskategorier så som arbetsterapeuter eller dietister kring artrosskolan. Ytterligare faktorer som kan variera mellan kliniker är till exempel patientflöde, antal involverade föreläsare, tid per tillfälle, antal tillfällen och antal patienter per skola.

Varje klinik ombeds att årligen, eller då förändringar i upplägget sker, rapportera in hur artrosskolan bedrivs.

Tabell 18 visar hur artrosskolan såg ut på de olika klinikerna under 2012. Enheter kan ha uppdaterat sina praxis-formulär sedan data hämtades ut i mars 2013 vilket inte syns i tabellen.

Enheter som inte vid något tillfälle har rapporterat in hur artrosskola bedrivs på enheten finns inte med i tabellen.

Tabell 18. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppg. saknas 1)	Typ av skola				Antal skolor/år				
			Höft+knä +hand	Höft+knä	Höft	Knä	1-2	3-5	6-8	9-12	>12
Blekinge	42. Karlskrona Rehabcenter					▪					▪
	94. Ronneby Vårdcentral	▪				▪			▪		
	102. Kallinge Vårdcentral 2)	▪			▪			▪			
Dalarna	119. Primärvårdsrehab, Falun				▪						▪
	168. Rehab, Vårdcentral Malung				▪		▪				
	173. Vårdcentral Säter				▪			▪			
	174. VC Sälen-Lima				▪			▪			
Gävleborg	194. Älvdalen VC				▪		▪				
	96. Södertull Hälsocentral, Gävle	▪				▪			▪		
	92. Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	▪					▪				
Halland	57. Hälsocentralen Delsbo 2)	▪				▪		▪			
	47. Söderhamns Sjukhus, Rehabilitering	▪					▪		▪		
	104. Vårdcentralen Laholm						▪		▪		
Jämtland	121. Hälsa & Rehab, Kungsbacka						▪				▪
	138. Bräcke HC				▪				▪		
	142. Strömsunds hc	▪			▪				▪		
	166. Föllinge Hälsocentral					▪		▪			
	157. Svegs HC				▪			▪			
Jönköping	224. Offerdals hälsocentral					▪		▪			
	169. Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum				▪				▪		
	148. Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping						▪			▪	
	150. Rehabilitering, Aneby Vårdcentral						▪	▪			
Kalmar	152. Råslätts Vårdcentral – Bra liv, Jönköping				▪			▪			
	56. Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar (5)	▪				▪			▪		
	61. Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga					▪		▪	▪		
	63. Distriktsrehab Kalmar/Torsås	▪			▪			▪			
	36. Samrehab Vimmerby	▪				▪				▪	
	37. Samrehab Högsby	▪				▪		▪			
Kronoberg	21. Västerviks sjh					▪					▪
	48. Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	▪			▪					▪	
	80. Idrottskliniken, Växjö	▪			▪				▪		
	207. Primärvårdsrehab, Ljungby					▪		▪			
	218. Primärvårdsrehab Kungsvägen, Växjö					▪	▪				
Norrbotten	220. Primärvårdsrehab, Rottne					▪	▪				
	64. Hortlax Vårdcentral, Piteå	▪			▪				▪		
	19. Sunderby sjukhus 2)	▪			▪				▪		
	25. HabRehab Gotland	▪				▪				▪	
Skåne	35. Vårdcentralen Sjöbo					▪		▪			
	28. Klippans Vårdcentral					▪	▪				
	30. Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	▪			▪			▪			
	23. Vårdcentralen Skurup	▪			▪			▪			
	49. Bjärreds Vårdcentral	▪			▪			▪			
	43. SUS, Malmö	▪			▪					▪	
	45. Solljungahälsan, Örkeby	▪				▪		▪			
	5. Malmö Abels Rehab					▪					▪

Tabell 18. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppg. saknas 1)	Typ av skola				Antal skolor/år				
			Höft+knä +hand	Höft+knä	Höft	Knä	1-2	3-5	6-8	9-12	>12
Skåne forts.	6. Capio Citykliniken, Lund	▪			▪			▪			
	14. Deltagruppern Helsingborg	▪			▪				▪		
	15. Sjöcrona VC Höganäs				▪			▪			
	18. Brahehälsan Löberöd					▪		▪			
	41. Lomma Vårdcentral	▪			▪				▪		
	77. Fysiocenter, Malmö				▪				▪		
	78. Näsets Läkargrupp				▪			▪			
	81. Deltagruppern Råå, Helsingborg			▪				▪			
	82. Nöbbelöv Vårdcentral 2)				▪			▪			
	86. Söderåsens Vårdcentral	▪			▪			▪			
	99. Rehab o Friskvårdshuset, Staffanstorps				▪		▪				
	107. Höörs Vårdcentral					▪				▪	
	117. Vårdcentralen Centrum, Landskrona				▪			▪			
	118. Förslöv Vårdcentral				▪			▪			
	197. Berga läkarhus, Helsingborg				▪						
	198. Vårdcentralen Staffanstorps				▪			▪			
	206. Capio Citykliniken, Malmö Centrum					▪		▪			
	135. VC Hörby				▪					▪	
	182. VC Tåbelund, Eslöv				▪					▪	
	192. Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta				▪			▪			
Stockholm	133. Salem Rehab, Rönninge				▪		▪				
	164. Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO					▪			▪		
	139. Haninge Rehab					▪		▪			
	144. Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm					▪		▪			
	126. Vallentuna Primärvårdsrehab					▪	▪				
	234. Hela Kroppen Sjukgymnastik, Stockholm		▪	▪				▪	▪		
	201. Rudans Rehab, Handen			▪			▪				
	103. Tallhöjden Rehab, Södertälje					▪					
	105. Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd				▪			▪			
	52. Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus					▪				▪	
232. Vårdcentralen Linden, Katrineholm				▪			▪				
Sörmland	127. Enköpings Husläkarcentrum				▪		▪				
Uppsala	113. Gimo Vårdcentral					▪			▪		
	88. Ena Sjukgymnastik, Enköping					▪		▪			
	97. Hagfors VC				▪		▪				
Värmland	53. Primärvårdsrehab Norra, Värmland				▪				▪		
	54. Rehabiliteringen, Kristinehamn		▪	▪					▪		
	7. VC Gröpen, Karlstad CSK		▪	▪							▪
	46. Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika		▪					▪			
	227. Vårdcentralen Ekshärad				▪			▪			
	222. Vårdcentralen Munkfors				▪			▪			
	212. Vårdcentralen Sunne				▪				▪		

Tabell 18. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppg. saknas 1)	Typ av skola				Antal skolor/år				
			Höft+knä +hand	Höft+knä	Höft	Knä	1-2	3-5	6-8	9-12	>12
Västerbotten	39. Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå					▪			▪		
	27. Tegs Hälsocentral, Umeå				▪			▪			
	3. NUS Umeå 4)	▪			▪				▪		
	69. Holmsunds Hälsocentral				▪			▪			
	98. Umeå Smärtmottagning	▪			▪				▪		
	87. Matfors Vårdcentral	▪			▪				▪		
Västra Götaland	106. Primärvårdsrehab Eriksberg, Göteborg				▪			▪			
	109. Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil				▪				▪		
	111. Primärvårdsrehab Fyrbodol Sotenäs/Kungshamn				▪				▪		
	1. SU/Möndal 4)				▪					▪	
	2. Kungälv sjukhus	▪			▪					▪	
	16. Kortedala Rehab Göteborg	▪			▪				▪		
	8. Munkedal				▪					▪	
	9. Trollhättan						▪				▪
	12. Rehab Dalslands Sjh						▪		▪		
	13. VC Färgelanda	▪			▪		▪				
	22. Primärvårdsrehab Fyrbodol Åmål				▪				▪		
	204. Distriktssjukgymnastiken Tanum				▪				▪		
	230. Samrehab Mark/Svenljunga		▪	▪					▪		
	129. Primärvårdsrehab Gamlestadstorget, Göteborg					▪			▪		
	136. Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal				▪					▪	
	161. I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg				▪					▪	
	193. NärRehab Ängabo, Alingsås				▪					▪	
	191. Primärvårdsrehab Lilla Edet					▪			▪		
	175. Primärvårdsrehab Gibraltar, Göteborg					▪			▪		
	181. Primärvårdsrehab Angered					▪			▪		
51. Hallsbergs Vårdcentral				▪					▪		
Örebro	50. Motala Lasarett					▪					▪
Östergötland	17. Rörelse och hälsa Linköping				▪						▪
	74. Hageby Vårdcentral, Norrköping				▪						▪
	58. Rehab Finspång				▪				▪		
	171. Må Bra Rehab AB, Motala				▪				▪		

Tabell 18. Forts.

Antal patienter/skola					Antal föreläsare/ tillfälle			Antal föreläsare/ skola			Medv. arbets- terapeut	Medv. dietist	Tillfällen utom artrosombud/ skola	Artros- ombud	Övervakad träning			Träning introduceras i allmänhet		Anm.
<6	7-10	11-15	16-20	>20	1	2	>2	1	2	>2					Grupp	Indivi- duellt	Nej	Före teori	Efter teori	
		■			■				■				2	■	■			■		
		■				■				■			2	■	■			■		
	■				■				■				2	■	■			■		
	■				■				■					■	■			■		
		■			■				■				2	■	■			■		
	■				■				■				2	■	■			■		
	■					■				■			5		■			■		
	■				■					■	■		3	■		■		■		
	■				■				■						■			■		
	■					■			■				2	■	■			■		
	■					■			■				2		■			■		
	■				■				■				2	■		■		■		
	■					■			■				2		■			■		
	■					■			■				2	■				■		
	■					■			■				2	■				■		
		■			■				■				2				■	■	3)	
	■				■					■	■		3	■	■			■		
		■			■				■				2		■			■		
	■				■				■				6	■	■			■		
	■				■				■				2	■	■			■		
	■						■		■		■		3		■			■		
	■				■				■		■		3	■	■			■		
	■					■			■		■		3	■	■			■		
		■			■					■			1	■	■			■		
		■			■					■	■		2	■	■			■		
		■			■					■	■		2			■		■		
	■				■				■				2		■			■		
		■			■					■	■		2	■	■			■		
		■			■				■				6	■	■			■		

1) Praxis ej rapporterat efter augusti 2012. Informationen baseras på äldre uppgifter

2) Har inte rapporterat in patienter under 2012

3) Osäker data. Enheten har två olika typer av skola

4) Avslutat artroskoleverksamheten 2011

5) Patienterna har gått artrosskola på Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga

Validering av data

Resultaten kan aldrig bli bättre än kvaliteten på insamlade data. Med flera led i datainsamling ökar risken för felregistrering. BOA-registret strävar efter att minimera felkällorna och har skapat rutiner för att ge användarna en chans att kontrollera och korrigera sina data. Genom att också stimulera de deltagande enheterna till att använda sina inmatade data ökar sannolikheten att eventuella felinmatningar upptäcks och rättas. Därmed förbättras också kvaliteten på registrets data kontinuerligt.

I BOA-registret baseras majoriteten av data på patientrapporterat utfall. Patienten besvarar frågeformulär på sjukgymnastens mottagning vid första besöket och vid uppföljningsbesök efter 3 månader. Svaren matas in i registret av sjukgymnasten, eller i vissa fall av administrativ personal. Efter ett år skickas frågeformuläret till patienten per post tillsammans med ett frankerat svarskuvert. Sjukgymnasten svarar på frågor om tidigare undersökning och behandling, samt följsamhet till interventionen.

Svarsfrekvens och "missing values"

BOA-registret har en mycket hög svarsfrekvens på samtliga frågor. Den fråga i patientformuläret med högst andel saknade värden som har lämnats obesvarad av 3,5% av patienterna vid första besök är frågan "Har du varit sjukskrivnen det senaste året på grund av dina höft/knäbesvär". Det kan finnas flera skäl till detta, men en trolig orsak är att de är osäkra på huruvida sjukskrivningen var relaterad till ledbesvär eller någon annan orsak. För sjukgymnasterna är frågan om symtomduration den fråga som oftast lämnas obesvarad (1,7%). En trolig orsak till detta kan vara att patienten inte säkert minns när besvären började vid anamnesupptagningen. Vid tremånadersuppföljningen saknas svar på frågan om mest besvärande led i 1,7% av fallen och det är därmed den fråga med störst andel saknade värden. För sjukgymnastens del är rapporten om följsamhet till interventionen den största källan till saknade värden, även om det enbart saknas i 2,9% av fallen.

Vid ettårsuppföljningen skickas formuläret hem till patienten. Av de 4 014 ettårsuppföljningar som skickades ut under 2012 returnerades 88,5% efter en påminnelse. Den fråga som vid ettårsuppföljningen oftast lämnas obesvarad är "Har du besvär från den andra höften/knäet?" där det saknas svar i 8% av formulären.

Datakvalitet

Det finns vissa gränsvärden för inmatning i registret. Värden som ligger utanför dessa områden är inte möjliga att mata in. I andra fall kan man göra kvalitetskontroller av data genom deskriptiva rapporter. Ett mindre antal

frågor är numera nödvändiga att besvara för att kunna spara formuläret, exempelvis datum för besök, vilken led och vilken sida som är mest besvärande. Varje enhet kan hämta ut sina egna rapporter online i realtid. Genom att bearbeta data ökar sannolikheten att felaktiga värden identifieras.

Kontroll av datakvalitet utförs numera som rutin i BOA-registret två gånger per år. Eventuella felaktiga inmatningar, extrema värden eller frågor som saknar värden mailas ut till respektive enhet inför sommaren och inför juluppehållet, då aktiviteten på sjukgymnastmottagningen i allmänhet är lugnare och det kan finnas tid att kontrollera och korrigera data. Under 2013 genomförs besök på ett antal enheter i syfte att stödja och underlätta inmatning och användandet av enhetens egna data i verksamhetsanalys och förbättringsarbete. Vid dessa tillfällen kommer även överensstämmelsen mellan inmatade värden och svaren på papperskopiorna att kontrolleras på ett stickprov av formulären för att bilda sig en uppfattning om hur stor andel felinmatningar som sker. En kontroll av ettårsformulär mot inmatningar visade att 4 av 100 formulär innehöll något fel. Totalt sett var inmatningarna korrekta för 3 196 av 3 200 (99,9%) svarsalternativ.

Inför produktionen av 2012 års årsrapport utfördes en rad ytterligare kontroller av inmatade data för att säkerställa datakvalitet. "Omöjliga" datum (exempelvis besöksdatum före start av registret 2008), dubletter och saknade värden identifierades och granskades i mer detalj. Somliga data kunde av olika skäl inte rättas och slutligen återstod 133 individer som hade extrema eller saknade datumangivelser och två som helt saknade information om mest besvärande led därför inte kunde klassificeras. För 482 individer saknades något av formulären från första besöket och 52 registreringar hade dubletter. Dessa togs bort ur datasetet före sammanställningen av årsrapporten. En patient hade tillskrivit registret och talat om att vederbörande nu hade fått en annan förklaring till sina ledproblem än artros och denna patient togs bort ur registret.

BOA och förbättringsarbete

I BOA-registret kan man följa effekten av en sjukgymnastisk intervention, artrosskolan. Sjukgymnasterna är de som registrerar och det är också till stora delar sjukgymnasternas verksamhet som kan kvalitetsförbättras genom återkoppling och genom användandet av resultaten i kliniskt förbättringsarbete. Resultaten från BOA kan dock användas för att förbättra hela vårdkedjan för patienter med artros i höft och knä.

Målnivåer som stimulans och vägvisare

Genom att utveckla målnivåer (se Utvecklingsmål och förbättringsområden) har BOA-registret pekat ut möjliga förbättringsområden för artrosskolans verksamhet. I denna årsrapport har vi bland annat visat hur enheternas resultat ligger i förhållande till målnivån för EQ5D (mål förbättring med 0,1) samt för andel som är fysiskt aktiva på en tillräcklig nivå för att bibehålla hälsan (mål 80%). Genom kloka analyser och smarta förändringar kan varje enhet fundera över vad som krävs för att de ska närma sig målet. Genom att hämta ut sina resultat online och i realtid kan varje enhet också följa förändring över tid. I BOAs rapportfunktioner är det möjligt genom att definiera vilken tidsperiod man önskar resultat från. Det är väsentligt att utvärdera om förändringen faktiskt leder till en förbättring. Att enbart fokusera på resultat kan dock vara vilseledande. Det är väsentligt att lägga tid och resurser på effektiva åtgärder, det vill säga åtgärder som ger så optimalt resultat som möjligt i relation till den kostnad de medför. Enkelt uttryckt bör en dyr eller mer resurskrävande behandling ge ett bättre resultat än en billigare för att motivera användandet av mer resurser. Resultatet behöver å andra sidan inte märkas omedelbart, utan kan behöva utvärderas under en längre period, exempelvis genom minskat vårdbehov eller minskad sjukskrivning över tid.

Fokus i vården och inte minst inom rehabilitering har traditionellt varit produktion, ”pinnar och pengar”. Resultaten har inte utvärderats systematiskt och det har inte funnits några system för att ta reda på vilken effekt rehabiliteringsinsatsen har på längre sikt. Hälso- och sjukvården i Sverige ska vara rättvis och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Många av de behandlingar som används inom sjukgymnastik idag är inte vetenskapligt dokumenterade. Det betyder inte att de inte är verksamma, men de har inte utvärderats systematiskt. Sjukgymnastisk behandling bygger i stor utsträckning på beprövad erfarenhet, vilket också skapar stora variationer inom landet. Genom att mäta variationerna och jämföra dem öppet som i ett Nationellt Kvalitetsregister kan variationen användas som stimulans för förbättringsarbete. Genom att lära sig av varandra kan vi minska variationen och

därmed skapa en bättre vård för patienterna. Drivkraften för förändring är störst för de enheter som har det sämsta utfallet. På så sätt är variation av godo. Det handlar först och foremost om att mäta och utvärdera rätt saker. Det handlar inte främst om processen utan om vad som verkligen betyder något för patienten. Då det gäller artros i höft och knä finns det mycket vetenskapliga belägg för att information/kunskap och anpassad fysisk aktivitet (det som erbjuds i artrosskola) har effekt.

Kostnad – nytta

En hälsoekonomisk beräkning som genomförts på Gottsunda Vårdcentral i Uppsala län som en del i ett projekt där man ville implementera önskeflödet för patienter visade att artrosskolan kostar 1 500 kronor per patient (Tabell 19) (4). I rapporten beräknades kostnaden på ett underlag av 40 patienter och man har tagit hänsyn till faktorer så som tidsåtgång, lokalkostnad och kostnad för utbildning i artrosskola för två sjukgymnaster.

Tabell 19. Kostnad för artrosskola per patient.

Aktivitet	Sammanlagda kostnader	Kostnad per patient
Individuell bedömning	10000	250
Artrosskola tillfälle 1, 2	3000	75
Individuell träningsgenomgång	7500	188
Träning i grupp	9000	225
Individuell uppföljning	5000	125
Förberedelser, efterarbete, administration	6750	169
Utbildning för sjukgymnaster 2 personer	14600	365
Lokalkostnad	5236	131
Total kostnad primärvården	61086	1528

Förklaring

Individuell bedömning 1 timma med sjukgymnast per patient

Artrosskola 2 tillfällen à 1,5 timme x 4 skolor

Individuell träningsgenomgång 45 minuter med sjukgymnast per patient

Träning i grupp Övervakad träning med sjukgymnast 1 timma 3 ggr/vecka i 12 veckor

Individuell uppföljning 30 minuter med sjukgymnast per patient

Förberedelser, efterarbeten, administration (fyra artrosskolor)

Kallelser/bokningar 5 timmar, förberedelser och efterarbeten 22 timmar. Totalt 27 timmar.

Lokalkostnad Gym 12 veckor x 3 timmar x 119 kronor = 4284

Konferensrum 8 tillfällen x 119 kronor = 952

Utbildning Kursavgift 5 400, resekostnad 1 200, lönekostnad 8 000

Artrosskolan är en relativt billig insats som därför kan motiveras trots att effekten inte är så stor på gruppnivå. Med det upplägg som vanligen genomförs i BOA, med sex veckors övervakad träning ser vi en förbättring av EQ5D i registret med 0,07 både höft- och knäartros. Efter ett år har effekten sjunkit något till 0,03 för höftartros och 0,04 för knäartros. Beräkningen från Gottsunda hade inkluderat övervakad träning i 12 veckor och utvärdering gjordes efter 6 månader. Då såg man en förändring i EQ5D på 0,14 för knä och 0,06 för höfter. Studien i Gottsunda genomfördes på ett relativt litet antal patienter som dock kan anses vara representativt för BOA: 31 kvinnor och 9 män mellan 49 och 85 år. Tjugofem hade symtom från knä, och 12 från höft. Tre hade besvär från både höft och knä. Mot bakgrund av dessa jämförelser kan man fundera om 12 veckors övervakad träning möjligen har bättre effekt på knäartros än sex veckor. Å andra sidan verkar det inte som om en längre träningsperiod medför bättre resultat för höftartros. Den här typen av kontinuerliga överväganden, där resurser och kostnad sätts i relation till effekt och resultat, är exempel på förbättringsarbeten som kan initieras på de enskilda enheterna med hjälp av data från BOA-registret.

Användandet av Nationella Kvalitetsregister i verksamheten är nytt för sjukgymnaster. Det finns ett behov av ökad kunskap om potentialen med kvalitetsregister inom vården och om förbättringskunskap, både på grundutbildningsnivå och för kliniskt verksamma sjukgymnaster. För att ett register ska vara till nytta för patienterna på den enskilda mottagningen krävs det **1)** att sjukgymnasterna har tid avsatt för att registrera; och **2)** att det finns tid att hämta ut och studera de egna resultaten och fundera över möjliga förbättringsområden. Genom BOA har vi nu möjlighet att sprida praktisk förbättringskunskap. Vi ordnar endagsutbildning både som uppdragsutbildning och i egen regi för att öka antalet enheter som rapporterar till BOA-registret och för att öka användandet av de egna resultaten i verksamheten. Genom att enheterna använder sina resultat upptäcks också lättare eventuella felaktigheter i inmatningen och kvaliteten på data ökar.

Exempel på lokala förbättringsarbeten

Rehab Öst Innerstaden, Norrköping

”Under april 2011 anslöt vi oss till BOA-registret och som en del i uppstarten besökte vi de flesta vårdcentraler, ortopedmottagningen samt privata ortopedier och informerade om Artrosskolan och BOA-registret.

Detta resulterade i ett mycket stort inflöde av patienter under slutet av 2011 vilket orsakade en lång kö och väntetid inför 2012. För att kunna bemöta denna stora efterfrågan utökades våra resurser från 125% till 250% och arbetsgruppen utarbetade ett effektiviserat sätt för att minska dessa väntetider.

Aktuella patienter kallades till en drop-in mottagning, två tillfällen per vecka för bedömning inför artrosskolan.

Vid bedömningstillfället fyllde patienten i inskrivningsformulär och genomgick sjukgymnastisk undersökning samt bokades för deltagande i Artrosskolans teoridel ett och två. Därefter erbjöds patienten individuell träningsgenomgång. De som valde att delta i övervakad träning i gym fick möjlighet till träning på drop-in träningstider en tid varje dag. Patienterna fick rekommendation om att delta 2 ggr/vecka under sex veckor med möjlighet till fortsatt övervakad träning fram till 3-månadersuppföljning.

Genom detta arbetssätt kunde vi få bort vår långa väntetid redan efter 3 månader. Genom att patienterna aktivt initierade Artrosskolan och var delaktiga i bokning av teoriskolor samt möjlighet att delta i övervakad träning dagar de själva önskade kunde vi tydligt minska det administrativa arbetet samt öka tillgängligheten för alla patienter.

Då patienterna kunde delta i träning på självvald tid kan vi vid uppföljning se att de har en ökad tendens att även på lång sikt bibehålla en ökad fysisk aktivitetsnivå.

Under 2012 deltog sammanlagt 580 patienter i vår Artrosskola. Under 2013 ser vi ingen större minskning av inflödet av patienter då läkare vid vårdcentraler fortsatt remitterar relevanta patienter samt att ryktet om Artrosskola där många kan bli hjälpta sprider sig i Norrköping.”

Artrosskoleansvariga sjukgymnaster på Rehab Öst Innerstaden i Norrköping:

- Torkel Andersson
- Marina Fried
- Hanna Hillestrand
- Kristin Wetterling
- Anna-Marika Eggertsson
- Anna Ridström

Förstärkning på Gotland tack vare goda siffror från BOA-registret

”Gotland har en överrepresentation av artros i förhållande till Riket. Under ett år söker ca 600 patienter med höft- och knäbesvär vården på Gotland. Drygt totalt 200 höft- och knäplastikoperationer/år genomförs. Målgruppens ålder sjunker. Få av dem som söker vård eller blir opererade har träffat sjukgymnast. Ett nytt arbetssätt behövdes för att möta målgruppen. Ett förändringsarbete påbörjades i enlighet med ortopedöverenskommelsen, som säger att patienter med höft eller knäledsartros skall bedömas av sjukgymnast före konsultation på Ortopedkliniken. Under 2010 och 2011 utbildades sjukgymnaster och arbetsterapeuter i BOA artrosskola. För att kunna utvärdera och förbättra verksamheten gick Gotland med i BOA-registret.

Under 2011 genomfördes 10 artrosskolor. Resultaten i BOA-registret visade tydligt att den ledrelaterade läkemedelskonsumtionen sjönk efter tre månader med ca 25% för dem som gick Artrosskola. Vid första besök tog 45% NSAID och efter 3 månader hade siffran sjunkit till 19%. Med hjälp av bl.a. dessa siffror har vi därefter arbetat för att få mera resurser till såväl artrosskoleverksamheten som till primärvårdens övriga verksamhet. Resurserna till artrosskola har hittills tagits från den vanliga sjukgymnastmottagningens verksamhet.

Under 2013 genomförs det en extra satsning för artrosskola på Gotland där syftet är bland annat att minska tidig ledproteskirurgi och försöka leva upp till ”vårdgarantin” och nationella riktlinjer. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer som kom 2012 bör vi i sjukvården erbjuda patienter med höft och knäledsartros långvarig handled konditions-, styrke- och funktionsträning. Vi utökar antalet skolor till 22 st och utbildar fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter i artrosskolekonceptet.

På Gotland har vi kunnat visa via BOA registret att vår verksamhet har gett bland annat minskad läkemedelskonsumtion. Därför har man beslutat om en extra satsning för dessa patienter 2013 via Sjukskrivningsmiljarden.”

Gittan Wegelius, leg sjukgymnast, HabRehab Sjukgymnastmottagning Primärvården, Visby

Registrets förbättrings- och utvecklingsinitiativ

Förbättrad täckningsgrad genom regionala kontaktpersoner i Västra Götalandsregionen (VGR)

Det fanns ett behov av att underlätta och stimulera såväl införandet av artrosskolor som registrering i BOA i VGR. Med hjälp av regionala forskningsmedel tillsattes i mars 2012 två sjukgymnaster med erfarenhet av artrosskola och BOA-registret på vardera 50% för att öka implementeringen av BOA i VGR. Här följer deras beskrivning av hur de arbetat.

Syftet med arbetet var:

- Support till enheter som inte har artrosskola till att starta
- Hjälpa och uppmuntra enheter som driver artrosskola till att gå med i registret
- Stöd till enheter som idag registrerar för att förbättra datakvalitet och stimulera till användande av data

Metod

Vi började med att kartlägga alla enheter i VGR, både privata med avtal och landstingsanslutna. Till vår hjälp hade vi förteckningen över de som gått utbildningen i artrosskola i BOAs regi samt att vi sökte på nätet. Alla uppgifter samlades i ett dokument som vi sedan använde som företeckning. Därefter skickade vi ut riktade brev till enheter som var med i registret, till dem som gått BOAs utbildning men inte registrerade samt till övriga som varken gått utbildningen eller registrerade. Syftet med breven var att presentera oss som kontaktpersoner samt att kartlägga var artrosskola bedrevs och vilket upplägg de hade. De enheter som inte svarade kontaktades på nytt via mail eller telefon. Alla svar dokumenterades. Vi erbjöd oss att komma ut till enheterna för att informera och stödja vidare utveckling. Inför dessa träffar skapade vi informationsmaterial och Powerpointpresentationer utifrån enheternas behov.

Enheter som rapporterar till BOA-registret bjöds i augusti 2012 in till en nätverksträff. Av 20 inbjudna enheter deltog representanter från totalt 16 enheter. Vid mötet fick deltagarna presentera sig och i korthet berätta om upplägget av artrosskola på deras enhet. Vi presenterade BOA, dess bakgrund och hur spridningen ser ut idag. Vi gick igenom gemensamma rutiner och förslag på hur de kan använda sig av registret. Deltagarna fick i smågrupper diskutera fördelar/nackdelar som de stött på i sitt arbete med artrosskola samt om/hur de använder sig av registret idag. Diskussionen öppnades sedan upp i storgrupp där de fick presentera vad de kommit fram till. Träffen protokollfördes och protokollet mailades till alla enheter tillsammans med en lista över alla enheter i VGR som registrerar i BOA.

Resultat

Vi har besökt 22 enheter under 2012. Under dessa träffar har vi presenterat BOA men även öppnat upp för värdefulla diskussioner. Vid senare tillfällen har vi följt upp dessa träffar för att se hur arbetet gått.

Upplevelsen från nätverksträffen var att få enheter idag använder sig av registret. Detta beror i många fall på att de nyligen startat upp men även till viss del på okunskap och brist på tid. Det fanns en hel del oklarheter kring registrering, manual och frågeformulär. Många av deltagarna tyckte att dagen varit värdefull och önskade fortsättning. Vi har skapat oss en bra överblick över hur vården för patienter med artros bedrivs i VGR. Det finns nu dokument över vilka enheter som har artrosskola samt vilka som är anslutna till registret. Vi har genom aktivt arbete ökat implementeringen av artrosskolor och deltagande i registret. Via mail och telefon har vi, med jämna mellanrum, kontaktat enheterna för att se hur arbetet går och om de är i behov av stöd. Genom nätverksträffar har vi skapat ett regionalt kontaktnät och också stimulerat användarna till att ta del av sina resultat för verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring.

Vi har under 2013 varit ute på ytterligare platsbesök, samt arrangerat ytterligare en nätverksträff. Antalet enheter som är med i registret ökar ständigt. För ett år sedan var antalet enheter i VGR 20 st, i mars 2013 är 46 enheter anslutna till registret. Detta är en siffra som hela tiden ändrar sig då nya tillkommer och ett fåtal slutar.

Diskussion

När vi började få svar från enheterna upptäckte vi att en del av de enheter som gått med i registret inte hade börjat registrera. Det fanns även flera enheter som gått BOA-utbildningen men inte startat artrosskola. En enhet hade tidigare registrerat men nu fått sluta med artrosskolor och därmed även avslutat registreringen. De som gått utbildningen men inte kommit igång med artrosskola eller registrering har i flera fall behövt en knuff utifrån för att starta upp. Där upplever vi att vi som kontaktpersoner haft en betydelsefull roll. Kanske har enheten inte avsatt tid för att diskutera detta och tiden har bara löpt på.

När vi varit i kontakt med enheter som bedriver artrosskola men inte registrerar beskrivs liknande problem. Ett vanligt problem är tidsaspekten, att enheter upplever att de inte har tid att registrera. Många enheter utsätts för ständiga nedskärningar och besparingar och att införa BOA har då upplevts som ett tillägg vilket de inte har resurser till. I dessa fall har vi försökt hjälpa enheterna att hitta lösningar som inte behöver leda till så mycket merarbete. Under året har det skett en hel del omorganisationer runt om i VGR. Nya chefer har tillsatts på flera håll. Många medarbetare har upplevt framtiden som ovisst vilket gjort det svårt att planera, ”dra igång” nya arbetsätt och fatta beslut. Detta har försvärat uppstarten av artrosskola och registrering för många.

Vi upplever att begreppet artrosskola är relativt känt bland de flesta sjukgymnaster och arbetsterapeuter, men det finns enheter som inte hört talas om detta tidigare. Flera av dessa har vid samtal visat intresse och därefter glädjande nog valt att anmäla sig till utbildning i artrosskola. En stor andel har dock känt sig tveksamma till upplägget. Orsaken till detta är återigen tid och resurser. Det kan även handla om lokalbrist eller dåligt patientunderlag. En del sjukgymnaster är specialiserade inom ett annat område och behandlar därmed få patienter med artros. Men oavsett om man ställt sig positiv eller negativ vid ett första samtal upplever vi ändå att vi ”sätt många frön”. Kanske enheten längre fram kan hitta utrymme för att dra igång.

För de som är med i registret upplever vi att nätverks-träffar är ett bra forum och ger deltagarna möjlighet att få svar på vanliga frågor och funderingar. Det är även ett bra tillfälle att jämföra varandras resultat och på så vis lära sig av varandra. Flera deltagare nämnde vikten av att få avsätta tid, att under en eftermiddag få fokusera på sina resultat. För att få ut mest av träffarna är det bra att redan innan träffen uppmana deltagarna att dra ut sina resultat. På så vis tror vi att engagemanget blir större och fler funderingar uppstår.

Fortsatt planerar vi att göra ytterligare ett antal platsbesök på några av de enheter som rapporterar till BOA-registret. Syftet med dem är att genom stickprov kontrollera överensstämmelse mellan inmatningar och formulär samt mellan befintligt praxisdokument och hur deras artrosskola bedrivs. Vi planerar också att initiera diskussioner kring enhetens resultat och hur de kan använda dem i ett förbättringsarbete.

Avslutningsvis tycker vi båda att detta år har varit väldigt lärorikt! Vi har träffat många nya människor och fått ta del av deras upplägg. Vi hoppas att både BOA och alla enheter vi varit i kontakt med upplever sig ha haft nytta av tiden med kontaktpersoner i VGR.

*Lena Fransson och Helena Mökander,
leg sjukgymnaster, ortopedkliniken Kungälv's sjukhus*

Erfarenheter från uppdatering av frågeformulär

Artrosskolan syftar till att minska rörelserädsla och öka den fysiska aktivitetsnivån för att därigenom förbättra hälsan hos patienter med artros i höft och knä. Det är svårt att mäta fysisk aktivitet och det finns inga validerade och reliabilitetstestade frågeformulär för patienter med artros. För att mäta om vi lyckas öka den fysiska aktivitetsnivån har vi fram till och med augusti 2012 använt tre frågor från Folkhälsoinstitutets undersökningar om hälsa på lika villkor (5). När Socialstyrelsen publicerade Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fanns fysisk aktivitet med som en av de variabler som utvärderas. För att mäta fysisk aktivitet har Socialstyrelsen föreslagit två frågor som ligger väldigt nära Folkhälsoinstitutets formuleringar men inte helt överensstämmer.

De nya formuleringarna lyder:

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter
- 60–90 minuter
- 90–120 minuter
- Mer än 120 minuter

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)

- 0 minuter/ingen tid
- 30–60 minuter
- 60–90 minuter
- 90–150 minuter
- 150–300 minuter
- Mer än 300 minuter

För att möjliggöra samkörning mellan register som utvärderar fysisk aktivitet och för att kunna göra jämförelser mellan aktivitetsnivå i BOA-registret och i andra undersökningar av befolkningen valde BOA att byta till Socialstyrelsens formulering. Beslutet togs under våren 2012. Samtliga användare i registret informerades vid upprepade tillfällen under våren om det planerade bytet. Alla uppmanades att mata in alla gamla formulär före den 31 augusti, då databasen skulle anpassas efter de nya frågorna och från och med den 1 september var det möjligt att mata in dem. Frågeformulären trycktes om och skickades ut på beställning till användare runt om i landet, samtidigt som användarna uppmanades att kasta kvarvarande formulär av den gamla sorten. Vår önskan var att patienter som besvarat den äldre versionen av formulär vid första besök skulle kunna få besvara samma formulär vid uppföljning. Med god framförhållning var detta möjligt i de flesta fall. De nya formulären fanns att ta i bruk från juni månad, så att artrosskolor som startade före sommaren skulle kunna använda nya formulär både före och efter artrosskola. Vi var medvetna om att frågorna nu inte enkelt gick att slå ihop, eftersom svarsalternativen inte längre överensstämde, men var beredda att hantera det. Vi såg möjligheten att redovisa andel patienter som uppnår 150 aktivitetsminuter, som är den rekommenderade nivån för hälsa och kontaktade arbetsgruppen för riktlinjearbetet på Socialstyrelsen för att få hjälp att beräkna aktivitetsminuter. Svarsalternativen innehåller överlappande intervall och det är väsentligt att veta hur dessa ska hanteras vid en beräkning, det vill säga vilket värde ska användas.

För att beräkna aktivitetsminuter multipliceras antal minuter i träning med två och summeras därefter med antalet minuter i fysisk aktivitet/vardagsmotion. Socialstyrelsens arbetsgrupp rekommenderade BOA att använda det mittersta värdet i intervallet, samt för det högsta intervallet (mer än 120 respektive 300 minuter) använda det angivna antalet minuter i ekvationen (240 respektive 300 minuter). Nu kunde vi också formulera en ny målnivå för registret, nämligen att 80% av patienterna ska uppnå 150 aktivitetsminuter per vecka ett år efter genomgången artrosskola. För varje enhet formulerades målet så att andelen patienter som uppnår 150 aktivitetsminuter ska öka med 10% från nybesök till ettårsuppföljning.

I samband med denna uppdatering av formulären bestämde vi oss också för att justera frågan om vilka leder patienten har besvär från så att det blir möjligt att fånga patienter som har besvär från både höft, knä och hand. Det blev en större noggrannhet och en bättre fråga för såväl patienterna som för oss som använder data. I förändringsarbetet hade vi missat ett väsentligt steg, nämligen att informera IT om de förändringar i variabelnamn som nu behövdes samt om de ändringar som behövdes för att rapporterna till användarna inte plötsligt skulle börja visa gamla värden som saknad data. Följden blev att IT fick prioritera om och snabbt lägga tid på att lösa rapportfunktionerna. Lösningen blev bra och registret har nu mer exakta uppgifter om vilka leder patienten har besvär från. I samband med arbetet med årsrapporter har syntaxer gjorts om och efter ett år är vi i fas igen. Lärdomen av denna uppdatering av formulär är att det kräver god framförhållning och planering, samt information inte bara till användare utan till alla som på något sätt är involverade i systemutveckling, statistikhantering eller utdatarapportering.

BOA Hand

På många håll i landet samverkar teamet sjukgymnast och arbetsterapeut i artrosskolan. Genom att omsätta kunskap och neuromuskulär funktion i både tränings-situationen och i dagliga livets aktiviteter får gynnsamma belastnings- och rörelsemönster en ännu större betydelse. Arbetsterapeuten har således en väsentlig roll i artrosskola för höft och knä. En betydande andel av patienter med artros har besvär från sina hand- och fingerleder. Av dem som registreras för höft- och knäartros i BOA ser vi att drygt fyra av tio uppger att de har besvär även från händerna. Många patienter har enbart handartros. Evidens för behandling av handartros är mycket sparsam och enhetliga riktlinjer saknas. Det finns dock goda skäl att tro att patienter med artros från sina händer har nytta av att få information om vad artros är och hur man kan hantera sin vardag. De är därför välkomna i artrosskolan,

men vi har hittills inte registrerat patienter med enbart handartros. Sedan hösten 2011 jobbar en grupp arbetsterapeuter med att ta fram vilka frågor som skulle kunna inkluderas i en "hand-modul" i BOA-registret för att utvärdera effekten av artrosskola och anpassad träning vid handartros. Även utformandet av ett handträningsprogram och innehållet i artrosskolan diskuteras utifrån perspektivet handartros. Arbetet har fram till våren 2013 bedrivits ideellt. Under våren har Reumatikerförbundet skjutit till medel för att underlätta arbetet. Reumatikerförbundet har också utsett en medlem ur förbundsstyrelsen att medverka i arbetsgruppen för att säkerställa patientnyttan. Under hösten 2013 ska arbetsgruppen presentera sitt arbete för BOAs styrgrupp. Nästa steg är att utveckla databasen så att nya frågor och formulär kan hanteras och rapporteras tillbaka, samt att nå konsensus för både intervention och utvärdering bland arbetsterapeuter i landet. Målet är att starta ett pilotprojekt med ett fåtal enheter under 2014.

Årets BOA-utmärkelse 2012

Jämtlands läns landsting (JLL) hade vid sammanställningen av BOAs årsrapport 2011 inga enheter som rapporterade till BOA-registret. Ett projekt initierades 2011 som har medfört att primärvården i JLL har startat 18 artrosskolor under år 2012. Totalt har 424 patienter registrerats i BOA under 2012. Vid ortopedi i JLL var det i december år 2011 194 personer som väntade på höft- eller knäplastik-operation medan det i december 2012 var 101 personer. Det är knappast enbart BOA-artrosskola som medfört denna minskning men effekten av införandet av BOA-konceptet i JLL med en bättre tillgänglighet för patienten som slutresultat ska inte underskattas. För denna insats belönades Jämtlands läns landsting och projektledare Rita Sjöström med den första BOA-utmärkelsen.

Artrosskolor och BOA-registrering i Jämtlands läns landsting

Sjukgymnast Rita Sjöström (fil dr) har varit anställd projektledare på 50% från oktober 2011 för införandet av artrosskolor i JLL. BOA-projektet i Jämtlands läns landsting startade i oktober 2011 och pågick fram till december 2012. I styrgruppen för projektet satt centrumchef för primärvård Olle Christmansson, områdeschef för ortopedi Ulla Schill samt leg sjukgymnast med specialistkompetens i ortopedi Lena Olofsson.

Projektledaren, som själv gått utbildning i artrosskola, genomförde en pilotgrupp i artrosskola vid Strömsunds hälsocentral under november–december 2011 med 12 deltagare för att få kännedom om konceptet. Därefter informerades alla hälsocentraler, ortopedenheten, centrumchefer samt landstingsdirektören i JLL om BOA-projektet vid ett personligt besök under hösten 2011 och våren 2012. Information har också delgetts alla privata sjukgymnaster med vårdavtal eller etablering i JLL om införandet av artrosskola i primärvården i landstinget. Kompendium för handläggning av specifika åkommor "Ortopedi i primärvården" i JLL har reviderats och där har det beskrivits hur handläggningen av patienter med höft- och knäartros görs utifrån BOA, med information och individuellt anpassad träning som första åtgärd och råd om viktminskning vid behov. Denna information är tillgänglig för all personal i landstinget. Reportage för allmänheten om artrosskolor har gjorts på Insidan JLL samt i Länstidningen och Östersundsposten. Några hälsocentraler har information om artrosskolor på sina hemsidor.

Primärvårdssjukgymnasterna i JLL deltog i utbildning i BOA och artrosskola hösten 2011. Artrosskolor har sedan dess startat på de flesta hälsocentraler i JLL och 18 skolor har genomförts under 2012. På de hälsocentraler där skolor inte startats har det ordnats gemensamma artrosskolor i primärvårdsområdet. Primärvårdssjukgymnasterna har även fått utbildning i att hantera BOA-registret och de flesta hälsocentraler rapporterar idag till registret. Bland sjukgymnasterna i Östersunds primärvårdsområde infördes personalförstärkning på 50% under år 2012 för att klara patienttillströmning. De övriga hälsocentralerna i länet har jobbat med artrosskolor utan personalförstärkning. Alla personer med höft- eller knäartros som sökt primärvården under 2012 har kunnat erbjudas adekvat behandling i form av information, träning och i mån av möjlighet råd om viktreduktion. Det har funnits få utbildade artrosinformatörer i Jämtland/Härjedalen under 2012. En utbildning för artrosinformatörer i JLL arrangerades i början av år 2013 och nu finns 16–18 informatörer att tillgå.

Hänvisning till artrosskola

Enligt BOA-konceptet instrueras primärvårdsläkarna att alla patienter med artros först skall erbjudas grundbehandling och sjukgymnastkontakt innan remiss utfärdas till en ortopedklinik. Patienterna kan komma till sjukgymnast för bedömning och deltagande i artrosskola utan föregående läkarkontakt. Vinsterna visar på kortare operationsköer till ortoped, logisk vårdkedja, evidensbaserad rehabilitering samt ekonomiska besparingar (www.boaregistret.se; Socialstyrelsen, 2012). I "Ortopedi i primärvården" och i handläggningsöverenskommelse mellan primärvård, ortoped och röntgen, i JLL, finns beskrivet hur handläggningen av patienter med artros i höft- eller knä skall behandlas. Genom att hänvisa patienter till artrosskolan och registrera resultaten i BOA-registret följer man Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artros. För att ha en optimal förbättringspotential hos patienterna med höft- och knäartros behöver vi nå patienterna så tidigt som möjligt. Målsättningarna har till en del uppnåtts i BOA-projektet i JLL. Patienterna kommer ännu inte till information och träning i ett så tidigt skede av sjukdomsförloppet som möjligt men detta hoppas Jämtland på sikt kunna uppnå. I förbättringssyfte har en kommunikationsinsats till befolkningen och personal i JLL påbörjats i samarbete med Folkhälsocentrum i JLL.

Socialstyrelsens riktlinjer och kvalitetsindikatorer

I samband med att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar publicerades 2012 meddelade Socialstyrelsen att en öppen jämförelse och utvärdering av vårdens processer, resultat och kostnader för rörelseorganens sjukdomar skulle påbörjas. Denna process har nu initierats och registeransvariga i BOA kommer att medverka i arbetet.

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer, som publicerades i maj 2012, innehåller rekommendationer om diagnostik, behandling och rehabilitering av rörelseorganens sjukdomar för en evidensbaserad, rättvis och jämlik sjukvård i hela landet (2). I korthet föreskriver riktlinjerna att hälso- och sjukvården bör ställa diagnos med hjälp av anamnes och kliniska fynd som smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion, att röntgenundersökning används endast då det föreligger en osäkerhet om orsaken till besvären eller vid remiss till specialist. Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion vid artros i knät ska inte utföras (icke-göra). Behandlingen vid artros i höft eller knäled enligt riktlinjerna är regelbunden övervakad träning under lång tid vilket har visats ha lika god effekt som smärtlindrande läkemedel.

Kvalitetsindikatorer

Uppföljning och utvärdering av riktlinjerna kommer att utgå från Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård inom hälso- och sjukvården. En indikator är enkelt uttryckt ett mått som belyser kvaliteten inom ett område och som kan visa på trend över tid. En indikator ska ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. Indikatorer som är möjliga att mäta och tolka, men där informationssystemen behöver utvecklas eller synkroniseras kallas utvecklingsindikatorer.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (öppna jämförelser) om vårdens processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Indikatorer för Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

De indikatorer som har presenterats för att utvärdera och följa implementeringen av riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar är dels generella, det vill säga giltiga för alla sjukdomar som omfattas av riktlinjerna, dels specifika för artros. De generella indikatorerna är utvecklingsindikatorer:

- Utvecklingsindikator 1.1: Mätning av längd och vikt
- Utvecklingsindikator 1.2: Otillräcklig fysisk aktivitet
- Utvecklingsindikator 1.3.: Övergripande hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D)

Riktlinjespecifika indikatorer för artros är:

- Indikator 2.1: Artroskopisk kirurgi vid knäartros: Antal artroskopier med huvuddiagnos knäartros per 100 000 invånare
- Indikator 2.2: Andel personer med artros ≥ 75 år som förskrivits NSAID-behandling

Dessutom finns det en föreslagen utvecklingsindikator:

- Utvecklingsindikator 2.3: Andel personer med artros i höft och knä som fått utbildning, handledd träning och råd om viktnedgång. Den beräknas som antal personer med artros som fått utbildning, handledd träning och råd om viktnedgång, t.ex. i artrosskola, dividerat med det totala antalet personer med artros på mottagningen.

BOA-registrets roll i utvärdering och öppna jämförelser

Uppgifter för flera av indikatorerna kan redan idag hämtas ur BOA-registret. Det bör vara ett incitament för vårdgivande enheter som behandlar patienter med artros att registrera i BOA-registret. Andra rimliga och relevanta indikatorer som är möjliga att mäta och tolka är exempelvis antal magnetkameraundersökningar (MR) av knäleder, hur fördelning mellan diagnos knäartros (M17) och meniskskada (M23) har förändrats över tid, hur ICD-koden M25.5 används, hur antalet artroskopier i Öppna jämförelser fördelas på enheter som artroskopier (oberoende av driftsform), samt eventuellt hur förskrivningen av hyaluronan och glukosamin har förändrats över tiden sedan Socialstyrelsen satt upp dem på icke-göra-listan i riktlinjerna.

Indikation för MR vid knäbesvär har tagits fram för att antalet MR-undersökningar i förhållande till invånarantal skiljer sig stort mellan länen samtidigt som det är en förhållandevis dyr metod som kan ge svårtolkade resultat (1). Behovet av MR är ytterst begränsat i denna population. Patologiska förändringar i menisker är vanligt även hos patienter utan knäbesvär och meniskektomi är inte bättre än placebo bland dem med degenerativ meniskskada eller artros. MR är endast relevant att erbjuda om patienten har genomgått symtomatisk behandling (till exempel artrosskola) med otillräcklig effekt och röntgenundersökning har visat normalt fynd eller fynd som inte synes stå i relation till graden av symtom. I och med att artros främst är en klinisk diagnos vore det värdefullt att få klarhet i när diagnosen M25.5 används, samt hur prevalensen av denna ICD10-kod eventuellt har förändrats som ett tecken på att artros kan diagnostiseras utan röntgen. Det vore också värdefullt att kunna få information om hur antalet artroskopier fördelas på enheter som artroskopier och inte endast som artroskopi/landsting, som i Öppna jämförelser, för att kunna utvärdera huruvida de Nationella riktlinjerna avseende artros implementeras likformigt.

Det är viktigt att följa fördelningen mellan diagnosen artros (M17) och meniskskada (M23) över tiden liksom att jämföra med akut meniskskada (S83) dit låsta knän bör hamna för att kunna bedöma om förändrat antal artroskopier beror på faktisk minskning eller en omfördelning mellan olika diagnosgrupper. Om förskrivning av hyaluronan och glukosamin, som också står på icke-göra-listan är relevant att följa är relaterat till hur stor denna förskrivning är.

Patientmedverkan

Patientens uppfattning om behandling av artros har påverkat utformningen av och innehållet i artrosskolan. BOA-registret har också patientmedverkan i såväl interventionen som i styrgruppen. Även i utbildningen samverkar professionen och patientorganisationen (Reumatikerförbundet).

Hur och varför

Artros klassificeras som en reumatisk sjukdom och artrospatienternas intressen tas tillvara genom en stark patientorganisation, Reumatikerförbundet. Reumatikerförbundet har arbetat för reumatikers rätt till ett bra liv och sökt lösningen på reumatismens gåta sedan 1945. Förbundets arbete följer fyra grundspår: lokal föreningsverksamhet, utbildning av både patienter och vårdpersonal, påverka beslutsfattare och att stötta forskningen inom området. Reumatikerförbundet är organiserat i 200 föreningar indelade i 24 distrikt och har ca 50 000 medlemmar.

Reumatikerförbundets samverkan med BOA sker idag på flera nivåer. På riksnivå i BOAs styrgrupp (där man representerar både Reumatikerförbundet samt patientperspektivet), på länsnivå där BOAs kontaktpersoner samverkar med Reumatikerdistriktets ansvariga för patientskoleverksamheten och på den lokala nivån där den lokala sjukgymnasten har kontakt med informatören i Reumatikerföreningen. Samarbete sker också i utbildningarna både av sjukgymnaster och av informatörer.

Syftet med samverkan är bland annat att genom goda förebilder, såsom informatörer, öka följsamheten över tid hos deltagarna. Ett annat syfte är att via den lokala Reumatikerföreningen kunna erbjuda de deltagare som inte känner sig hemma på gym och inte kan eller vill träna hemma en möjlighet till kontinuitet i träningen efter "skolans" slut. Samarbetet gynnar alla inblandade.

Utbredning och utbildning

Vid varje utbildningstillfälle för sjukgymnaster och arbetsterapeuter medverkar en patient från Reumatikerförbundet med speciell kompetens för att tala om betydelsen av samverkan och hur det rent praktiskt går till. Informatörerna medverkar i artrosskolorna helt utan kostnad för vården. I takt med att det utbildas fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter och startas allt fler artrosskolor över landet ökar också efterfrågan på artrosinformatörer. Under 2012 hölls det över 900 patientskolor i samverkan över hela landet.

Informatörerna utbildas under två dagar av Reumatikerförbundet för att på ett pedagogiskt sätt kunna tala om sina erfarenheter av att leva med artros och hur livsstilsförändringar och aktiva copingstrategier kan ge bättre livskvalitet och mindre symtom. En sjukgymnast från artrosskolan medverkar i utbildningen av artrosinformatörer för att ge en kort sammanfattning av vad artrosskolan är.

Nyttan

En av våra informatörer berättar:

"Jag var på lasarettet och då kom en duktig ortoped som opererat mig några gånger emot mig och var pratsugen. Han berömde artrosskolorna och talade om att han hade patienter som haft mycket god nytta av skolorna. Patienter lyssnar inte på sjukgymnaster och än mindre på läkare så han men på er expertpatienter lyssnar de. Det visade sig att han hade egen erfarenhet eftersom hans hustru var med (det visste jag inte då!) i den grupp vi avslutade igår. Hon hade haft så god hjälp och tagit till sig så mycket som han själv försökt att förmedla tidigare men tydligen inte nått fram med. Vi fortsatte diskutera nyttan av träning före operation och han hade mer och mer förstått hur viktigt det är. Även det kom upp till diskussion i artrosskolegruppen igår. Så gläd dig lika mycket som jag gör – Reumatikerförbundet representerat av informatörer behövs och gör nytta i patientskolorna!"

Genom att involvera en patient som själv har erfarenhet av att leva med artros i artrosskolan når vi ytterligare en infallsvinkel på budskapet att det inte är farligt att röra på sig när det gör ont och att träning är en bra behandling som fungerar. Då sjukgymnasten talar om betydelsen av fysisk aktivitet och träning kan det för somliga patienter kännas som att det inte gäller dem, då deras erfarenhet tvärtom säger dem att det gör ont att belasta lederna. Om en patient med egen erfarenhet av artros säger samma sak blir det lättare att ta till sig budskapet, eftersom de kan identifiera sig med den beskrivning som patienten ger.

Det här illustreras nog bäst av en berättelse från en patient som själv deltagit i artrosskolan och som nu medverkar som artrosinformatör:

Jag gick till doktorn med mitt dåliga knä 2010. Efter att ha blivit röntgad och träffat ortopederna fick jag rådet att gå i artrosskola. Min husläkare hade aldrig hört talat om artrosskola, så jag sökte själv efter information på internet. Artrosskola kändes inte som något vettigt alternativ. Jag hade tidigare varit mycket aktiv och tränat mycket och ville tillbaka till det. Operation kändes som det enda alternativet.

Tiden gick och livskvaliteten rasade i botten. Jag kunde inte alls vara aktiv som förut och jag tyckte livet var slut. Ska jag behöva ha det såhär? Så småningom fick jag kontakt med en sjukgymnast som sa att de skulle starta en artrosskola våren 2011. När han ringde och talade om att det var dags att börja gick jag dit mest för ortopedens skull, han hade ju sagt att jag var tvungen att gå artrosskola innan jag kunde bli opererad.

Jag gick två tillfällen och var fortfarande mycket tveksam. Det tredje tillfället skulle hållas av en så kallad "expertpatient", en artrosinformatör. Jag tog mig dit och satte mig i en hörna och hängde. När informatören började berätta sin historia blev jag helt tagen. Jag kände igen mig själv. Jag minns särskilt när hon sa att det får göra ont när du tränar. Du förvärrar ingenting. Hon upprepade det flera gånger och jag blev mer och mer intresserad av vad hon hade att säga. Hon sa också att jag ska använda leden, inte spara den som vid en skada, utan använda det dåliga benet precis som mitt friska ben. Det kändes som om hon visste vad hon pratade om. Hon hade själv artros och kunde leva med det. Jag själv hade mest använt mitt sjuka ben som en stötta för att inte ramla omkull. När jag gick i trappor tog jag all kraft och belastning på det friska benet. Artrosinformatören lyckades få mig beredd att ge träning en chans. Jag började träna och belasta och kände en förbättring redan efter 3–4 gånger. Efter tolv träningstillfällen var jag som en ny människa.

Jag fick frågan om jag ville bli artrosinformatör. Först trodde jag inte att det passade mig, men nu är jag själv ute och möter de där grupperna med deltagare som sitter utmed väggarna och tänker att det där är inget för mig. Då berättar jag för dem att jag har varit där. Jag vet precis hur de känner för jag har gått igenom samma sak.

Jag har fått tillbaka livslusten. Ibland har jag mer ont och ibland mindre, men jag tränar rätt tuff gympa två gånger i veckan och det är inte ovanligt att jag promenerar en timme. Stavar är det bästa balansorganet. Jag har ont i flera leder, men har bestämt mig för att undvika operation så länge jag kan.

/Göran

Diskussion

Artros är en vanlig diagnos i primärvården och få patienter söker sjukgymnast direkt

Statistik som BOA tagit fram samt uppgifter från www.vantetider.se från Västra Götalandsregionen visar att 13% av alla besök i primärvården är relaterade till ledvärk eller artros i höft eller knä. Våra skattningar visar också att 12% av befolkningen över 45 år söker primärvården någon gång under en femårsperiod (motsvarar 2,5% per år) på grund av ledvärk eller artros i höft eller knä. De flesta besök sker till läkare och besök hos sjukgymnast registreras inte regelmässigt. I Östergötland har man uppgifter på att 28% av alla patienter med ledvärk eller artros i höft och knä har träffat sjukgymnast, medan 89% har träffat läkare. Våra siffror från registret visar att det endast är en liten andel av patienterna som kommer direkt till artrosskolan utan att ha sökt sjukvård tidigare för sina besvär. Informationen om att man kan söka sjukgymnast direkt, utan remiss, behöver spridas hos allmänhet och bland patienter med ledbesvär.

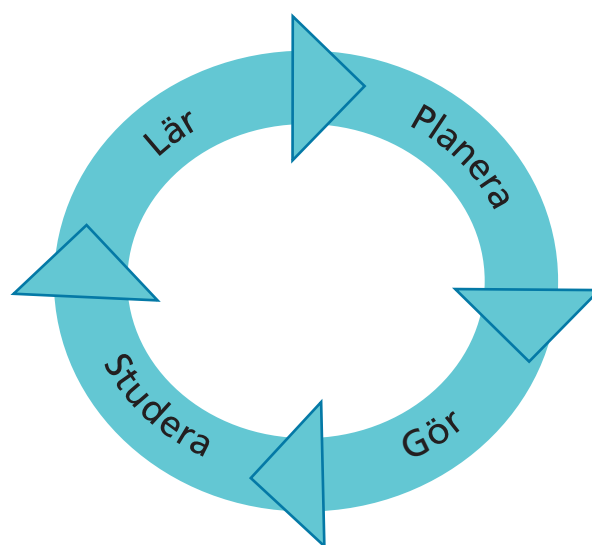
Resultat över tid

Resultaten i BOA-registrets årsrapport visar att artrosskolan i de flesta fall medför en klar förbättring av smärta och hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) på enhetsnivå efter tre månader. EQ5D utvärderar hälsorelaterad livskvalitet med ett index från 0 (död) till 1 (full hälsa). Detta index beräknas med hjälp av svaren från fem delområden: rörlighet, hygien, aktiviteter i dagliga livet, smärta och oro/depression. Frågorna besvaras med ett av tre svarsalternativ: inga besvär, måttliga besvär eller stora besvär eller svårigheter. Vi ser att patienter som kommer till artrosskolan skattar sin hälsorelaterade livskvalitet till 0,64 för höftartros och 0,65 för knäartros. Det kan jämföras med exempelvis patienter som kommer för höftproteskirurgi som skattar EQ5D till 0,41. Ett år efter protesoperation har medelvärdet för EQ5D förbättrats till 0,77, allt enligt Svenska höftprotesregistrets årsrapport 2011. Att redovisa medelvärde av EQ5D index ger ingen information om vilket delområde av EQ5D som eventuellt påverkas mest av artros och artrosskola. I kommande studier är det intressant att belysa de olika delområdena var för sig.

Ett av målen för BOA är att nå en förändring av medelvärdet för EQ5D på 0,1 efter 12 månader. Vi ser att flera enheter når detta resultat efter 3 månader, men att effekten av artrosskola därefter sjunker över tid. Det syns en stor variation mellan enheter. I alla jämförelser mellan

enheter och landsting bör man iakttäta viss försiktighet och ta hänsyn till faktorer som exempelvis antal patienter och patientsammansättning (case-mix). Variationen bör istället ses som en förutsättning för förbättringsarbete. Alla kan inte vara bäst, men de enheter vars resultat ligger under rikets medelvärde kan genom kloka analyser och smarta förändringar i den egna verksamheten genomföra förbättringsarbete som för dem närmare målet och högre upp i jämförelsetabellen mellan enheter. Sjukgymnasterna är nitiska då det gäller att rapportera in data, men behöver också hämta ut data för att kunna identifiera förbättringsområden. I värdekompasserna redovisas resultat efter tre månader på ett urval variabler, men enheterna behöver även följa upp andra variabler och inte minst följa vad som händer med resultaten efter ett år. Vi ser en tydlig tendens till att resultaten för flera variabler försämrats mellan 3 månader och 12 månader. Utan att ha studerat parade data verkar medelvärdena för smärt-VAS och EQ5D ligga kvar på en oförändrad nivå efter två år jämfört med ettårsdata. Den försämring som sker inträffar alltså sannolikt någon gång mellan 3 och 12 månader. Varje enhet bör därför fundera över vad man specifikt kan göra för att bibehålla ett bra resultat över tid, pröva denna förändring under en period och utvärdera på nytt för att se om förändringen också medförde en förbättring. Det är detta som är grunden i förbättringsarbete (Figur 28) (6).

Figur 28. Förbättringscykeln illustrerar de olika stegen i förbättringsarbete (6). Det är i idealfallet en kontinuerlig process, där ny lärdom leder till nya idéer som prövas och utvärderas kontinuerligt.



Allra tydligast trend till försämring mellan 3 och 12 månader ser vi för tilltro till den egna förmågan, self-efficacy. Self-efficacy för smärta och andra symtom sjunker efter ett år till nivåer som är lägre än vid nybesök för patienter med höftartros. Vi ser också att andelen patienter som helst vill bli opererade minskar efter tre månader, men ökar igen efter ett år, mest påtagligt för män med höftartros. Andelen är dock fortfarande lägre än före artrosskolan. Vad är det som händer? Symboliserar det den besvikelser och maktlöshet som patienterna kan känna när besvären kommer tillbaka? Är det när tilltron till den egna förmågan att påverka symtomen sviktar som man vill bli opererad? Det är troligen inte den enda förklaringen. Om vi istället tittar på förändring i smärta mellan 3 och 12 månader ser vi visserligen en något ökad smärta, men fortfarande lägre än vid nybesök. På samma sätt minskar andelen patienter som uppger att de har smärta varje dag eller alltid efter tre månader och fortsätter att sjunka efter ett år. De resultat vi ser för self-efficacy kan delvis bero på mätinstrumentets utformning. Många patienter upplever att frågorna är svåra att besvara och resultaten kan därför variera av andra anledningar än faktiska förändringar i tilltro. I kapitlet Pågående studier beskrivs två studier som framöver kan ge oss mer information om frågorna om self-efficacy i BOA är tillräckligt känsliga för att mäta förändring efter artrosskola, vilka faktorer som påverkar skillnad i self-efficacy och om self-efficacy påverkar resultatet efter artrosskola. Det är också mycket möjligt att tre månader är för kort tid för bestående förändringar i livsstil och att hanteringsstrategierna som patienterna lär sig under artrosskolan går förlorade över tid. Borde vi fundera över ytterligare uppföljningsbesök efter artrosskolan för att bibehålla effekten? Om långtidsresultaten förbättras av ett eller ett par ytterligare besök kan det vara kostnadseffektivt.

Rörelserädsla, eller rädsla att leden ska ta skada av fysisk aktivitet, är mycket vanligt bland patienter med artros. Det är sannolikt en av de viktigaste faktorerna för ökad inaktivitet och därmed ökad ohälsa. Bland männen som kommer till artrosskola är var femte rädd att leden tar skada av aktivitet, medan var åttonde kvinna har samma oro. Artrosskolan syftar till att informera patienterna om att det inte är farligt att röra sig eller att det gör ont i samband med aktivitet. Aktivitet har tvärtom en bevisad effekt på symtom vid artros. Andelen män som är rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet minskar med 43 procentandelar från första besök till ettårsuppföljningen. För kvinnor är motsvarande siffra 38 procentandelar. Vad detta betyder i form av minskad ohälsa och hälsoekonomiska vinster vet vi inte, men det minskar sannolikt vårdbehov och ökar välbefinnandet hos individen.

Ett annat av registrets mål är att 80% av patienterna efter ett år ska vara fysiskt aktiva på en nivå som motverkar ohälsa. Just denna variabel påverkades av att vi bytte ut de tidigare frågorna om fysisk aktivitet mot Socialstyrelsens föreslagna formuleringar från och med den 1 september 2012. I denna årsrapport har vi valt att enbart redovisa resultat till och med den 31 augusti för att ha jämförbara värden mellan första besök och uppföljning. Det betyder dock att somliga enheter fick relativt lågt antal patienter i resultatredovisningen för 2012. De "saknade" patienterna kommer att redovisas i årsrapporten för 2013.

Andelen patienter som når upp till rekommendationen 30 minuters fysisk aktivitet med minst måttlig intensitet de flesta dagarna i veckan är bara runt 20% efter ett år, vilket är ungefär samma siffra som före artrosskolan. Här krävs också förbättringsarbeten för att öka följsamheten till träning och anpassad fysisk aktivitet över tid. Det är troligt att den försämring som ses i smärta och EQ5D efter ett år hänger ihop med minskad fysisk aktivitet.

Täckningsgrad

Det är svårt att mäta täckningsgrad för en sjukgymnastisk intervention i primärvården, då dessa uppgifter alltså saknas i patientregistret. I flertalet regionala vårddatabaser är det också svårt att spåra besök hos en speciell kategori av vårdgivare. För att framöver kunna utvärdera exempelvis hur vårdkedjor förändras över tid och effekt av artrosskola på vård sökande är det önskvärt att utvecklingen går mot gemensamma informationssystem innehållande denna statistik. I somliga journalsystem kan sökord skapas, exempelvis "artrosskola". Det är då enkelt att söka upp vilka patienter som gått artrosskola och jämföra det antalet med antal patienter som rapporterats till BOA-registret på en enhet (completeness). De flesta journaler har dock inte denna funktion.

Andelen patienter som registreras av dem som går artrosskola kommer aldrig att vara 100%. Personer med artros och samtidig annan sjukdom eller diagnos som är mer symtomgivande än artrosen kan bedömas ha nytta av artrosskolan, men registreras inte i BOA. Skälet är att skattningen av hälsorelaterad livskvalitet och smärta i patientens frågeformulär då sannolikt påverkas i större utsträckning av andra sjukdomar än av besvär relaterade till artros. Patienter med enbart handartros, utan besvär från höft eller knä, registreras i nuläget inte heller i BOA men kan delta i och ha nytta av artrosskolan. Patienter kan också avböja registrering. Det är svårt att uppskatta hur stor andel av patienterna i artrosskolan som har andra symtom eller sjukdomar som exkluderar dem från registrering.

Ett rimligt antagande kan vara att 5–10% av deltagarna i genomsnitt inte ska registreras. För första gången har vi bett kontaktpersonerna i de olika landstingen samla in uppgifter från så många enheter som möjligt om antal personer som gått artrosskola i respektive landsting. Dessa uppgifter visade att i genomsnitt 77% av alla patienter som går artrosskolan registreras. Variationen mellan landsting är stor och i landsting med låg andel registrerade patienter bör vi studera orsakerna till detta mer i detalj. Det finns fortfarande ett visst motstånd bland chefer som sitter klämda under årets budgetkrav mot att ta tid från patientarbete för att lägga på registrering. Ersättningssystemen premierar i allmänhet enbart produktion. Att registrera sina resultat kan emellertid spara tid och pengar åt verksamheten genom att enheten lättare kan identifiera om man lägger tid på rätt saker. Socialstyrelsen räknar med att följsamhet till riktlinjerna för artros kan spara sjukvården mellan 20 och 25 miljoner kronor per år. Att utvärdera resultaten av sin verksamhet systematiskt med hjälp av kvalitetsregister är fortfarande något nytt inom rehabilitering. Patienter som lär sig att ta hand om sin sjukdom och därmed mår bättre kommer inte att besöka vården lika frekvent, vilket frigör tid på sikt.

Coverage innebär för BOAs räkning att beskriva hur många av alla artrosskolor som bedrivs som också rapporteras till registret. Enligt de uppgifter vi har fått in från åtta landsting rapporterar 56% av dem som bedriver artrosskola till registret. Denna siffra kan vara representativ för landet, då den baseras på statistik från såväl landsting med mycket låg rapporteringsgrad (7% i Örebro) till landsting som Jämtland och Gotland där samtliga enheter som bedriver artrosskola också rapporterar till registret. Vi ser goda möjligheter att förbättra coverage inom ett år då Örebro län nu, efter att ha utvärderat resultaten för de enheter som har rapporterat, har beslutat att utbilda fler kollegor i artrosskola och att samtliga enheter ska rapportera till registret för att kunna följa sina resultat. Under 2012 har åtta enheter som tidigare rapporterat till registret inte registrerat några patienter. För två av enheterna, SU Mölndal och NUS Umeå, handlar det om att artrosskolan där drevs på ortopedklinik. I takt med att artrosskolan har fått bättre spridning har verksamheten flyttats från dessa kliniker och ut i primärvård. Det var en planerad avveckling. För de övriga sex enheterna är det inte helt klart varför man valt att sluta att registrera.

I Västerbotten, Kronoberg och Gävleborg syns effekten av att dessa enheter slutat registrera som en minskning i completeness. Färre patienter av det skattade antalet som söker vård för artros registreras och det totala antalet registrerade patienter i landstinget för 2012 är mindre än för 2011. Orsakerna till denna minskning behöver följas upp. I första hand kommer registret, via regionala kontaktpersoner, att kontakta enheterna för att ta reda på och i möjligaste mån avhjälpa eventuella svårigheter eller hinder för registrering. Det bör även finnas intresse på landstingsnivå för att följa upp och avhjälpa en sjunkande rapportering till kvalitetsregistret.

I ett försök att göra egna skattningar av hur stor andel av antalet personer över 45 år som söker primärvården på grund av artros i höft eller knä som tas omhand i artrosskola sökte vi statistik från ett antal värddatabaser. Vi kontaktade sju landsting/regioner och fick svar av sex. I tre fall var underlagen som skickades inte jämförbara då man hade bytt journalsystem och därför inte hade fullständiga uppgifter, eller på grund av att det inte gick att få uppgifter om antal unika individer.

Förändring i vårdkedjan

Artros är inte en sjukdom som enbart drabbar äldre. I registret är 14% av patienterna under 54 år och 45% är yngre än 65 år. Vid användarmöte framkom synpunkter på att vi fortfarande når patienterna för sent i sjukdomsförloppet. Insatser med information och individuellt anpassad aktivitet tidigare i sjukdomsförloppet har sannolikt större potential för förändring och möjlighet att förebygga funktionsförsämring. Ett önskemål från användarna i BOA-registret var därför att jobba för att sänka medelåldern till 58 år. För att nå dit behövs förändring i vårdkedjan för artros, så att patienterna hamnar hos sjukgymnasten som första instans. Vårdpersonal och informationssidor om artros på webben behöver uppmana patienter att inte vänta för länge innan de söker adekvat råd och hjälp. Vi bör också se till att väntetiderna för patienter som söker vård för artros minimeras. Det gäller såväl de väntetider som beror på att man får vänta på att få tillräckligt deltagarantal för att kunna hålla artrosskola, som de väntetider som beror på ett för stort patientantal i förhållande till kapaciteten för artrosskola. Genom en tidig insats kan vi sannolikt minska inaktivitet och rörelserädsla vilket kan medföra bättre förutsättningar för bibehållen hälsa och ett lyckat resultat i artrosskolan.

Diagnosen artros ska ställas på kliniska undersökningsfynd och anamnes, enligt rekommendationer i Socialstyrelsens riktlinjer (2012). Andelen som blivit röntgade i sin led före artrosskolan ligger fortfarande kvar på samma nivå för höftartros men har minskat något för knäartros jämfört med föregående år. Minskningen är glädjande, då det kan betyda att riktlinjerna börjar få genomslag och det i sin tur betyder att patienterna kan få adekvat icke-kirurgisk behandling i ett tidigare skede av sjukdomen. Svenska höftprotesregistret (SHPR) införde 2012 en fråga i sitt register om patienten hade gått artrosskola preoperativt. Statistik från mars 2013 visade att 17% av patienterna i SHPR svarat att de gått artrosskola sedan frågan infördes 2012, medan 57% hade träffat sjukgymnast före proteskirurgi. Uppgifter från BOA-registret visar att endast 14,5% av dem som sökt sjukgymnast för höftartros och 22% av dem som sökt för knäartros tidigare har fått adekvat behandling.

För att försöka uppskatta kostnadsnyttoeffekten av artrosskola ber vi enheterna rapportera i praxis-dokumentet vad de får för ersättning från landstinget för sin behandling. Många av de enheter som driver artrosskola vet inte det. För övriga kan vi se att ersättningen varierar mellan kliniker och mellan landsting. Det är intressant eftersom insatsen är standardiserad och bedrivs på liknande sätt över hela landet. Prislistan är inte offentlig vilket gör att det är svårt att beräkna den hälsoekonomiska effekten av artrosskola.

Riskfaktorer

Jämfört med 2011 har andelen överviktiga och feta i registret ökat. Vi ser att endast en tredjedel av patienterna med höftartros och en fjärdedel av patienterna med knäartros är inom gränsen för normalvikt. Övervikt är en riskfaktor för incidens av artros men kan också försämra både graden av besvär och prognosen för den som redan har artros. I BOA har vi främst fokuserat på ökad fysisk aktivitet som livsstilsförändring. Interventionen artrosskola är också relativt kort vilket har gjort att vi har bedömt att det inte är relevant att studera förändring i BMI över tid. Vikten är dessutom i många fall självskattad, vilket ger en större osäkerhet.

I artrosskolan ingår en begränsad del med information om kroppsviktens betydelse. Influerade av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder överväger vi att lägga till något om hur man kan äta hälsosamt. Tre enheter i BOA-registret har inga feta patienter, en i Stockholm, en i Helsingborg och en i Göteborg. Det kan bero på sociodemografiska faktorer, men det kan också bero på att det är ett, medvetet eller omdevetet, selekterat urval patienter på kliniken.

Besvär från andra leder och samsjuklighet är vanligt vid artros. I registret ser vi att 40% av alla med höftartros och nära hälften av patienterna med knäartros anger att de också har besvär från handen eller fingrarna. Andelen kvinnor som har handbesvär är dubbelt så stor som andelen män (25% vs 49%). Männerna som går artrosskola har oftare höftartros och det är vanligare att de enbart har besvär från en led. Vi ser att artrosskolan har något bättre effekt för knäartros än för höftartros. Det faktum att en större andel av männen har höftartros och att artrosskolan inte har lika bra effekt för höfter skulle kunna vara en förklaring till varför männen oftare vill bli opererade. Fyra av tio patienter har andra orsaker till gångsvårigheter än artros i höft eller knä. Artrosskolan har sannolikt mindre potential att kunna påverka den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter som har andra sjukdomar som begränsar deras gångförmåga än hos patienter med enbart artros.

Ungefär 7% av alla med höftartros och 12% av alla med knäartros i registret uppger att de har varit sjukskrivna på grund av sina höft- eller knäbesvär och 3% har varit sjukskrivna mer än tre månader. Även om dessa siffror bygger på självskattade uppgifter är det en hög andel. Enbart sjukskrivning, utan annan åtgärd, är inte effektivt vid artros. Tvärtom kan det snarare vara en lindring att gå till jobbet och få fokusera på något än ledbesvären för en stund, under förutsättning att arbetet inte är alltför tungt belastande.

Pågående studier

De uppgifter som finns i registret utgör en skatt att ösa ur. Här finns material av intresse för olika professioner, såväl hypotesgenererande som för att beskriva hur det faktiskt förhåller sig i vården av patienter med artros. Att använda data från registret är också ett sätt att kvalitetssäkra dem. Därför är det glädjande att det sjuder av aktivitet när det gäller projektidéer och forskning.

Effekt av artrosskola på hälsorelaterad livskvalitet

Artrosskola är en billig intervention med potential att påverka hälsorelaterad livskvalitet för patienter med artros i höft och knä. Som en konsekvens av ett bättre mående minskar behovet av sjukskrivning och sjukvårdskonsumtion, vilket är BOAs målsättning. En patient i artrosskolan kostar ungefär 1 500 kronor, att jämföra med en höftprotesoperation som kostar i runda tal 70 000 kronor. Höftprotesoperation är en mycket effektiv behandling som ger i genomsnitt en vinst i hälsorelaterad livskvalitet på 0,36 efter ett år, mätt med EQ5D. Omräknat med en mycket förenklad ekvation (kostnad/EQ5D-vinst) kostar en höftprotesoperation 194 000 kronor per livskvalitetsjusterat levnadsår. BOAs mål är att med hjälp av förbättringsarbeten nå en ökning av EQ5D med 0,10 ett år efter artrosskolan. I dagsläget har vi en genomsnittlig förbättring på 0,03 för höfter och 0,04 för knän efter ett år. Tack vare att interventionen som sådan är relativt billig kan den trots en liten förändring i hälsorelaterad livskvalitet ändå anses som kostnadseffektiv. Med samma enkla ekvation som för höftprotesoperation ovan kostar artrosskolan 50 000 kronor per livskvalitetsjusterat levnadsår för höftartros och 37 500 för knäartros. Vi vet idag, baserat på studier från höftprotesregistret, att en av de faktorer som spelar störst roll för resultatet efter operation är hur patienten mår före operation och att den enskilt största faktorn är ångest/oro, där patienter som skattar högre grad av ångest/oro har mer smärta efter operation. För att ytterligare förbättra omhändertagandet av patienter med artros behöver vi veta vilka patienter som har bäst nytta av artrosskolan och vilka som eventuellt skulle behöva en annan typ av omhändertagande. Därför har vi nu designat en studie i syfte att belysa vilka faktorer som påverkar utfall av EQ5D ett år efter artrosskolan. Det är den första artikeln med data från hela BOA-registret som nu föreligger som manuskript.

Studier och projektarbeten

Med introduktionen av artrosskolor i vården och spridningen av BOA-registret bland sjukgymnaster har intresset för att använda data ur registret för större och mindre projekt ökat. Den som vill använda BOA-data från annan enhet än den egna för sitt projekt skriver en kort presentation av idén och frågeställningen till BOAs styrgrupp. Efter styrgruppens bedömning av projektets relevans och genomförbarhet, samt godkännande av idén utses någon i styrguppen att medverka vid tolkning av data och eventuellt som medförfattare eller handledare. Rutinerna följer därefter de från SKL föreslagna riktlinjerna för utlämnande av data. Nedan presenteras ett antal pågående magister-/masterarbeten med anknytning till BOA-registret som har tagits upp i styrgruppen:

- **Utveckling av vårdprocessen för personer med knäartros – en kostnadseffektivitetsstudie.**
Masteruppsats. Chan-Mei Ho, leg sjukgymnast.
Syftet med projektet är att se om en sjukgymnast som första insats för patienter med knäartros kan kostnads-effektivisera vårdkedjan.
- **Förändring i tilltro till sin förmåga efter deltagande i artrosskola enligt BOA, 3 och 12 månaders uppföljning.**
Masteruppsats. Anna Schönbeck, leg sjukgymnast.
Syftet med studien att undersöka om artrosskolan kan påverka patienternas tilltro till sin egen förmåga och belysa faktorer som påverkar denna förändring.
- **Self-efficacy – En prediktor för utfallet av artrosbehandling?**
Masteruppsats. Åsa Degerstedt, leg sjukgymnast.
Syftet är att studera om patientens tilltro till sin egen förmåga vid baseline påverkar resultatet efter artrosskola.

- **Vilka faktorer påverkar patientens val att inte träna efter artrosskolan?**

Masteruppsats. Anna-Marika Eggertsson, leg sjukgymnast.
Syftet är att studera om det finns någon skillnad mellan gruppen som väljer att inte träna jämfört med gruppen som väljer att träna efter genomgången teori-undervisning enligt BOA-konceptet? Studien baseras på data ur BOA-registret.

- **Effekt av artroskola på fysisk aktivitetsnivå mätt med accelerometer hos patienter med artros i knä- respektive höftled.**

Del i avhandlingsarbete. Therese Jönsson, leg sjukgymnast.
Syftet är att studera om artrosskolan kan påverka fysisk aktivitetsnivå hos patienter med höft och knäartros, samt vilka faktorer som är avgörande för förändring.



Referenser

1. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, and Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 342: p. d1165.
2. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se
3. Hubertsson J, Petersson IF, Thorstensson CA, Englund M. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013 Mar;72(3):401-5. PubMed PMID: 22679305.
4. Hälsoekonomisk utvärdering av Artrosskola på Gottsunda vårdcentral. September 2012. Karolina Eldelind, FFoU-enheten, Primärvården; Inna Feldman, Hälso-och sjukvårdsavdelningen, Landstingets ledningskontor
5. Boström G. Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005. Statens Folkhälsoinstitut, 2006 Rapport No: A 2006:02
6. Deming WE. *Out of crisis*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press; 1986.

Fakta om BOA

BOA-registret startade som ett treårigt projekt år 2008 i Skåne, Värmland, Västerbotten och Västra Götaland, med ekonomiskt stöd från landstingsmiljarden och Försäkringskassan. I december 2010 blev BOA-registret ett Nationellt Kvalitetsregister.

Organisation

BOA-registret drivs på uppdrag och med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Svensk Ortopedisk Förening. Registret finansieras i huvudsak med anslag från Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister samt Västra Götalandsregionen. BOA-registret är knutet till kompetenscentrat vid Registercentrum Västra Götaland.

Styrgrupp

Carina Thorstensson Ordförande och registerhållare, med dr, sjukgymnast, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Leif Dahlberg Registerhållare, professor, avdelningschef. Avd. f. ortopedi, Inst. f. klin. vetenskaper, Lunds Universitet, Skånes universitetssjukhus, Lund

Ingrid Cederlund Patientrepresentant, artrosinformatörsansvarig, Reumatikerförbundet, Stockholm

Pernilla Chowdary Arbetsterapeut, Axess Medica, Spenshults sjukhus, Oskarström

Göran Garellick Docent, överläkare, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Thérèse Jönsson Doktorand, sjukgymnast, Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Malin Jönsson-Lundgren Enhetschef/sjukgymnast, Abels rehab, Malmö

Maria Klässbo Med dr, sjukgymnast, forskningsledare, Centrum för klinisk forskning, Landstinget i Värmland

Ingrid Lundin Sjukgymnast, Ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Kjell Nilsson Professor, överläkare, Ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Lillemor Nyberg Doktorand, distriktsläkare, Karolina vårdcentral, Örebro läns landsting, Karlskoga

Övriga kontaktpersoner

Ingrid Stenhagen Koordinator, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Inga-Lill Robertsson Koordinator, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Kontaktpersoner

Målet är att det i varje region/landsting ska finnas minst en så kallad kontaktperson för BOA-registret. Denna kontaktperson ska jobba för att på regional nivå uppfylla registrets målnivåer, identifiera förbättringsområden, samt höja täckningsgrad. Detta innebär mer specifikt, till exempel:

- Inventera antalet artrosskolor och vid behov initiera uppstart av artrosskola
- Kontrollera att de som driver artrosskola har utbildning i artrosskola
 - Om inte, initiera utbildning i artrosskola
- Tillse att alla artrosskolor i regionen rapporterar till BOA-registret
 - Vid behov undersöka hinder för registrering
 - Erbjud support
- Tillse att alla som registrerar har utbildning i registerkunskap
 - Om inte, initiera utbildning i registerkunskap
- Skapa nätverk för dem som håller artrosskola
 - Exempelvis anordna nätverksträffar för utbyte av erfarenheter
- Stimulera till användande av egna resultat i verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring
 - Exempelvis jämföra och diskutera resultat mellan enheter på nätverksträffar
- Följa upp och diskutera datakvalitet på enhetsnivå
- Vara språkrör
 - Förmedla information mellan styrgrupp och användare, samt till beslutsfattare, verksamhetschefer och vårdgivare i regionen
- Stimulera marknadsföring av BOA på vårdenheter
 - Uppmuntra enheterna att informera läkare och distriktssköterskor om artrosskola i syfte att nå patienterna så tidigt som möjligt i sjukdomsforloppet

För att underlätta diskussion av resultat och datakvalitet, samt support till enheter, bör kontaktpersonen ansöka om behörighet för åtkomst av data inom samma vårdgivare (landstinget/regionen). Behörig företrädare undertecknar avtalet. En mall för avtalsskrivning kan erhållas av registret. Privata vårdgivare kan delegera denna behörighet till kontaktperson för landsting/region (För privat vårdgivare gäller endast en vårdgivare per avtal). Kontaktpersonen bör få viss tid avsatt för sitt uppdrag av landstinget/regionen.

Nedan finns en förteckning över de kontaktpersoner som idag finns i BOA-registret.

Tabell 20. Kontaktpersoner landsting/regioner.

Landsting/Region	Namn	E-postadress
Blekinge	Vakant	
Dalarna	Renée Carlberg	renee.carlberg@ltdalarna.se
Gotland	Gittan Wegelius	gittan.wegelius@gotland.se
Gävleborg	Vakant	
Halland	Gunnel Caesar	Gunnel.Caesar@regionhalland.se
Jämtland	Rita Sjöström	rita.sjostrom@jll.se
Jönköping	Vakant	
Kalmar	Helen Lilja	helen.lilja@ltkalmars.se
Kronoberg	Paulina Birgersson	paulina.birgersson@ltkronoberg.se
Norrbottn	Vakant	
Skåne	Thérèse Jönsson	therese.jonsson@med.lu.se
	Malin Jönsson-Lundgren	malin.jonssonlundgren@skane.se
Stockholm	Vakant	
Sörmland	Vakant	
Uppsala	Vakant	
Värmland	Maria Klässbo	maria.klassbo@liv.se
Västerbotten	Ingrid Lundin	ingrid.lundin@vll.se
Västernorrland	Kerstin Frænell	kerstin.franel@lvn.se
Västmanland	Vakant	
Västra Götaland	Lena Fransson	lena.fransson@vgregion.se
	Helena Mökander	helena.mokander@vgregion.se
Örebro	Vakant	
Östergötland	Karin Vind	karin.vind@lio.se
	Annica Tomasson	Annica.Tomasson@lio.se

Medverkande enheter

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Blekinge	42 Karlskrona Rehabcenter	offentlig
	94 Ronneby Vårdcentral	offentlig
	101 Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	offentlig
	102 Kallinge Vårdcentral	offentlig
	110 Olofströms Vårdcentral	offentlig
	114 Vårdcentralen Sölvesborg	offentlig
Dalarna	119 Primärvårdsrehab, Falun	offentlig
	168 Rehab, Vårdcentral Malung	offentlig
	173 Vårdcentral Säter	offentlig
	174 VC Sälen-Lima	offentlig
	176 Särna Vårdcentral	offentlig
	184 Vårdcentralen Läkarhuset, Borlänge	privat
	194 Älvdalen VC	offentlig
	205 Vårdcentral Vansbro	offentlig
	293 Vårdcentral Avesta	offentlig
Gotland	25 HabRehab Gotland	offentlig
Gävleborg	47 Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	offentlig
	57 Hälsocentralen Delsbo	offentlig
	67 Rehabiliteringen Ljusdal	offentlig
	92 Sjukgymnastiken Västra, Sandviken	offentlig
	96 Södertull Hälsocentral, Gävle	offentlig
	108 Sjukgymnastiken Omkretsen, Gävle	offentlig
	115 Edsbyn och Alfta Hälsocentral	offentlig
	116 Arbrå och Kilafors Hälsocentral	offentlig
	132 Iggesunds Hälsocentral	offentlig
	214 Ockelbo Hälsocentral	offentlig
	228 Sjukgymnastik Sandviken	offentlig
	231 Gävle Primärvård	offentlig
	248 Storvik Hälsocentral	offentlig
	267 Hudiksvalls hälsocentral	offentlig
Halland	83 Tudorkliniken, Halmstad	privat
	100 Vårdcentralen Oskarström	offentlig
	104 Vårdcentralen Laholm	offentlig
	112 Getinge Vårdcentral	offentlig
	121 Hälsa & Rehab, Kungsbacka	offentlig
	122 Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	offentlig
	123 Vårdcentralen Bäckagård, Halmstad	offentlig
	244 Vårdcentralen Hyltebruk	offentlig
	265 Caphio Citykliniken, Halmstad	privat
	Jämtland	138 Bräcke HC	offentlig
142 Strömsunds hc		offentlig
149 Hälsocentralen Lugnvik, Östersund		offentlig
151 Svenstavik Hälsocentral		offentlig
155 Hälsocentralen Zätagränd, Östersund		offentlig
156 Järpens HC		offentlig
157 Svegs HC		offentlig
159 Frösö Hälsocentral, Östersund		offentlig
160 Krokoms Hälsocentral		offentlig

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Jämtland forts.	166 Föllinge Hälsocentral	offentlig
	172 Backe HC	offentlig
	190 Odensala HC, Östersund	offentlig
	195 Närvård Frostviken, Gäddede	privat
	215 Funäsdalens Hälsocentral	offentlig
	223 Nya Närvården i Strömsund/Hotings	privat
	224 Offerdals hälsocentral	privat
	229 Hammarstrands Hälsocentral	offentlig
	241 Fjällhälsan Hede/Vemdalen	privat
	257 City Sjukgymnastik, Östersund	privat
	281 Brunflo hälsocentral	offentlig
282 Torvalla hälsocentral, Östersund	offentlig	
Jönköping	134 Väster vårdcentral, Värnamo	offentlig
	140 Tranås VC	offentlig
	147 Nässjö Läkarhus	privat
	148 Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	offentlig
	150 Aneby Vårdcentral	privat
	152 Råslätts Vårdcentral - Bra Liv, Jönköping	offentlig
	162 Apladalens VC, Värnamo	privat
	167 Rosenlunds Vårdcentral, Jönköping	offentlig
	169 Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	offentlig
	199 RehabCenter Jönköping	privat
	202 Vråens vårdcentral, Värnamo	offentlig
	245 Gislaveds vårdcentral	offentlig
	251 Sävsjö vårdcentral	offentlig
256 Vetlanda Vårdcentral	offentlig	
273 Nässjö vårdcentral	offentlig	
288 Smålandsstenars vårdcentral	offentlig	
Kalmar	21 Västerviks sjh	offentlig
	33 Samrehab, Mönsterås	offentlig
	36 Samrehab Vimmerby	offentlig
	37 Samrehab Högsby	offentlig
	38 Samrehab Hultsfred	offentlig
	61 Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	offentlig
	62 Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	offentlig
	63 Distriktsrehab Kalmar/Torsås	offentlig
	72 Samrehab, Oskarshamn	offentlig
Kronoberg	48 Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	privat
	80 Idrottskliniken, Växjö	privat
	207 Primärvårdsrehab, Ljungby	offentlig
	208 Primärvårdsrehab, Alvesta	offentlig
	209 Primärvårdsrehab Birka, Växjö	offentlig
	210 Primärvårdsrehab, Uppvidinge/Lenhovda	offentlig
	211 Primärvårdsrehab, Lessebo	offentlig
	218 Primärvårdsrehab Kungsvägen, Växjö	offentlig
	219 Primärvårdsrehab Dalbo, Växjö	offentlig
	220 Primärvårdsrehab, Rottne	offentlig
	221 Primärvårdsrehab Teleborg, Växjö	offentlig
	225 Växjöhälsan vårdcentral	privat
226 Primärvårdsrehab, Markaryd	offentlig	
287 Primärvårdsrehab Tingsryd	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Norrbotten	19 Sunderby sjukhus	offentlig	
	64 Hortlax Vårdcentral, Piteå	offentlig	
	65 Piteå vårdcentral	offentlig	
	66 Jokkmokks vårdcentral	offentlig	
	70 Norrfjärdens Vårdcentral	offentlig	
	76 Furunäsets Vårdcentral	offentlig	
	79 Öjebyns Vårdcentral	offentlig	
	137 Primärvården Boden	offentlig	
	154 Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden	privat	
	163 Kalix vårdcentral	offentlig	
	Skåne	4 Trelleborg Lyftet Rehab	offentlig
		5 Malmö Abels Rehab	offentlig
		6 Capio Citykliniken, Lund	privat
14 Deltagruppen Helsingborg		privat	
15 Sjöcrona VC Höganäs		offentlig	
18 Brahehälsan Löberöd		privat	
23 Vårdcentralen Skurup		offentlig	
28 Klippans Vårdcentral		offentlig	
30 Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad		offentlig	
35 Vårdcentralen Sjöbo		offentlig	
41 Lomma Vårdcentral		offentlig	
43 SUS, Malmö		offentlig	
45 Solljughälsan, Örkelljunga		privat	
49 Bjarreds Vårdcentral		offentlig	
71 Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg		privat	
75 Vårdcentralen Tollarp		offentlig	
77 Fysiocenter, Malmö		privat	
78 Näsets Läkargrupp		privat	
81 Deltagruppen Råå, Helsingborg		privat	
82 Nöbbelöv Vårdcentral		offentlig	
86 Söderåsens Vårdcentral		offentlig	
93 City Rehab, Lund		privat	
99 Rehab o Friskvårdshuset, Staffanstorps		privat	
107 Höörs Vårdcentral		offentlig	
117 Vårdcentralen Centrum, Landskrona		offentlig	
118 Förslov Vårdcentral		offentlig	
135 VC Hörby		offentlig	
182 VC Tåbelund, Eslöv		offentlig	
187 Vårdcentralen Åstorp		offentlig	
189 Helsingborgs Fysio		privat	
197 Berga läkarhus, Helsingborg		privat	
198 Vårdcentralen Staffanstorps		offentlig	
203 Vårdcentralen Dalby		offentlig	
206 Capio Citykliniken, Malmö Centrum		privat	
239 Capio Citykliniken, Landskrona		privat	
240 Capio Citykliniken, Båstad		privat	
246 Vårdcentralen Örkelljunga	offentlig		
249 Vårdcentralen Måsen, Lund	offentlig		
254 Vårdcentralen Perstorp	offentlig		
260 Capio Citykliniken, Helsingborg	privat		
263 Gerdahallens sjukgymnastik, Lund	privat		
297 Vårdcentralen Löddeköpinge	offentlig		
299 Vårdcentralen Vä, Kristianstad	offentlig		

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Stockholm	29 Sollentuna Rehabgrupp	privat
	34 AW Hälsa - Artrosmottagningen, Danderyd	privat
	52 Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	offentlig
	103 Tallhöjdens sjukgymnastik, Södertälje	offentlig
	105 Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	offentlig
	124 Järfällahälsan ¹	privat
	125 Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga	privat
	126 Vallentuna Primärvårdsrehab	offentlig
	128 Primärvårdsrehab Östermalm, Stockholm	offentlig
	133 Salems vårdcentral, Rönninge	offentlig
	139 Primärvårdsrehab Haninge	offentlig
	141 Primärvårdsrehab, Bromma	offentlig
	144 Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	offentlig
	145 Hälsopoolens Rehabklinik AB, Stockholm	privat
	158 Rehab Dalen, Primärvårdsrehab Södra, SLSO	offentlig
	164 Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	offentlig
	165 Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	privat
	180 AktivaRe – Primärvårdsrehab Österåker, SLSO	offentlig
	192 Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	privat
	201 Rudans Rehab, Handen	privat
	234 Hela Kroppen Sjukgymnastik, Stockholm	privat
	237 Team Aktiv, Hässelby	privat
	242 Fysiocenter Odenplan, Stockholm	privat
	243 Reagera klinikerna Liljeholmen, Stockholm	privat
	253 Nynäs Rehab Center, Nynäshamn	privat
	258 Hovsjö Rehab, Södertälje	privat
	261 Reagera klinikerna Nykvarn	privat
	262 Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje	privat
	266 Rehab City Kungsholmen, Stockholm	offentlig
	280 Märsta Primärvårdsrehab	offentlig
294 Sickla Hälsocenter, Nacka	privat	
295 Reagera klinikerna Huddinge	privat	
300 Reagera klinikerna Tullinge	privat	
Sörmland	186 Gnesta VC	offentlig
	232 Vårdcentralen Linden, Katrineholm	offentlig
	264 Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm	offentlig
Uppsala	88 Ena Sjukgymnastik, Enköping	privat
	113 Gimo Vårdcentral	offentlig
	127 Enköpings Husläkarcentrum	offentlig
	188 Östhammars VC	offentlig
	259 Skutskärs vårdcentral	offentlig
	270 Östervåla vårdcentral	offentlig
	284 Samariterhemmets vårdcentral, Uppsala	offentlig
	289 Flogsta vårdcentral, Uppsala	offentlig
	290 Tierps vårdcentral	offentlig
291 Årsta vårdcentral, Uppsala	offentlig	
Värmland	7 VC Gripen, Karlstad CSK	offentlig
	46 Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	privat
	53 Primärvårdsrehab Norra, Värmland	offentlig
	54 Rehabiliteringen, Kristinehamn	offentlig
	97 Hagfors VC	offentlig
	185 Rehabiliteringsenheten, Säffle	offentlig
212 Vårdcentralen Sunne	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Värmland forts.	213 Sjukhuset Torsby	offentlig
	222 Vårdcentralen Munkfors	offentlig
	227 Vårdcentralen Ekshärad	offentlig
	233 Vårdcentralen Grums	offentlig
	255 Vårdcentralen Likenäs	offentlig
	268 Vårdcentralen Filipstad	offentlig
	274 Vårdcentralen Skoghäll	offentlig
	275 Vårdcentralen Kil	offentlig
	276 Vårdcentralen Forshaga	offentlig
	277 Vårdcentralen Kronoparken, Karlstad	offentlig
	296 Vårdcentralen Årjäng	offentlig
298 Vårdcentralen Charlottenberg	offentlig	
Västerbotten	3 NUS Umeå	offentlig
	24 Umeå Fysiocenter AB	privat
	27 Tegs Hälsocentral, Umeå	offentlig
	31 JA Fysioterapi, Skellefteå	privat
	32 Backens Hälsocentral, Umeå	offentlig
	39 Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	offentlig
	44 Rehab Center AB, Umeå	privat
	55 Dragonens nya hälsocentral, Umeå	privat
	59 Hälsocentralen Tre älvar	offentlig
	69 Holmsunds Hälsocentral	offentlig
	73 Mariehems Hälsocentral, Umeå	offentlig
	84 Vännäs Hälsocentral	offentlig
	95 Nordmalings Hälsocentral	offentlig
	98 Umeå Smärtmottagning	privat
	183 Synergia Hälsa, Umeå	privat
278 Vilhelmina sjukstuga	offentlig	
279 Hörnefors hälsocentral	offentlig	
292 Norsjö hälsocentral	offentlig	
Västernorrland	87 Matfors Vårdcentral	offentlig
	271 Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall	privat
Västmanland	85 Västmanlands sjukhus, Köping	offentlig
	216 Rehabiliteringen, Västmanlands sjukhus Sala	offentlig
	286 Herrgårdens vårdcentral, Västerås	offentlig
Västra Götaland	1 SU/Mölnådal	offentlig
	2 Kungälv sjukhus	offentlig
	8 Munkedal	offentlig
	9 Trollhättan	offentlig
	10 Vänersborg	offentlig
	11 Nygårds VC Bengtsfors	offentlig
	12 Rehab Dalslands Sjh	offentlig
	13 VC Färgelanda	offentlig
	16 Kortedala Rehab Göteborg	privat
	20 Stay active Trollhättan	privat
	22 Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	offentlig
	40 Primärvården Södra Bohuslän, Hönö	offentlig
	89 Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	offentlig
	91 City Sjukgymnastik, Trollhättan	privat
	106 Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	offentlig
	109 Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	privat
	111 Primärvårdsrehab Fyrbodal Sotenäs/Kungshamn	offentlig
129 Primärvårdsrehab Gamlestadstorget, Göteborg	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning

Tabell 21. Enheter anslutna till BOA-registret per den 30 april 2013.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Västra Götaland forts.	136 Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	privat
	143 Eken Sjukgymnastik, Kålleröd	privat
	146 Primärvårdsrehab, Mariestad	offentlig
	153 Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla	privat
	161 I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	privat
	170 Sjukgymnastiken Tjörn	offentlig
	175 Primärvårdsrehab Gibraltar, Göteborg	offentlig
	177 NärRehab Sörhaga, Alingsås	offentlig
	178 NärRehab, Lerum	offentlig
	179 Ågårdsskogens VC, Lidköping	offentlig
	181 Primärvårdsrehab Angered	offentlig
	191 Primärvårdsrehab Lilla Edet	offentlig
	193 NärRehab Ängabo, Alingsås	offentlig
	200 Sjukgymnastiken, Stenungsund	offentlig
	204 Distriktsjukgymnastiken Tanum	offentlig
	217 Carema Rehab, Henån	privat
	230 Samrehab Mark/Svenljunga	offentlig
	235 Primärvårdsrehab Frölunda, Västra Frölunda	offentlig
	236 Älvängen Fysioterapi	privat
	238 Aktiv Sjukgymnastik, Mölndal	privat
	247 Primärvårdsrehab Skövde	offentlig
	250 Primärvårdsrehab Olskroken, Göteborg	offentlig
	252 Orust Rehab och friskvårdscenter, Henån	privat
	269 Primärvårdsrehab Majorna, Göteborg	offentlig
	272 Kungälv Sjukgymnastik	privat
	283 Närhälsan Tibro Rehabmottagning	offentlig
285 Karlsborg vårdcentral	offentlig	
Örebro	51 Hallsbergs Vårdcentral	offentlig
	196 Kumla VC	offentlig
Östergötland	17 Rörelse och hälsa Linköping	offentlig
	50 Motala Lasarett	offentlig
	58 Rehab Finspång	offentlig
	74 Hageby Vårdcentral, Norrköping	offentlig
	90 Rehab Öst, Valdemarsviks Vårdcentral	offentlig
	130 Rehab Support, Linköping	privat
	131 Rehabpartner i Söderköping AB	privat
171 Må Bra Rehab AB, Motala	privat	

¹ Företagshälsovård

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2012

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2013. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning



Registercentrum Västra Götaland
BOA-registret
413 45 Göteborg

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALAND REGISTERCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Registercentrum Västra Götaland är ett kunskapscentrum för kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registercentrum har uppdrag från SKL att ge Nationella kvalitetsregister stöd med utveckling, drift och användning av kvalitetsregister. Här ingår även att främja kvalitetsutveckling och forskning med hjälp av register.

www.registercentrum.se