



**BOA-registret**

# Årsrapport 2013

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros



# Årsrapport 2013 års resultat

BOA-registret – Registercentrum Västra Götaland, [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se)

## Registerhållare

### **Carina Thorstensson**

Sjukgymnast, Med Dr  
Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
[carina.thorstensson@registercentrum.se](mailto: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](mailto: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](mailto:ingrid.stenhagen@registercentrum.se)  
[inga-lill.robertsson@registercentrum.se](mailto:inga-lill.robertsson@registercentrum.se)

## Statistiker

### **Nabi Pirouzi**

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
[nabi.pirouzi@registercentrum.se](mailto:nabi.pirouzi@registercentrum.se)

## Sektionschef statistik

### **Peter Gidlund**

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
[peter.gidlund@registercentrum.se](mailto:peter.gidlund@registercentrum.se)

## Projektledare

### **Anneli Ambring**

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
[anneli.ambring@registercentrum.se](mailto:anneli.ambring@registercentrum.se)

## Utgivare

### **Carina Thorstensson**

BOA-registret  
Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg

## Huvudman

Västra Götalandsregionen  
413 45 Göteborg

ISBN 978-91-979909-3-6

ISSN 2001-1067

Tryckår 2014





# Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Sammanfattning .....	5
Deltagande och rapportering .....	10
Validering av data .....	15
Deskriptiva data .....	16
Antal patienter .....	16
Kliniska karakteristika .....	18
Tidigare åtgärder .....	27
Patienter som avbryter .....	32
Förbättringsområden, målnivåer och kvalitetsindikatorer .....	34
Resultat .....	40
EQ5D .....	40
VAS Smärta .....	42
Tilltro till sin förmåga att påverka smärta och symtom .....	44
Rädsla att leden tar skada av fysisk aktivitet .....	45
Otillräcklig fysisk aktivitet .....	46
Andel med daglig smärta .....	47
Förbrukning av ledrelaterade läkemedel .....	49
Önskan om operation .....	50
Genusperspektiv .....	50
Vad tycker patienterna om artrosskolan .....	51
Deltagande i artrosskolan .....	52
Tvåårsuppföljning .....	55
Praxis .....	55
Förbättringsarbeten i BOA .....	66
Patientmedverkan .....	71
Forskningsprojekt i BOA .....	72
1177 Vårdguiden .....	74
På gång i BOA .....	75
Diskussion .....	77
BOAs tre verksamhetsgrenar .....	82
Fakta om BOA .....	85
Kontaktpersoner .....	86
Medverkande enheter .....	87
Case-mix och Värdekompasser .....	97–125



# Inledning

BOA-registret, för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, försätter framgångsrikt att förbättra livskvaliteten för allt fler patienter med artros. Det är glädjande att konstatera att vi i denna fjärde årsrapport nu har ett så stort underlag i registret att vi kan redovisa alla resultat på landstingsnivå. Faktum är att antalet enheter nu är så stort att årsrapporten skulle bli lika tjock som en gammaldags telefonkatalog om vi skulle trycka alla tabeller och figurer på enhetsnivå. Med hänsyn till både miljön och läsaren väljer vi därför att publicera alla enhetstabeller och figurer på [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se). Trots att verksamheten expanderar kraftigt från år till år ser resultaten fortfarande lika bra eller ännu bättre ut. Patienter med artros är en av de största diagnosgrupperna som besöker primärvården. Vi ser ett allt större intresse från landsting och regioner som vill erbjuda sina invånare med artros en evidensbaserad behandling och dessutom kunna följa och förbättra resultaten genom BOA-registret.

2013 års rapport omfattar 295 enheter och totalt 25 161 patienter. Då årsrapporten sammanställs (april 2014) är antalet enheter som är anslutna till registret 375.

Artrosskolan och BOA-registret riktar sig främst till den majoritet av alla patienter med artros som aldrig kommer ifråga för protesoperation. Det har tidigare saknats strukturerat omhändertagande av patienter med artros långt innan ledprotesoperation är aktuellt och variationen i omhändertagande inom landet är stor. BOA-registret har fångat upp och påvisat 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.

Vid årsskiftet 2013/2014 bytte professionen sjukgymnaster namn till fysioterapeuter och det finns möjlighet att ansöka om ny legitimation hos Socialstyrelsen. Eftersom fysioterapeuter är den största yrkeskategorin som både rapporterar in och hämtar ut data ur BOA-registret känns det som ett naturligt steg att vi även i denna årsrapport använder oss av termen fysioterapeut. I avsnittet om pågående forskning presenteras kollegorna dock som sjukgymnaster, eftersom vi inte har kännedom om vilka som bytt yrkesbeteckning.

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 fysioterapeut, 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 hälsa. BOA-registret innehåller främst patientrapporterat utfall som underlag för kvalitetsförbättring i vården. Fysioterapeuten rapporterar vilken behandling patienten fått tidigare samt följsamhet till intervention. Data på enhetsnivå 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 kliniknivå. Resultaten bör därför ses som preliminära och tolkas med försiktighet. Alla resultat är parade data, det vill säga enbart patienter med kompletta data från nybesök och uppföljning inkluderas i resultaten. Resultat presenteras separat för höft och knä. Indelningen efter mest besvärande led baseras på fysioterapeutens 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 kliniknivå och jämförs med rikets genomsnitt. Detta är de enda resultat som presenteras på enhetsnivå i den tryckta versionen, sist i denna årsrapport.

Vi hoppas att BOAs fjärde 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 fysioterapeutisk intervention – artrosskola. I artrosskolan omsätts den vetenskapliga evidensen för information och träning vid höft- och knäartros till klinisk praxis. Artrosskolan leds av fysioterapeut, 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 54% av befolkningen över 45 år i Sverige, söker 7% av befolkningen över 45 år läkare i primärvården på grund av höft- eller knäartros minst en gång under en femårsperiod, eller 1,5% per år. 7% av landets befolkning över 45 år motsvarar 308 691 personer. Det skulle då vara den totala "artrospopulationen" i Sverige som söker vård minst en gång under en femårsperiod. Då har vi inte räknat med alla dem som söker med ont i knä eller höft som ännu inte fått någon diagnos.

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. 2013 års rapport omfattar 295 enheter och totalt 25 161 patienter. Samtliga landsting har sedan 2012 enheter som rapporterar till registret. Då årsrapporten sammanställs (april 2014) är antalet enheter som är anslutna till registret 376.

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 fysioterapeutisk 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 en ökning med tio procentenheter efter ett år

Målen är medvetet högt ställda, men fullt möjliga att uppnå på lite sikt om varje enhet strävar efter att förbättra sina resultat. En förutsättning för att kunna förbättra resultaten är att varje enhet vet vilket utgångsläge de har och funderar över vilka faktorer som kan tänkas påverka resultaten i positiv riktning. Detta har åtta enheter från olika delar av landet jobbat aktivt med under sex månader. Samtliga enheter var eniga om att det var ett lärorikt arbete och många upptäckte att det var helt andra saker än vad man först trodde som behövde åtgärdas först; Om inte processer och rutiner kring rapportering fungerar får man inga tillförlitliga resultat att hämta ut. Genom att hämta ut och följa sina resultat kan man identifiera eventuella försämringar som inträffar mellan tre och tolv månader och vidta åtgärder för att bibehålla ett gott resultat.

Från vår användarenkät framgår det att många upplever en frustration över den tid det tar att registrera, vilket gör att registrering kan prioriteras bort. Intresset för att registrera och därmed följa sina resultat av behandling minskar också när ledningen inte efterfrågar resultat. Kunskapen om hur man kan använda kvalitetsregister i förbättringsarbete är fortfarande låg hos verksamhetschefer inom rehabilitering.

Tidigt insatta åtgärder vid artros, innan besvären blir för svåra, har störst möjlighet att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. En förhoppning är att patienterna ska söka fysioterapeut direkt med sina ledbesvär. Det är fortfarande endast en liten andel patienter som gör så, men tendensen går åt rätt håll. Vi vet att många har haft besvär i många år innan de får adekvat hjälp, även om trenden över tid visar att vi 2013 når patienterna något tidigare i sjukdomsförloppet. 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. 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. Här har det inte skett några stora förändringar ännu, även om det syns en viss variation mellan landsting/regioner. Genom artrosskolan vill vi minska andelen patienter med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå. Fysisk inaktivitet och rädsla för att skada leden ytterligare genom träning är mycket

vanligt bland patienter med artros, vilket i sin tur ökar risken för inaktivitetsrelaterade sjukdomar. Världshälsorganisationen WHO har föreslagit att alla vuxna ska vara fysiskt aktiva med minst måttlig intensitet minst 150 minuter per vecka. Vi ser att andelen patienter med otillräcklig fysisk aktivitet minskar från 31% till 22%. Spridningen i resultat är stor mellan landsting/regioner.

Nu tar vi hand om drygt 15% av alla över 45 år som förväntas söka vård på grund av artros i höft eller knä i artrosskolan. Genomsnittet beräknat på uppgifter från de femton landsting och regioner som har inkommit med uppgifter visar att 63% av de enheter som bedriver artrosskola rapporterar till registret. Det är en ökning med sju procentenheter sedan 2012. I genomsnitt har 79% av patienterna som gått artrosskolan under 2013 registrerats, vilket är ungefär detsamma som föregående år, då motsvarande siffra skattades till 77%. 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. I BOA-registret är svarsfrekvensen hög. Varje enskild fråga har mer än 97% svarsfrekvens. Under 2013 har utskick och påminnelser varit fördröjda på grund av resursbrist. Trots sena eller uteblivna påminnelser besvarade i snitt 78% av patienterna frågeformuläret för ettårs-uppföljningen under 2013.

I BOA innebär patientsamverkan bland annat ett konkret samarbete med Reumatikerförbundet och med representanter för de patienter som utgör målgrupp för artrosskolan. Ett av teoritillfällena i artrosskolan ledes 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 artrosinformatören, som kan tala om att fysisk aktivitet fungerar. På samma sätt som BOA utbildar alla fysioterapeuter och arbetsterapeuter som ska hålla artrosskola utbildar Reumatikerförbundet alla artrosinformatörer som medverkar i artrosskolan. Utbildningen syftar till att artrosinformatören på ett pedagogiskt sätt ska kunna tala om och initiera samtal kring hur en aktiv livsstil kan påverka hälsa och ledbesvär. Fysioterapeut med erfarenhet av artrosskola medverkar i utbildningen av artrosinformatör, och artrosinformatör medverkar i utbildningen för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

På flera håll i landet har artrosskolan blivit rutin i vården och ortopedkirurgen skickar tillbaka remisser på patienter som inte träffat fysioterapeut 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. BOA har systerprojekt i Danmark och Norge och ingår i ett internationellt nätverk av länder som aktivt arbetar för att implementera evidensbaserade riktlinjer i vården.

Resultaten i denna rapport redovisas uppdelat för patienter som anger mest besvär från höfter respektive knän. Patienter med besvär från både höft och knä kategoriseras utifrån den led som fysioterapeuten 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. Patientunderlaget kan skilja sig betydligt mellan olika kliniker. I BOA-registret ingår 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 fysioterapeutisk 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 finns kontaktpersoner i flera landsting och regioner som kan ge support 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**

- Ungefär 15% av det totala antalet patienter över 45 år som söker sjukvården på grund av artros per år i Sverige tas om hand i artrosskola och registreras i BOA-registret.
- Knappt två av hundra patienter i artrosskolan kommer direkt till artrosskolan, utan att ha sökt annan vård tidigare.
- Patienterna har haft sina symtom i genomsnitt i fyra år innan de kommer till artrosskolan. Det är stora variationer mellan landsting och stor spridning i materialet.
- 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.
- Andelen patienter som anger att de har ont varje dag eller alltid minskar efter tre månader för höft- och knäartros med 24% respektive 22%.
  - » Efter ett år är andelen som har mer eller mindre ständig smärta fortfarande 20% respektive 27% lägre än vid nybesök.

- Smärtintensiteten minskar efter tre månader för höft- och knäartros med 21% respektive 24%.
  - » Efter ett år finns det en kvarstående förbättring med 15% respektive 20%.
- Efter tre månader ökar EQ5D i genomsnitt med 0,07 för patienter med knäartros och 0,06 för dem med höftartros. Efter ett år är den genomsnittliga förbättringen 0,05 för knäartros och 0,02 för höftartros jämfört med nybesök. Variationen mellan enheter är stor, vilket utgör en god grund för lokalt förbättringsarbete.
- Andelen patienter med otillräcklig fysisk aktivitet för att bibehålla hälsan minskar från 31 till 22% efter artrosskolan.
- Var femte patient är rädd att leden ska ta skada av fysisk aktivitet innan artrosskolan. Efter artrosskolan har andelen minskat till var tjugonde patient.
- 93% av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med artrosskolan efter tre månader. Efter ett år är andelen 85%.
- 93% av patienterna uppger efter tre månader att de använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka. Efter ett år är motsvarande andel 75%.
- Jämtland tar hand om och registrerar flest patienter i relation till befolkningen i länet, följt av Gotland och Östergötland. Östergötland, Kalmar och Halland har tappat ett antal registreringar jämfört med föregående år. I Halland minskade antalet registrerade patienter med 38%.
- Stockholm, Västra Götaland, Östergötland och Skåne svarar tillsammans för mer än hälften av de patienter som registrerats under 2013.
- En tredjedel av patienterna som påbörjar artrosskolan har inte registrerats för uppföljningsbesök. Det kan till en mindre del bero på att patienterna är mitt i en pågående artrosskola. Majoriteten beror sannolikt på uteblivna registreringar eller missade besök. Denna andel varierar stort mellan landsting.
- Av de patienter som anger att de har varit hos fysioterapeut för sina aktuella besvär tidigare har endast 15% av patienterna med höftartros och 23% av patienterna med knäartros erbjudits adekvat grundbehandling (information och anpassad träning).
- 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.
- 13% av dem med knäartros och 8% av dem med höftartros uppger att de är sjukskrivna för sina besvär före artrosskolan.
- Bland patienter med höftartros är cirka 65% överviktiga eller feta. Motsvarande siffra för patienter med knäartros är 80%.
- Det är vanligt med artros i flera leder. Endast var tredje patient i artrosskolan har unilaterala besvär. Var tredje patient med artros i höft eller knä har också besvär från hand eller fingerleder.
- Samsjuklighet är mycket vanligt vid artros. Sex av tio med höftartros och fyra av tio med knäartros anger att de har nedsatt gångförmåga på grund av besvär från både höft och knä, eller av andra orsaker än höft- eller knäbesvär. Artrosskolan har endast begränsad möjlighet att påverka dessa andra orsaker.
- Kvinnor har oftare besvär från händer i tillägg till höft eller knä, medan en större andel män i registret enbart har besvär från en led. Männen i registret verkar således ha en lindrigare ledsjukdom än kvinnorna.
- Jämfört med kvinnor är en dubbelt så stor andel av männen rädda att leden tar skada av fysisk aktivitet.
- Män vill oftare bli opererade. Var sjätte kvinna och var fjärde man har så mycket besvär att de helst vill bli opererade.
- Män avbryter artrosskolan något oftare än kvinnor, oavsett om anledningen är operation eller något annat.



- Ungefär 75% av patienterna i registret anger att de tar ledrelaterade läkemedel.
- 8% 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.
- 34% av kvinnorna och 26% av männen äldre än 75 år anger att de tar NSAID för sina ledbesvär. NSAID kan medföra en ökad hälsorisk efter 75 års ålder.
- 25% av patienterna slutar att ta ledrelaterade läkemedel efter tre månader. 28% tog inga ledrelaterade läkemedel vid första besök men har tagit det vid tremånaders uppföljning. För somliga landsting sker en minskning och för andra en ökning av den totala andelen som tar ledrelaterade läkemedel efter artrosskola. Ökningen kan till viss del bero på att patienter lär sig att smärtlindra för att kunna vara aktiva.
- 7% av patienterna i registret har fått en ny höft eller knäled inopererad inom ett år.

## Tack

BOA-registret hade aldrig varit vad det är utan hjälp från en hel rad människor. Tack till berörda på Registercentrum Västra Götaland, samt till alla som rapporterar in data och använder registret på ett eller annat sätt för att förbättra omhändertagandet av patienter med artros.

Tack också till alla de patienter som genom sina svar på frågeformulären bidrar med ny och värdefull kunskap.

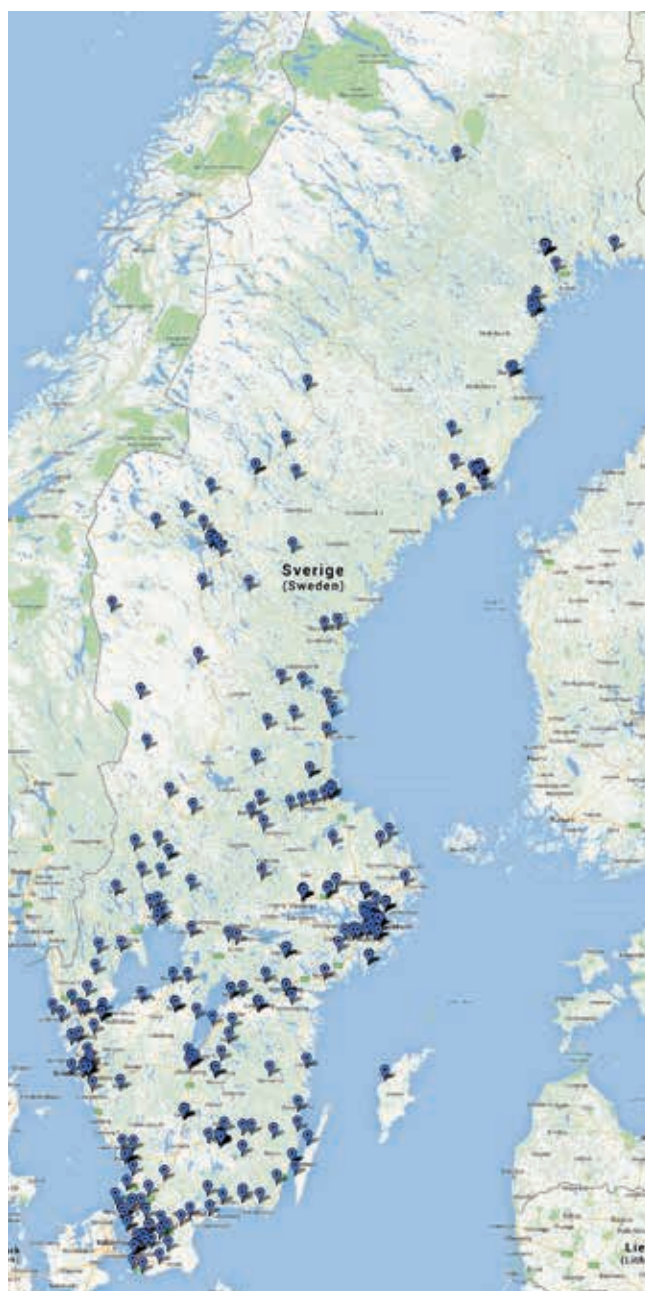
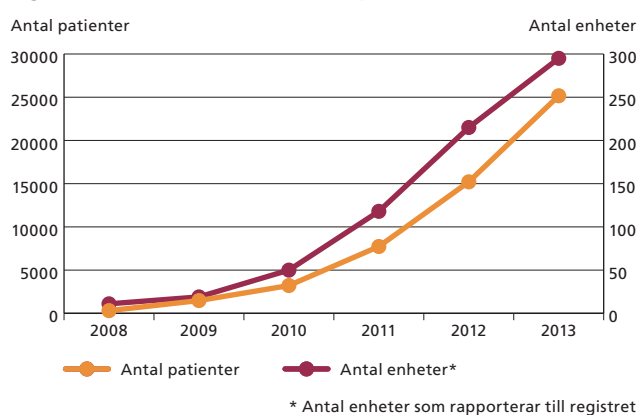
# Deltagande och rapportering

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. Täckningsgraden i BOA-registret kan beskrivas på flera sätt beroende på om BOA-registret ses som ett interventionsregister eller ett diagnosregister: **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

Sedan 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 ökat kraftigt varje år sedan starten 2008 (Figur 1). Under 2013 har 295 enheter rapporterat in patienter till BOA-registret. Störst procentuell ökning av antal registrerade patienter jämfört med föregående år ses i Västmanland och Örebro, medan Östergötland, Kalmar och Halland har backat en aning i antal registrerade patienter. Störst ökning i absoluta tal syns i Västra Götaland och Stockholm (tabell "antal som varit på nybesök"). Flera enheter är anslutna som vid utgången av 2013 inte registrerat någon patient (Tabell 1a). Ett antal enheter har slutat att rapportera till registret (Tabell 1b). Då årsrapporten sammanställs (april 2014) uppgår antalet enheter som är anslutna till registret till 375 (se Tabell 20 på sid 87). Vid utgången av 2014 kommer BOA-registret att ha utbildat drygt 1 800 fysioterapeuter och arbetsterapeuter i artrosskola och registerkunskap.

**Figur 1.** Kumulativt antal unika patienter och enheter.



**Tips!** Skanna av QR-koden med din smartphone så kommer du direkt till kartan och mottagningarnas kontaktuppgifter.



Tabell 1a. Enheter som inte har registrerat någon patient alls till och med 2014-02-14.

LANDSTING	Enhet
Stockholm	AW Hälsa - Artrosmottagningen, Danderyd
	Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga
	Primärvårdsrehab Östermalm, Stockholm
	Fysiocenter Odenplan, Stockholm
	Reagera klinikerna Nykvarn
	Rehab City Kungsholmen, Stockholm
	Sickla Hälsocenter, Nacka
	Rehabcentrum Bromma
	Södermalm Rehab Södra, Stockholm
	Aleris Rehab Skärholmen
Uppsala	Östhammars VC
	Flogsta vårdcentral, Uppsala
	Familjeläkarna Bålsta
	Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
	Ture Ålander läkarpraktik, Uppsala
Gottsunda vårdcentral	
Sörmland	Vårdcentralen Oxelösund
	Vårdcentralen Flen
	Vårdcentralen Strängnäs
	Vårdcentralen Mariefred
Östergötland	Rörelse och Hälsa – Kisa, Åtvidaberg, Österbymo
Jönköping	Apladalens VC, Värnamo
	Vråens vårdcentral, Värnamo
	Bankeryds vårdcentral
Kronoberg	Primärvårdsrehab, Lenhovda
Kalmar	Samrehab Hultsfred
	Distriktsrehab Kalmar
	Distriktsrehab Torsås
Skåne	City Rehab, Lund
	Capio Citykliniken, Helsingborg
	Gerdahallens sjukgymnastik, Lund
	Vårdcentralen Löddeköpinge
	Vårdcentralen Vä, Kristianstad
	Novakliniken Ystad
Vårdkliniken Ängelholm	
Halland	Capio Citykliniken, Halmstad
Västra Götaland	Stay active Trollhättan
	Eken Sjukgymnastik, Kålleröd
	Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla
	Älvängen Fysioterapi
	Närhälsan Hjo vårdcentral
	Närhälsan Gullspång rehabmottagning
	Närhälsan Falköping rehabmottagning
	Närhälsan Vara rehabmottagning
	Närhälsan Nossebro rehabmottagning
	Västmanland
CityPraktiken, Västerås	
Västerås Rehab Center AB	
Sjukgymnasterna på Odensvi, Västerås	
Hallstahammar vårdcentral	
Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta	
Erikslunds Sjukgymnastik Västerås	
Palmgrens Sjukgymnastik, Sättra Brunn	

LANDSTING	Enhet
Dalarna	Vårdcentralen Läkarhuset, Borlänge
	Vårdcentral Vansbro
Gävleborg	Sjukgymnastiken Omkretsen, Gävle
	Hofors Din Hälsocentral
Västernorrland	Hälsocentralen Ankaret, Örnköldsvik
Västerbotten	Umeå Fysiocenter AB
	JA Fysioterapi, Skellefteå
	Rehab Center AB, Umeå
	Nordmalings Hälsocentral
Norrbotten	Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden
	Kalix vårdcentral

Tabell 1b. Enheter som har rapporterat tidigare men som inte har registrerat någon patient under 2013.

LANDSTING	Enhet
Stockholm	AktivaRe – Primärvårdsrehab Österåker, SLSO
	Hälsopoolens Rehabklinik AB, Stockholm
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd
	Sollentuna Rehabgrupp
Östergötland	Må Bra Rehab AB, Motala
Kalmar	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar
Blekinge	Kallinge Vårdcentral
Blekinge	Ronneby Vårdcentral
Region Skåne	Berga läkarhus, Helsingborg
	Bjärreds Vårdcentral
	Brahehälsan Löberöd
	Nöbbelöv Vårdcentral
	SUS, Malmö
Halland	Tudorkliniken, Halmstad
Västra Götaland	Kungälv sjukhus
	SU/Mölnadal
Dalarna	Särna Vårdcentral
	Älvdalen VC
Gävleborg	Edsbyn och Alftra Hälsocentral
	Hälsocentralen Delsbo
	Sjukgymnastiken Västra, Sandviken
Jämtland	Fjällhälsan Hede/Vemdalen
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå
	Hälsocentralen Tre älvar
	Mariehems Hälsocentral, Umeå
	NUS Umeå
	Umeå Smärtmottagning
	Vännäs Hälsocentral
Norrbotten	Sunderby sjukhus

För kommentarer angående enheter, se Tabell 20 (sid 87).

### 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. Vi fick in uppgifter från 15 landsting (Tabell 2). Kontaktpersonsuppdraget för Västra Götaland är uppdelat på tre zoner och två av dessa tre poster är vakanta. I område 1 (södra delen, Göteborg med omnejd) finns det artrosskolor vid 25 enheter, varav 21 (84%) rapporterar till registret. I Region Skåne registreras ett stort antal patienter vid 22 enheter. Det saknas uppgifter om hur många enheter som bedriver artrosskola i Region Skåne. Genomsnittet beräknat på de landsting och regioner som har inkommit med uppgifter visar att 63% av de enheter som bedriver artrosskola rapporterar till registret. Det är en ökning med sju procentenheter sedan 2012.

Det är också svårt att uppskatta hur stor andel av alla patienter som går artrosskolan som registreras (completeness). Besök hos fysioterapeut i primärvård registreras inte regelmässigt i vårddatabaser. Många journalsystem har inte "artrosskola" som sökord, vilket gör det svårt att göra en matchning mot hur många patienter som journalförts som deltagare i artrosskola. Det finns ännu ingen åtgärdskod (KVÅ-kod) för artrosskola i Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder. KVÅ-koder är obligatoriska att redovisa till Socialstyrelsens hälsodataregister och kan användas för att validera täckningsgrad i kvalitetsregister. 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 inklusionskriterierna för registrering i BOA.

Skälet till att de inte inkluderas är att frågor om hälso-relaterad livskvalitet och smärta i patientens frågeformulär då sannolikt besvaras utifrån hur andra sjukdomar påverkar snarare än påverkan från 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 bitt kontaktpersoner att inhämta uppgifter på hur många patienter som gått artrosskola från så många enheter som möjligt per landsting. Vi fick uppgifter från åtta landsting (Tabell 2). Ett medelvärde beräknat på dessa uppgifter visar att 79% av patienterna som gått artrosskolan under 2013 också har registrerats, vilket är ungefär detsamma som föregående år, då motsvarande siffra skattades till 77%.

För att kunna lita på resultaten i registret krävs det dessutom en god datakvalitet. I BOA-registret är svarsfrekvensen hög. Varje enskild fråga i patientformuläret har mer än 97% svarsfrekvens och motsvarande siffra för fysioterapeutens frågor är mer än 98%. Efter ett år skickas frågeformuläret per post till patienten följt av en påminnelse till dem som inte svarat. Under 2013 har utskick och påminnelser varit fördröjt på grund av resursbrist. Trots sena eller uteblivna påminnelser besvarade i snitt 78% av patienterna frågeformuläret för ettårsuppföljningen under 2013. Motsvarande siffra under 2012, efter en påminnelse, var 89%.



Tabell 2. Antal artrosskolor och antal patienter som registreras per landsting.

	Enheter som driver artrosskola	Enheter som rapporterar till BOA	Andel som rapporterar till BOA	Uppskattad andel patienter som registreras av det totala antalet som går artrosskola
LANDSTING	Antal	Antal	%	%
Stockholm	Uppgift saknas			
Uppsala	Uppgift saknas			
Sörmland	Uppgift saknas			
Östergötland	6	5	83,0	67,0–96,0
Jönköping	6*	3	50,0	50,0
Kronoberg	16	15	94,0	75,0
Kalmar	10	10	100,0	Uppgift saknas
Gotland	1	1	100,0	97,0
Blekinge	Uppgift saknas			
Region Skåne	Uppgift saknas			
Halland	12	6	50,0	37,0 (norr)–95,0 (söder)
Västra Götaland**	25	21	84,0	Uppgift saknas
Värmland	18	11	61,0	41,0
Örebro	28	9	32,0	Uppgift saknas
Västmanland	35	35	100,0	Uppgift saknas
Dalarna	21	5	24,0	97,0
Gävleborg	8	2	25,0	Uppgift saknas
Västernorrland	12	3	25,0	Uppgift saknas
Jämtland	21	19	90,0	97,0
Västerbotten	17	4	24,0	95,0
Norrbottn	Uppgift saknas			

\* Privata ej medräknade.  
 \*\* Område 1, Göteborg med omnejd.

## Projekt för ökad täckningsgrad

Under 2014 är BOA-registret ett av 10 register som har fått bidrag av Sveriges Kommuner och Landsting för att arbeta med att förbättra täckningsgraden. Projektledare är Rita Sjöström, Jämtland, som tidigare har varit projektledare för arbetet med att implementera artrosskolor och BOA-registret i Jämtlands län. Initialt består detta arbete främst av att inventera och kartlägga användandet av BOA-registret, framför allt via landstingens/regionernas kontaktpersoner. Målet med arbetet är att de som har artrosskola ska registrera samt att motivera dem som registrerar att använda registerdata i verksamheten i förbättringsarbete och för att säkra vården.

## Antal vård sökande med höft- och knäartros

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 hos individer i befolkningen som levt länge med sin sjukdom utan att ha fått adekvat behandling.

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 landsting/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 femårsperiod (2009–2013). Eftersom diagnosen artros ofta inte ställs förrän förändringar blir synliga på röntgen har vi bett att dessutom få separat statistik för antalet individer som söker på grund av ledvärk (diagnoskod M25.5).

Med hjälp av statistik från vårddatabaser i Stockholm, Västra Götaland, Östergötland, Region Skåne och Kalmar (Tabell 3 på nästa sida) har vi uppskattat antalet vård sökande med artros i landet i åldersgruppen över 45 år. Statistik från Kalmar län visar att 18 025 unika individer uppsökte primärvården (ej privata vårdgivare) under femårsperioden med huvuddiagnos ledvärk eller artros i höft eller knä.

Antalet för artros och ledvärk är inte möjligt att separera. På grund av byte av journalsystem är statistiken för de första 18 månaderna inte komplett, men totalt representerar siffran under perioden ändå 15,2% av befolkningen över 45 år. Kalmar är inte medräknat i skattningarna nedan.

Den 31 december 2013 var 4 301 841 personer i Sverige äldre än 45 år, enligt Statistiska Centralbyrån. Stockholm, Östergötland, Västra Götaland och Region Skåne svarade tillsammans för 54% av antalet invånare i denna åldersgrupp. Om vi antar att antalet individer med diagnos artros i höft och knä som söker öppenvård fördelar sig ungefär likadant som befolkningen kan vi anta att det sammanlagda antalet individer som söker öppenvård i dessa fyra landsting/regioner (166 693) representerar cirka 54% 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 308 691 (166 693/0,54) personer, eller cirka 7% av befolkningen över 45 år. Det verkar rimligt sett till statistiken från de olika landstingen/regionerna. Om vi antar att besöken fördelar sig jämnt över tid betyder det att cirka 61 750 personer, eller 1,5% av befolkningen över 45 år, söker öppenvård varje år på grund av artros i höft eller knä. Så har det sett ut även under 2011 och 2012 baserat på de skattningar vi gjorde då.

Enligt [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) hade Västra Götaland 93 644 läkarbesök i öppenvård under 2013 medan Region Skåne hade 59 687. Den statistik som vi fått från vårddatabaserna i Västra Götaland och Region Skåne anger att 22 190 respektive 16 951 besök under 2013 var relaterade till diagnos artros i höft eller knä. Det betyder att 17%, eller vart sjätte besök av alla läkarbesök i primärvården i Västra Götaland under 2013 var relaterade till artros i höft och knä, medan motsvarande siffra i Region Skåne var 28%, eller vart fjärde läkarbesök i primärvård.

### Täckningsgrad per landsting – Andel av befolkningen över 45 år som söker för artros och registreras i BOA

Baserat på skattningar från vårddatabaser under 2011, 2012 och 2013 har vi beräknat att 1,5% av befolkningen äldre än 45 år söker läkare i 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. Dessutom uppsöker patienter andra personalkategorier som är primärinstanser i primärvården och som sätter diagnoserna artros i höft- eller knä. Dessa patienter är inte medräknade.

Från Statistiska Centralbyrån har vi hämtat befolkningsstatistik för åldersgruppen över 45 år per den 31 december 2013 fördelat på landsting. Vi har därefter beräknat hur många individer som motsvarar 1,5% av befolkningen över 45 år per landsting. Detta utgör det skattade antalet som söker primärvården varje år med artros i höft eller knä som första diagnos. 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).

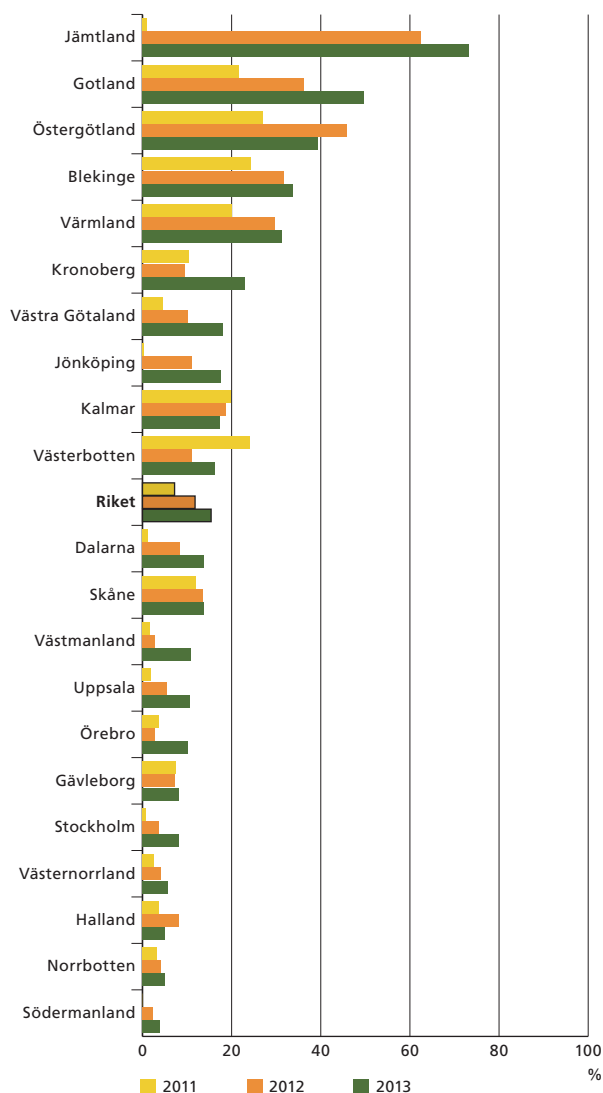
Målet är att alla som söker primärvård med höft och knäartros ska erbjudas artrosskola om de inte redan har gått. BOA har inkluderat 25 161 patienter under de fyra verksamhetsår som registret funnits (2010–2013), vilket motsvarar 8,2% av "artrospopulationen" (se föregående stycke). Med den nuvarande årliga kapaciteten på cirka 10 000 patienter nådde vi uppskattningsvis 16% av alla som sökte öppenvård med diagnos höft eller knäartros under 2013.

**Tabell 3.** Antal unika individer som sökt primärvård minst en gång under perioden 2009 – 2013 med huvuddiagnos artros i höft eller knä, eller ledvärk. Siffrorna bygger på statistik från lokala vårddatabaser.

LANDSTING	Antal unika individer med huvuddiagnos Artros höft eller knä (M16/M17) i vårddatabas 2009–2013	Andel av befolkning över 45 år (%)	Antal unika individer med huvuddiagnos Ledvärk (M25.5) i vårddatabas 2009–2013	Andel av befolkning över 45 år (%)
Stockholm	48827	5,7	131 129	15,2
Västra Götaland	50266	7,0	118 195	16,6
Östergötland	20611	10,5	43 065	22,0
Skåne	46989	8,4	73 124	13,1
Kalmar	–	–	18 025 *	15,2

\* Antal gäller både artros och ledbesvär.

**Figur 2.** Andel som tagits omhand i artrosskola av det skattade antalet i befolkningen över 45 år som söker vård på grund av artros i höft eller knä, per landsting.



## 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 fysioterapeutens mottagning vid första besöket och vid uppföljningsbesök efter 3 månader. Svaren matas in i registret av fysioterapeuten, eller i vissa fall av administrativ personal. Efter ett år skickas frågeformuläret till patienten per post tillsammans med ett frankerat svarskuvert. Fysioterapeuten svarar på frågor om tidigare undersökning och behandling, samt följsamhet till interventionen.

## 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 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 fysioterapeutmottagningen i allmänhet är lugnare och det kan finnas tid att kontrollera och korrigera data.

Inför produktionen av 2013 års årsrapport utfördes en rad ytterligare kontroller av inmatade data för att säkerställa datakvalitet. "Omöjliga" datum (exempelvis besöksdatum framåt i tiden), dubletter och saknade värden identifierades och granskades i mer detalj. Somliga data kunde av olika skäl inte rättas och slutligen återstod 3 individer som hade extrema eller saknade datumangivelser. För 456 individer saknades patientformuläret från första besöket och 55 registreringar hade dubletter. Dessa togs bort ur datasetet före sammanställningen av årsrapporten.

# Deskriptiva data

I detta kapitel beskriver vi patienterna i registret med hänsyn till en rad faktorer som exempelvis ålder, BMI, civilstånd och andel rökare, men också hur länge de har haft sina besvär innan de kom till artrosskolan och vilka undersökningar och behandlingar de har fått sedan tidigare.

## Antal patienter

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 25 161 patienter som varit på minst ett besök hos fysioterapeuten före den 31 december 2013. Av dessa har 9 958 (40%) registrerats för besök under 2013 (Tabell 4). 30% bedömdes av fysioterapeuten ha mest besvär från sina höfter och 70% bedömdes ha 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 led besvär. Indelningen i höft- och knäartros baseras på fysioterapeutens bedömning vid första besök och i de flesta fall stämmer det med vad patienten upplever. Sammantaget angav enbart 421 patienter mest besvär från en annan led än vad som framkom vid fysioterapeutens undersökning och bedömning.

Efter tre månader angav 313 patienter att de inte längre hade några besvär. Motsvarande siffra efter tolv månader var 249. Deskriptiva data för dessa individer visade inga större skillnader i ålder, kön eller BMI, men de hade i större utsträckning besvär från endast en led (andel Charnley A för dem som var besvärsfria vid tre månader var 58% och vid tolv månader 55%) och oftast knäleden (data visas ej). Sjutton patienter var besvärsfria både vid tre och tolv månader.

**Tabell 4.** Antal personer som registrerats för ett första besök i artrosskola per landsting.

LANDSTING	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013
Stockholm	15	101	460	1 047
Uppsala	0	42	117	231
Sörmland	0	0	46	77
Östergötland	111	774	1 331	1 155
Jönköping	0	10	258	410
Kronoberg	0	133	122	296
Kalmar	196	349	329	307
Gotland	30	93	158	219
Blekinge	37	268	354	379
Region Skåne	849	976	1 111	1 148
Halland	0	74	173	108
Västra Götaland	994	482	1 060	1 917
Värmland	549	402	602	636
Örebro	0	73	54	202
Västmanland	0	31	49	198
Dalarna	0	24	176	289
Gävleborg	19	155	150	172
Västernorrland	0	44	73	105
Jämtland	0	8	581	683
Västerbotten	392	419	197	286
Norrbotten	16	59	77	93
Riket	3 208	4 517	7 478	9 958



### Antal och andel uppföljda efter tre månader

Efter tre månader ska patienter som genomgått artrosskola erbjudas ett uppföljande besök hos fysioterapeut. Detta ska ske oavsett om patienten valt att delta i träning eller ej. I denna årsrapport har vi uppgifter från 17 371 patienter (69%) som har genomgått tre månaders uppföljning. För motsvarande siffror på landstingsnivå, se sid 26. I Tabell 5a–b syns civilstatus och andel sjukskrivna för dessa patienter. För uppgift om antal uppföljda efter tre månader per landsting hänvisas till kapitel *Förbättringsområden, målnivåer och kvalitetsindikatorer*, Figur 14, sid 39.

**Tabell 5a. Höft.** Karakteristika för patienter som varit på individuellt uppföljningsbesök efter tre månader, 2013.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven >3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
<b>Man</b>	436	361	82,8	73	16,7	413	94,7	428	98,2	31	7,1	6	1,4
<b>Kvinna</b>	1 050	711	67,7	331	31,5	960	91,4	1 013	96,5	86	8,2	31	3,0
<b>Totalt</b>	1 486	1 072	72,1	404	27,2	1 373	92,4	1 441	97,0	117	7,9	37	2,5

**Tabell 5b. Knä.** Karakteristika för patienter som varit på individuellt uppföljningsbesök efter tre månader, 2013.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven >3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
<b>Man</b>	977	796	81,5	178	18,2	915	93,7	961	98,4	109	11,2	33	3,4
<b>Kvinna</b>	2 442	1 649	67,5	788	32,3	2 234	91,5	2 373	97,2	322	13,2	103	4,2
<b>Totalt</b>	3 419	2 445	71,5	966	28,3	3 149	92,1	3 334	97,5	431	12,6	136	4,0

### Antal och andel uppföljda efter ett år

Ett årsuppföljning skickas ut från registret till samtliga patienter som har registrerats för ett första besök, fortfarande är i livet och inte har avbrutit. Uppföljningen sker ungefär tolv till fjorton månader efter det första besöket. En påminnelse skickas ut om svaret inte inkommit inom en månad. Under 2013 skickades 6 353 formulär ut för ett-årsuppföljning. På grund av resursbrist blev påminnelserna fördröjda under året och då data för årsrapporten hämtades hade påminnelserna för det andra halvåret 2013 inte skickats ut. Trots avsaknad av påminnelser svarade 4 955 patienter (78%) på ettårsuppföljningen under 2013.

## Kliniska karakteristika

### Ålder

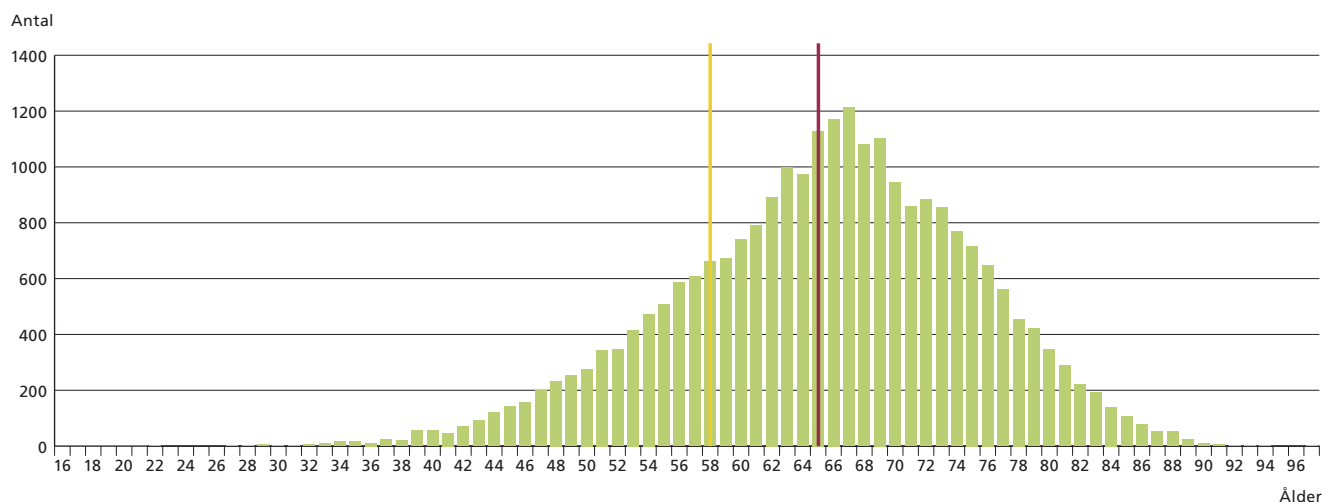
De första symtomen på artros kan ofta noteras redan vid 40-års ålder eller tidigare, även om det är vanligt att såväl den drabbade som sjukvården då söker andra förklaringar än artros. Forskning har dock visat att ihållande ledsmärta utan andra förklaringar i de allra flesta fall är första tecknet på artros. 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 i den totala populationen i BOA-registret är 65,4 år. Den yngsta individen är 22 år och den äldsta 97 år. Åldersfördelningen i hela registret kan ses i Figur 3. Den största andelen patienter (40%) i BOA-registret återfinns i åldersgruppen 65–74 år och totalt sett är 57% av patienterna i registret över 65 år (se Tabell 6). Medelåldern för män var 65,7 (SD 9,7) år och för kvinnor 65,3 (SD 9,6) år.

**Tabell 6.** Åldersfördelning i BOA-registret.

Ålder	Antal	Andel %
≤44	562	2,23
45–54	2 840	11,29
56–64	7 426	29,51
65–74	10 009	39,78
75–84	3 989	15,85
≥85	335	1,33
<b>Totalt (medel (SD))</b>	<b>25 161 (65,4 (9,6))</b>	

**Figur 3.** Åldersfördelning i BOA-registret, 2008–2013.

— Röd linje markerar aktuell medelålder i registret. — Gul linje visar registrets målnivå: att sänka medelåldern till 58 år.



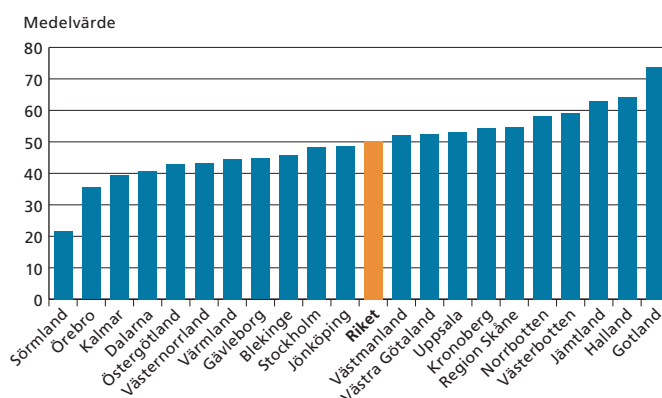
## Symtomduration

Artrosskola bör introduceras tidigt i sjukdomsförloppet för att minimera onödig påverkan på hälsorelaterad livskvalitet och fysisk funktionsförmåga. Besvären kan komma och gå och föranleder ofta inte besök i sjukvården förrän efter ett antal år då besvären leder till funktionsproblem i vardagen. I BOA-registret ser vi att de patienter som kommer till artrosskolan har haft sina besvär i genomsnitt i 4 år (Tabell 7). Spridningen är stor, med en standarddeviation på 5,9 år.

Tabell 7. Symtomduration i månader vid nybesök, landsting, (2008–2013).

LANDSTING	Antal	Medelvärde	SD
Sörmland	118	21,62	29,24
Örebro	313	35,57	61,61
Kalmar	1 109	39,44	55,58
Dalarna	487	40,67	58,20
Östergötland	3 271	42,98	62,56
Västernorrland	216	43,31	61,96
Värmland	2 106	44,47	71,09
Gävleborg	455	44,75	65,36
Blekinge	985	45,79	62,08
Stockholm	1 549	48,43	66,99
Jönköping	597	48,61	68,77
<b>Riket</b>	<b>24 277</b>	<b>50,36</b>	<b>71,70</b>
Västmanland	272	52,24	70,99
Västra Götaland	4 359	52,42	77,37
Uppsala	383	53,16	65,17
Kronoberg	540	54,47	75,80
Region Skåne	3 993	54,64	74,70
Norrbottnen	241	58,29	75,23
Västerbotten	1 230	59,14	78,49
Jämtland	1 210	62,93	76,75
Halland	349	64,17	81,95
Gotland	494	73,71	94,98

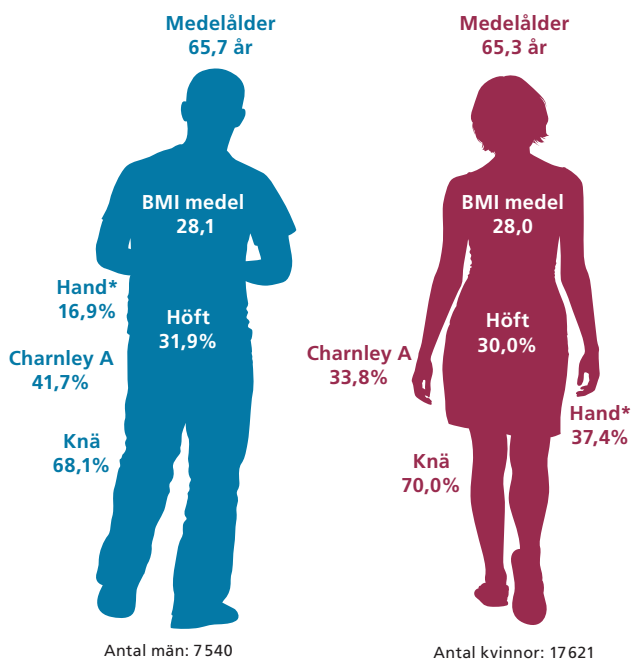
Figur 4. Symtomduration i månader vid nybesök, landsting, (2008–2013).



## Kön

Studier av artrosförekomst i befolkningen (prevalens) visar att det är något fler män än kvinnor som har artros i åldersgruppen under 45 år. Det kan bero på att män oftare utövar kontaktidrott som fotboll och handboll och där ådrar sig leddskada som kan ge tidig symptomgivande 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 och totalt sett är prevalensen av artros vanligare hos kvinnor. I BOA-registret är 70% kvinnor. Det stämmer väl med hur könsfördelningen har beskrivits i studier. I Tabell 8a–b på sid 22 redovisas andel kvinnor per landsting/enhet för höft- och knäartros.

**Figur 5.** Ålder, BMI, andel med mest besvär från höften, handbesvär och unilaterala besvär för män och kvinnor.

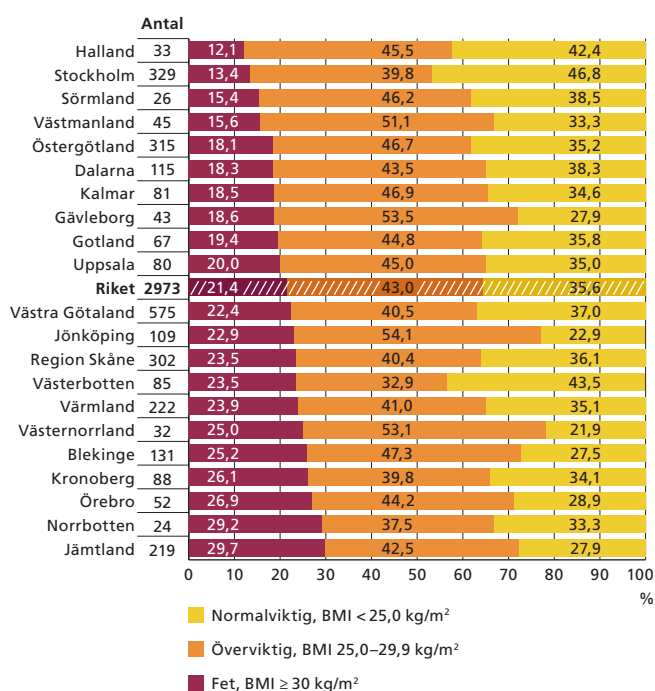
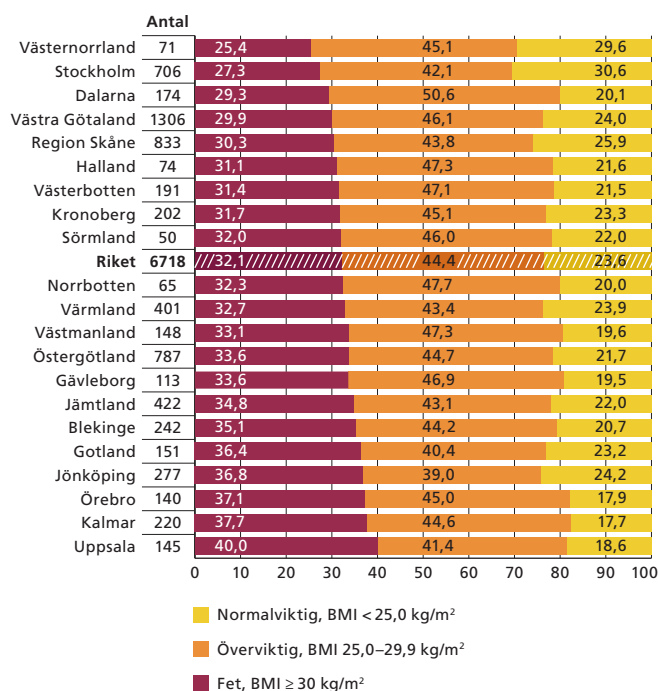


\*Andel av dem med höft eller knäbesvär som även anger besvär från hand/fingerleder.

## 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 röntgenologisk höftartros är evidensen inte lika tydlig, även om övervikt har ett starkt samband med ökade höftbesvär (symptomgivande höftartros) 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<sup>2</sup>, övervikt innebär ett BMI mellan 25,0 och 30,0 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. I somliga fall handlar det totala antalet på enhets- eller landstingnivå om relativt få patienter, vilket gör att enstaka värden får större betydelse.

Patienter med höftartros hade ett BMI på 27,0 (SD 4,3) kg/m<sup>2</sup> jämfört med 28,5 (SD 4,8) kg/m<sup>2</sup> för dem med knäartros, som framgår av Tabell 8a–b (sid 22). Var tredje patient med höftartros var normalviktig och knappt var fjärde med knäartros. En tredjedel av patienterna med knäartros var feta jämfört med en femtedel av patienterna med höftartros (Figur 6a–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. Fysioterapeuters 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 6a. Höft. Fördelning av BMI kg/m<sup>2</sup>, 2013.Figur 6b. Knä. Fördelning av BMI kg/m<sup>2</sup>, 2013.

## 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. I artrosskolan är även patienter med enbart handartros välkomna, men dessa registreras inte i nuläget. Ett utvecklingsarbete pågår för att på sikt kunna återkoppla resultat även för dem (se sid 75). De patienter som har handbesvär i tillägg till sina höft- eller knäbesvär registreras. 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 var tredje patient (29% av dem med höftartros, 32% av dem med knäartros) rapporterar att de också har besvär från sina hand- eller fingerleder (Tabell 8a–b, se nästa sida). Ett forskningsprojekt i planeringsfasen avser att studera om patienter med handartros i tillägg till höft- eller knäartros skiljer sig från dem utan handbesvär (se sid 73).

I Tabell 8a–b visas medelålder, andel kvinnor, medelvärde för BMI och andel som även anger besvär från hand-/fingerleder för de patienter som registrerats i BOA-registret per landsting. Bland patienter med knäartros är BMI något högre (28,5 kg/m<sup>2</sup> jämfört med 27,0 kg/m<sup>2</sup>) andelen kvinnor något större (70,6% jämfört med 68,8%) och det är något vanligare med handbesvär (32,2% jämfört med 29,1%). Medelåldern hos gruppen med knäartros är 0,7 år lägre än i gruppen med höftartros, (65,2 år jämfört med 65,9 år).

Tabell 8a. Höft. Antal patienter, ålder, BMI, kön och besvär från hand och finger.

Landsting	Patienter antal	Ålder medelvärde	Ålder SD	Kvinna andel (%)	BMI kg/m <sup>2</sup> medelvärde	BMI kg/m <sup>2</sup> SD	Besvär från hand-/fingerled andel (%)
Blekinge	313	66,4	8,3	76,0	27,6	4,6	31,0
Dalarna	174	65,5	10,2	67,8	26,9	4,2	18,4
Gotland	151	65,3	8,9	72,2	27,2	4,3	39,7
Gävleborg	159	66,0	9,0	72,3	27,2	4,1	27,7
Halland	111	64,2	10,8	74,8	26,3	3,9	40,5
Jämtland	449	65,7	9,5	70,2	27,6	4,4	28,3
Jönköping	204	68,1	9,4	70,1	27,2	4,2	28,9
Kalmar	334	65,8	9,6	70,4	27,2	4,2	40,4
Kronoberg	141	66,3	9,0	69,5	26,9	4,1	32,6
Norrbottn	80	65,6	8,5	75,0	28,4	4,9	26,3
Region Skåne	1103	65,6	9,5	70,3	26,8	4,4	34,0
Stockholm	519	66,7	9,2	77,5	26,2	4,1	28,5
Sörmland	39	65,8	9,6	56,4	27,2	5,3	12,8
Uppsala	125	65,6	9,9	77,6	27,4	4,1	30,4
Värmland	793	66,5	9,3	63,3	26,9	4,1	26,6
Västerbotten	422	63,9	9,9	65,9	26,8	4,4	28,0
Västernorrland	66	65,4	9,1	63,6	27,5	4,4	28,8
Västmanland	68	68,2	8,2	80,9	26,8	3,5	20,6
Västra Götaland	1397	65,7	9,8	67,6	27,2	4,6	27,0
Örebro	95	65,5	9,5	66,3	27,7	4,3	23,2
Östergötland	948	66,1	9,8	62,6	26,7	4,1	25,9
<b>Riket</b>	<b>7 691</b>	<b>65,9</b>	<b>9,6</b>	<b>68,8</b>	<b>27,0</b>	<b>4,3</b>	<b>29,1</b>

Tabell 8b. Knä. Antal patienter, ålder, BMI, kön och besvär från hand och finger.

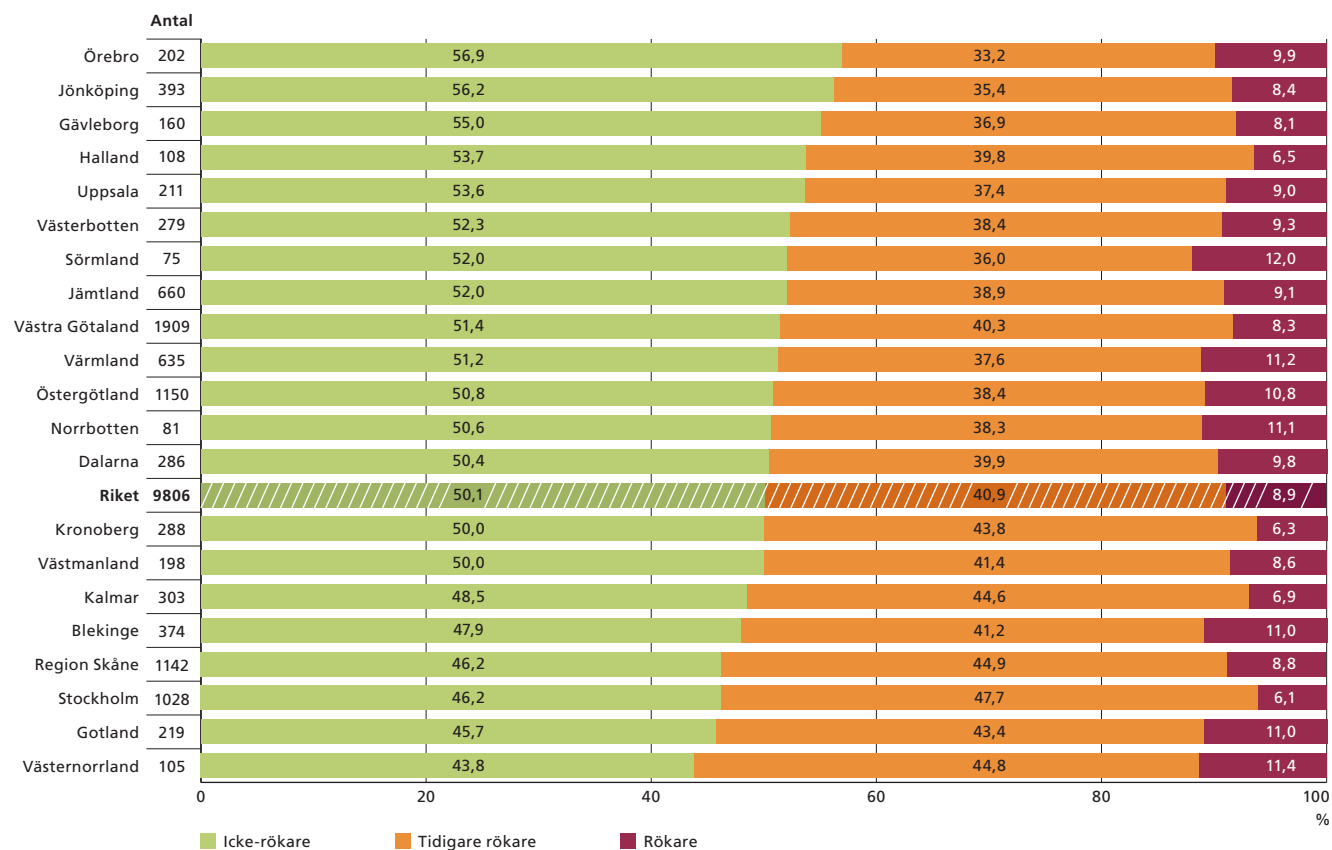
Landsting	Patienter antal	Ålder medelvärde	Ålder SD	Kvinna andel (%)	BMI kg/m <sup>2</sup> medelvärde	BMI kg/m <sup>2</sup> SD	Besvär från hand-/fingerled andel (%)
Blekinge	725	66,3	8,8	71,7	28,5	4,7	34,1
Dalarna	315	64,2	10,5	72,4	28,9	4,7	25,1
Gotland	349	62,1	9,6	69,1	28,9	5	42,1
Gävleborg	337	65,3	8,8	70,9	28,7	4,5	34,4
Halland	244	65,3	9,3	76,6	27,8	4,7	36,5
Jämtland	823	65,3	8,8	73,5	28,8	4,5	28,1
Jönköping	474	64,2	10,4	72,8	28,6	4,7	26,8
Kalmar	847	64,5	9,3	72,1	28,8	4,9	34,2
Kronoberg	410	64,4	9,3	74,1	27,9	4,5	28,8
Norrbottn	165	64,2	7,5	78,8	29,1	4,9	33,3
Region Skåne	2 981	65,1	9,8	73,7	28,5	4,9	38,6
Stockholm	1 104	66,9	9,4	76,1	27,9	4,7	31,9
Sörmland	84	66,3	8,9	59,5	28,5	4,4	31
Uppsala	265	65,8	8,3	78,9	28,7	4,7	32,1
Värmland	1 396	65,7	10,1	65,5	28,5	4,9	27,4
Västerbotten	872	63,8	9,7	69,5	28,5	4,9	34,7
Västernorrland	156	63,2	9,4	67,3	28,5	4,7	34,6
Västmanland	210	64,2	10,6	71,9	28,8	5,1	32,9
Västra Götaland	3 056	65,2	9,5	68,1	28,4	4,8	31
Örebro	234	64,5	9,3	71,4	28,9	4,7	24,4
Östergötland	2 423	65,6	9,9	66,1	28,5	4,8	28,9
<b>Riket</b>	<b>17 470</b>	<b>65,2</b>	<b>9,6</b>	<b>70,6</b>	<b>28,5</b>	<b>4,8</b>	<b>32,2</b>

## Andel rökare

Rökning medför många kända hälsorisker och rökstopp är på flera håll en förutsättning för operation, eftersom rökning ger en försämrad sårhäkning. Frågor om rökvanor och erbjudande om rådgivande samtal till rökare ingår också i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Sedan september 2012 innehåller BOA-registret också en fråga om rökvanor. Kopplingen mellan artros och rökning är inte helt klarlagd och resultaten är motsägelsefulla. Det finns studier som visar att rökning kan ha en skyddande effekt [1, 2]. En nyligen publicerad stor epidemiologisk studie från Kina visade att rökning minskar risken för knäproteskirurgi, även justerat för BMI, fysisk aktivitetsnivå, för tidig död och andra kända riskfaktorer [3]. I studien hävdar man att rökstopp inte diskuteras som en förutsättning för kirurgi i Kina, vilket annars skulle kunnat vara en tänkbar förklaring. Mekanismen bakom rökningens skyddande faktorer är inte känd. Genom att samla in information om rökvanor i BOA-registret har vi möjlighet att studera effekt av rökning på andra faktorer vid artros, så som upplevd smärta, hälsorelaterad livskvalitet och resultat av artrosskola.

I Figur 7 visas andelen rökare bland patienter på första besök i artrosskolan per landsting för år 2013.

Figur 7. Rökvanor vid nybesök i artrosskolan, 2013.



### Civilstatus och sjukskrivning

Språksvårigheter är inte något hinder för att få information i artrosskolan, men undervisningen sker då lämpligen individuellt. Personer som har svårigheter att läsa och förstå svenska kan ha svårt att besvara frågeformulären, som ännu inte finns på andra språk. En förutsättning för att registreras i BOA-registret idag är att patienten har god förståelse för svenska språket, vilket gör att vi i registret inte har någon stor andel utlandsfödda (Tabell 9a–b).

Artros drabbar en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder. I BOA-registret är 43% av patienterna under 65 år. Sjukskrivning, sjukersättning och produktionsbortfall står för stora andelar av samhällskostnaderna till följd av artros. Tabell 9a–b visar att 13% av dem med knäartros uppger att de är sjukskrivna och 8% av dem med höftartros. Enbart sjukskrivning utan annan åtgärd har ingen eller mycket begränsad effekt vid artros i höft och knä. Ett av målen med BOA är att med kunskap och individuellt anpassad träning minska sjukskrivning till följd av 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. Arbete bidrar också till att lägga fokus på faktorer utanför den egna kroppen, vilket kan bidra till att distrahera smärta. Genom samkörningar med Försäkringskassans register kan vi i framtiden utvärdera effekten av artrosskola på sjukskrivning.

Till höger redovisas självrapporterad civilstatus samt sjukskrivning fördelat på patienter med höft- och knäartros som varit på tremånadersuppföljning under 2013.





Tabell 9a. Höft. Karakteristika för patienter som har varit på individuellt besök hos sjukgymnast 3 månader efter artrosskola, 2013.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven > 3 månader	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
Blekinge	68	55	80,9	11	16,2	59	86,8	59	86,8	6	8,8	0	0,0
Dalarna	49	38	77,6	11	22,4	45	91,8	47	95,9	5	10,2	1	2,0
Gotland	48	40	83,3	8	16,7	47	97,9	48	100,0	1	2,1	0	0,0
Gävleborg	17	12	70,6	5	29,4	15	88,2	17	100,0	3	17,6	2	11,8
Halland	23	20	87,0	3	13,0	21	91,3	21	91,3	1	4,3	0	0,0
Jämtland	102	73	71,6	29	28,4	98	96,1	101	99,0	13	12,7	6	5,9
Jönköping	60	41	68,3	19	31,7	60	100,0	60	100,0	3	5,0	1	1,7
Kalmar	29	20	69,0	9	31,0	25	86,2	27	93,1	3	10,3	1	3,4
Kronoberg	60	47	78,3	13	21,7	54	90,0	58	96,7	8	13,3	2	3,3
Norrbottn	15	11	73,3	4	26,7	14	93,3	15	100,0	4	26,7	1	6,7
Region Skåne	165	111	67,3	54	32,7	157	95,2	163	98,8	7	4,2	2	1,2
Stockholm	153	98	64,1	53	34,6	131	85,6	143	93,5	8	5,2	3	2,0
Sörmland	10	7	70,0	3	30,0	10	100,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0
Uppsala	35	28	80,0	7	20,0	33	94,3	34	97,1	3	8,6	0	0,0
Värmland	90	58	64,4	32	35,6	84	93,3	88	97,8	7	7,8	2	2,2
Västerbotten	49	35	71,4	13	26,5	46	93,9	47	95,9	3	6,1	1	2,0
Västernorrland	23	17	73,9	6	26,1	23	100,0	23	100,0	3	13,0	1	4,3
Västmanland	22	13	59,1	9	40,9	19	86,4	22	100,0	1	4,5	0	0,0
Västra Götaland	284	211	74,3	70	24,6	258	90,8	278	97,9	24	8,5	10	3,5
Örebro	25	19	76,0	6	24,0	25	100,0	25	100,0	1	4,0	0	0,0
Östergötland	159	118	74,2	39	24,5	149	93,7	155	97,5	13	8,2	4	2,5
Riket	1486	1072	72,1	404	27,2	1373	92,4	1441	97,0	117	7,9	37	2,5

Tabell 9b. Knä. Karakteristika för patienter som har varit på individuellt besök hos sjukgymnast 3 månader efter artrosskola, 2013.

	Antal besök	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskriven		Sjukskriven > 3 månader	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal	%	Antal	%								
Blekinge	118	89	75,4	28	23,7	115	97,5	114	96,6	10	8,5	3	2,5
Dalarna	83	58	69,9	25	30,1	81	97,6	82	98,8	9	10,8	2	2,4
Gotland	112	79	70,5	33	29,5	112	100,0	112	100,0	17	15,2	4	3,6
Gävleborg	55	37	67,3	18	32,7	53	96,4	55	100,0	10	18,2	4	7,3
Halland	49	36	73,5	13	26,5	47	95,9	49	100,0	5	10,2	3	6,1
Jämtland	220	154	70,0	66	30,0	208	94,5	214	97,3	34	15,5	13	5,9
Jönköping	168	129	76,8	38	22,6	160	95,2	168	100,0	22	13,1	7	4,2
Kalmar	90	72	80,0	18	20,0	88	97,8	85	94,4	12	13,3	2	2,2
Kronoberg	137	109	79,6	28	20,4	122	89,1	135	98,5	17	12,4	4	2,9
Norrbottn	47	32	68,1	15	31,9	46	97,9	46	97,9	13	27,7	3	6,4
Region Skåne	453	308	68,0	144	31,8	401	88,5	440	97,1	55	12,1	23	5,1
Stockholm	295	175	59,3	118	40,0	253	85,8	286	96,9	27	9,2	10	3,4
Sörmland	12	10	83,3	2	16,7	12	100,0	12	100,0	3	25,0	0	0,0
Uppsala	72	59	81,9	13	18,1	70	97,2	71	98,6	12	16,7	3	4,2
Värmland	146	107	73,3	39	26,7	141	96,6	142	97,3	15	10,3	3	2,1
Västerbotten	100	78	78,0	20	20,0	94	94,0	99	99,0	14	14,0	3	3,0
Västernorrland	53	42	79,2	11	20,8	50	94,3	53	100,0	5	9,4	2	3,8
Västmanland	97	68	70,1	29	29,9	83	85,6	93	95,9	17	17,5	10	10,3
Västra Götaland	675	468	69,3	206	30,5	609	90,2	659	97,6	88	13,0	29	4,3
Örebro	69	59	85,5	10	14,5	63	91,3	68	98,6	11	15,9	1	1,4
Östergötland	368	276	75,0	92	25,0	341	92,7	351	95,4	35	9,5	7	1,9
Riket	3419	2445	71,5	966	28,3	3149	92,1	3334	97,5	431	12,6	136	4,0

## Charnley kategorier

Artros kan drabba alla leder med hyalint brosk och kan förekomma i en enda led eller i flera leder samtidigt.

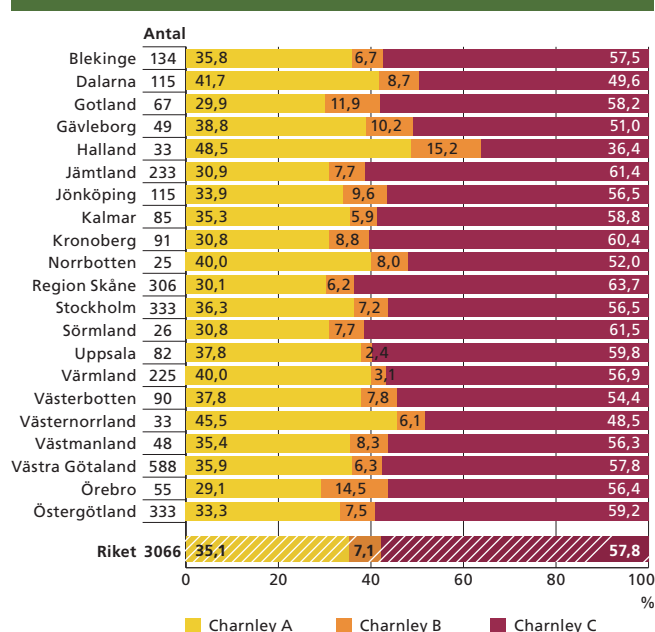
Det är också mycket vanligt att personer med artros har en eller flera andra sjukdomar. Artros kan i många fall räknas som en livsstilssjukdom, som påverkas negativt av inaktivitet och övervikt. Artros är också en vanlig orsak till inaktivitet, särskilt bland äldre. Inaktivitet ökar risken även för andra sjukdomar som diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar, som alla 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?”**

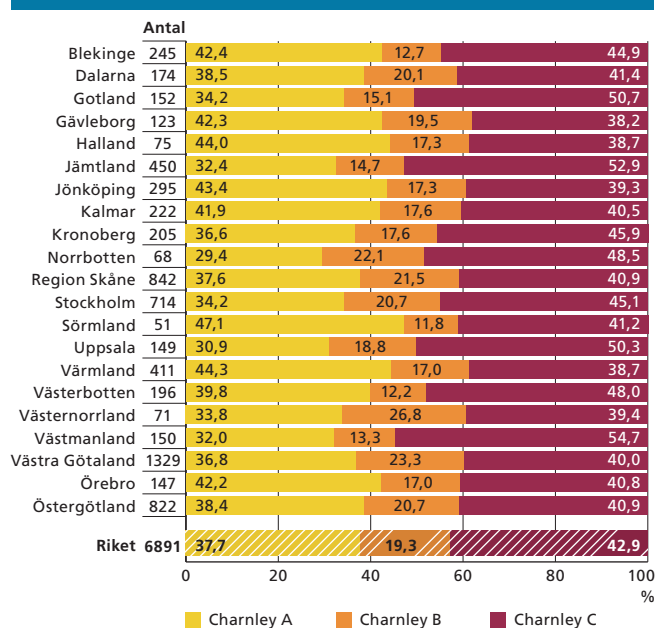
**“Har du av någon annan anledning svårt att gå?”**

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 kategori A och B. Figur 8a–b visar fördelningen av Charnley-kategorier i BOA-registret för patienterna som inkluderats under 2013. En tredjedel av patienterna har besvär enbart från en led (35,1% av dem med höftartros, 37,7% av dem med knäartros), medan 58% av dem med höftartros och 43% av dem med knäartros anger andra orsaker till gångsvårigheter än artros i den aktuella leden. Artrosskolan har sannolikt bäst effekt på dem med Charnley kategori A.

Figur 8a. Höft. Antal och andel Charnley A, B och C, 2013.



Figur 8b. Knä. Antal och andel Charnley A, B och C, 2013.

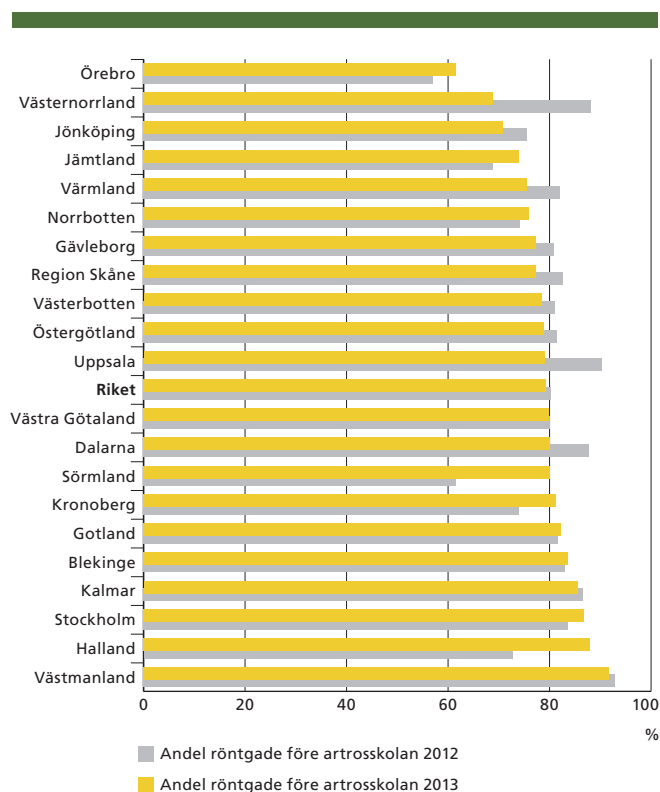


## Tidigare åtgärder

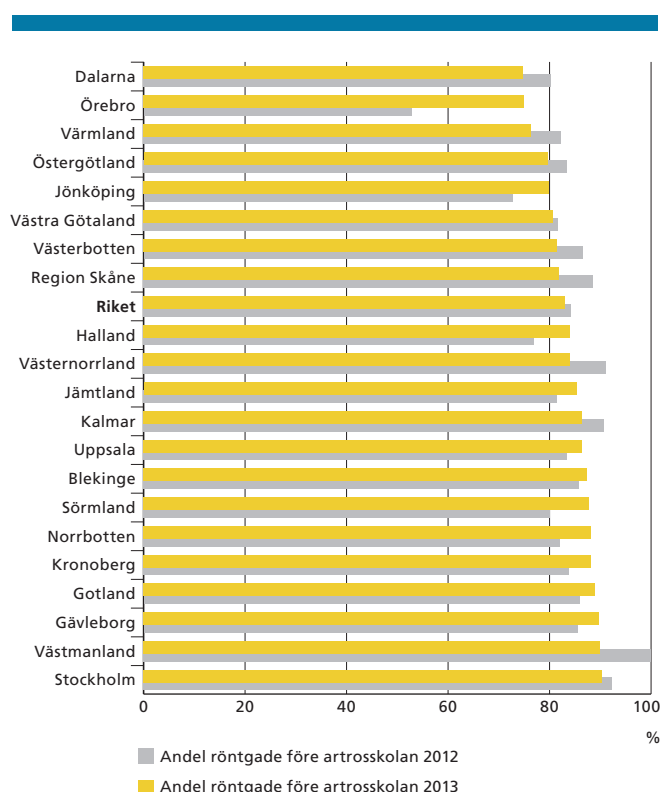
### Andel röntgade före artrosskolan

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 har ofta varit 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. Röntgen 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 9a–b visar hur stor andel av patienterna i BOA-registret som anger att de har blivit röntgade före första besök i artrosskolan. Variationerna mellan landsting är relativt stor, vilket indikerar olika rutiner i omhändertagandet av patienter med artros i Sverige.

**Figur 9a. Höft.** Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2012–2013.



**Figur 9b. Knä.** Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2012–2013.

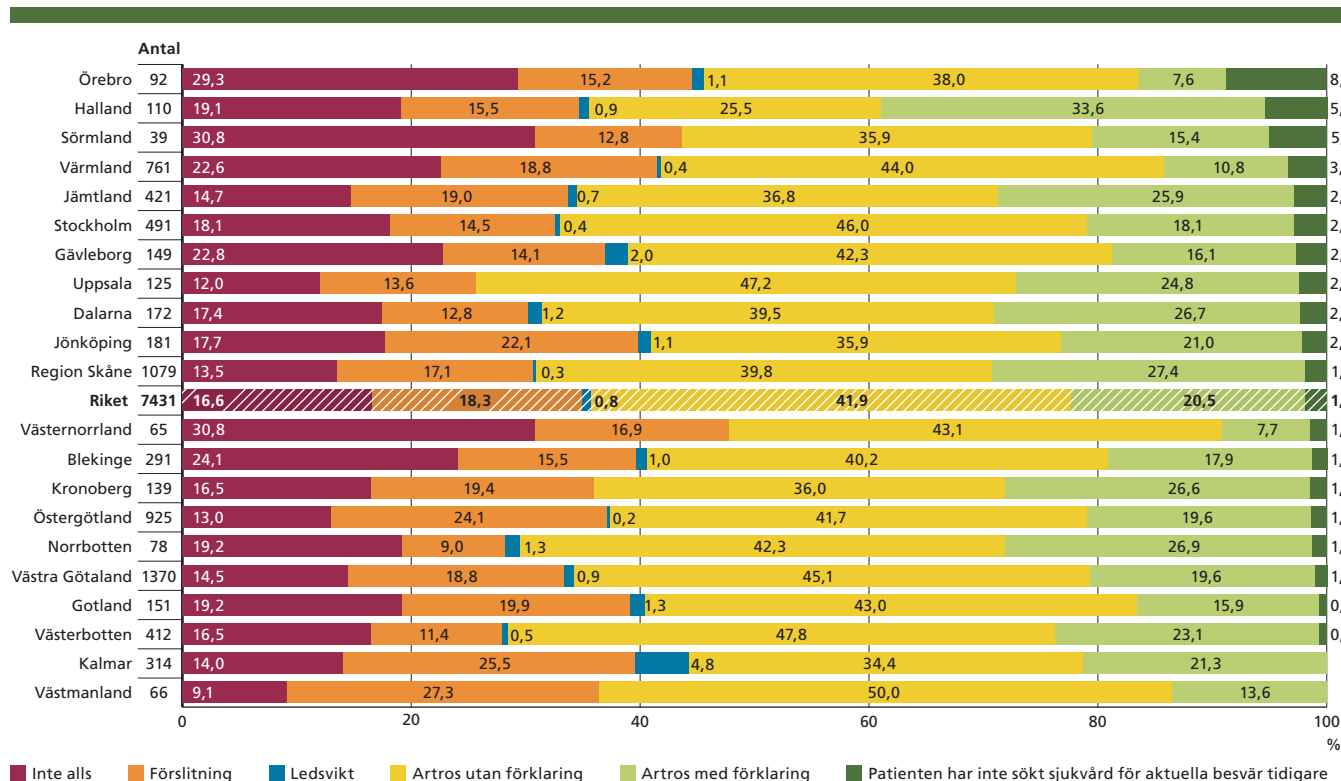


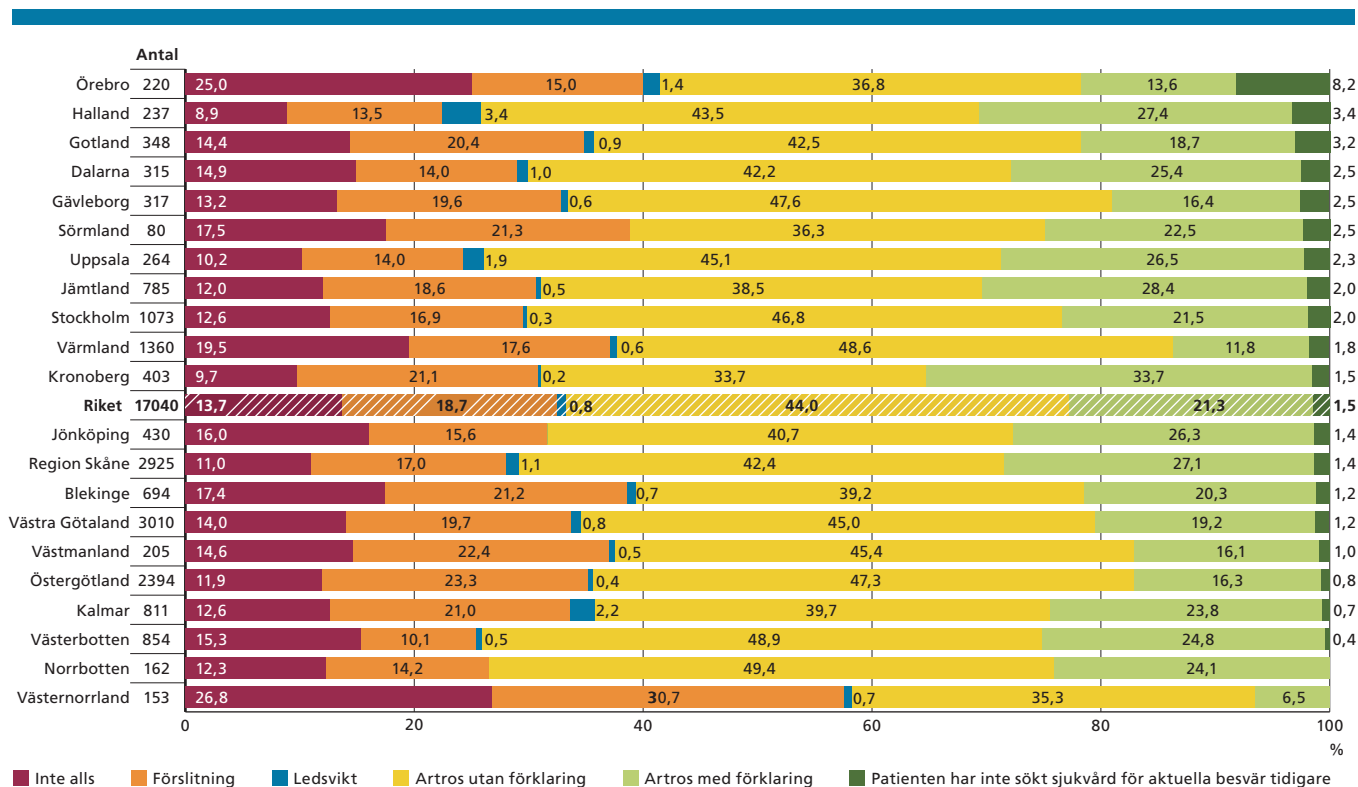
## Vad har patienten fått för förklaring

Ibland får patienten höra att artros är "förlitning" av lederna. 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 brosket mår bra av dynamisk belastning som vid promenader, cykling och motionsaktivitet. Risken för artros och ohälsa är större bland dem som inte rör sig än bland de som rör på sig. I ett försök att hitta ett svenskt begrepp för artros prövades ledsvikt, men även det leder tankarna till njursvikt och hjärtsvikt som i sig är allvarliga tillstånd. Nu vill vi att artros ska kallas för just artros, på samma sätt som diabetes är ett vedertaget begrepp istället för sockersjuka. Det är emellertid viktigt att den som är drabbad även känner till vad artros innebär, nämligen att det föreligger en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av ledbrosk, där de nedbrytande faktorerna är för stora. Artros är en sjukdom som drabbar hela leden – inte bara brosket. 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.

I BOA-registret ser vi att en femtedel av patienterna fått veta att de har förlitning innan de kommer till artrosskolan. Många har fått veta att de har artros, men vet inte vad artros innebär eller vad man ska göra åt det (Figur 10a och 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 fysioterapeut och artrosskola, utan föregående kontakt med läkare. Fortfarande är den andelen mycket liten även om hänsyn tas till att patienter endast har kunnat besvara den frågan sedan 2012.

Figur 10a. Höft. Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan på landstingsnivå (2008–2013).



**Figur 10b. Knä.** Hur besvären har förklarats för patienten före artrosskolan på landstingsnivå (2008–2013).

### Tidigare behandling hos fysioterapeut

I BOA-registret svarar patienterna på frågor från fysioterapeuten beträffande tidigare behandlingar. Patienter kan söka artrosskolan direkt och har då inte nödvändigtvis träffat någon annan i hälso- och sjukvården före artrosskolan. Detta är relativt nytt för patienterna och i BOA-registret är det 1,5–2% som har kommit direkt till artrosskolan (se Figur 10a–b). Knappt hälften av patienterna anger att de har träffat en fysioterapeut 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. Av de patienter som anger att de har varit hos fysioterapeut för sina aktuella besvär tidigare har endast 15% av patienterna med höftartros och 23% av patienterna med knäartros erbjudits adekvat grundbehandling. För tabell på enhetsnivå – se [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se)

### 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 förstahands medicinering. 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 (tuppkams-extrakt). 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 2013 att de tog ledrelaterade läkemedel (Tabell 10a–b). Paracetamol och NSAID preparat är de i särklass vanligaste och används av ungefär hälften av patienterna. Andelen patienter som rapporterar att de tar glukosamin är runt 6% vilket är jämförbart med föregående år. 8% 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. Paracetamol, NSAID, glukosamin och naturläkemedel kan köpas av patienterna själva. Injektioner i leden ges av läkare. Kortisoninjektioner är vanligast i knäleden, då injicering i höftleden kräver genomlysning av leden för att veta att injektionen hamnar rätt. Var tionde patient med knäartros har fått kortisoninjektion i leden under 2013. Användandet av kortisoninjektioner varierar mellan landsting (Tabell 10b). Hyaluronsyra är sparsamt använt, i linje med Socialstyrelsens rekommendationer.

Med "Annat" menas i Tabell 10b 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. I kapitlet *Resultat* (sid 40) redovisas hur den självrapporterade läkemedelskonsumtionen förändras efter artrosskolan. För specifik information om NSAID-förbrukning för patienter över och under 75 år – se kapitel *Förbättringsområden, målnivåer och kvalitetsindikatorer*.

**Tabell 10a. Höft. Andel patienter som anger att de har tagit ledrelaterade läkemedel per landsting.**

LANDSTING	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel	Paracetamol	NSAID	Glukosamin	Hyaluronsyra	Kortison	Naturläkemedel	Annat	Uppgift saknas
		%	%	%	%	%	%	%	%	Antal
Blekinge	124	75,8	56,5	48,4	3,2	–	2,4	4,8	4,0	10
Dalarna	115	78,3	55,7	49,6	6,1	–	2,6	7,8	5,2	0
Gotland	67	71,6	47,8	49,3	1,5	1,5	3,0	17,9	6,0	0
Gävleborg	44	79,5	68,2	56,8	4,5	–	4,5	4,5	2,3	5
Halland	33	72,7	48,5	42,4	3,0	–	6,1	3,0	–	0
Jämtland	223	80,3	54,7	46,6	11,2	–	4,5	16,6	4,0	10
Jönköping	96	80,2	61,5	39,6	7,3	–	6,3	3,1	3,1	19
Kalmar	83	79,5	54,2	43,4	2,4	–	3,6	6,0	3,6	2
Kronoberg	91	80,2	59,3	46,2	7,7	1,1	1,1	7,7	11,0	0
Norrbottnen	25	84,0	72,0	48,0	8,0	–	8,0	4,0	4,0	0
Region Skåne	295	74,9	48,1	44,1	7,5	–	3,7	8,5	6,4	11
Stockholm	316	75,6	49,1	43,7	9,2	–	4,7	11,4	4,4	17
Sörmland	26	65,4	30,8	46,2	3,8	–	7,7	3,8	7,7	0
Uppsala	82	75,6	54,9	41,5	3,7	–	3,7	8,5	2,4	0
Värmland	214	69,2	40,7	40,2	3,7	–	2,8	2,3	7,9	11
Västerbotten	87	81,6	69,0	42,5	1,1	–	5,7	4,6	8,0	3
Västernorrland	32	65,6	53,1	28,1	–	–	–	9,4	3,1	1
Västmanland	47	89,4	70,2	40,4	10,6	–	–	8,5	12,8	1
Västra Götaland	583	76,7	52,8	48,4	8,2	–	5,7	9,3	5,0	5
Örebro	54	79,6	51,9	50,0	–	–	1,9	3,7	3,7	1
Östergötland	322	79,5	63,0	34,8	3,4	–	2,5	2,8	5,6	11
<b>Riket</b>	<b>2959</b>	<b>76,9</b>	<b>53,9</b>	<b>44,2</b>	<b>6,3</b>	<b>0,1</b>	<b>4,0</b>	<b>7,9</b>	<b>5,4</b>	<b>107</b>

Tabell 10b. Knä. Andel patienter som anger att de har tagit ledrelaterade läkemedel per landsting.

LANDSTING	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel	Paracetamol	NSAID	Glukosamin	Hyaluronsyra	Kortison	Naturläkemedel	Annat	Uppgift saknas
		%	%	%	%	%	%	%	%	Antal
Blekinge	237	80,2	46,0	49,4	3,0	0,4	10,1	5,5	6,3	8
Dalarna	174	78,2	54,0	52,9	5,2	–	6,9	9,2	4,0	0
Gotland	152	73,0	46,1	52,6	5,9	–	11,2	14,5	1,3	0
Gävleborg	117	81,2	49,6	44,4	12,0	0,9	13,7	8,5	6,8	6
Halland	75	76,0	44,0	44,0	8,0	–	9,3	9,3	1,3	0
Jämtland	430	76,5	50,9	48,8	8,6	0,5	6,0	11,9	7,0	20
Jönköping	258	75,2	48,4	46,9	5,8	0,8	12,4	8,9	5,4	37
Kalmar	211	80,6	53,1	44,5	4,3	–	17,5	6,6	4,7	11
Kronoberg	203	72,4	52,7	42,4	8,4	1,5	6,4	8,4	10,8	2
Norrbottnen	65	75,4	50,8	60,0	–	–	21,5	15,4	13,8	3
Region Skåne	818	75,7	45,7	42,9	5,3	0,5	12,3	9,9	7,6	24
Stockholm	690	74,3	46,8	45,1	8,0	0,9	9,0	8,4	4,6	24
Sörmland	49	59,2	30,6	28,6	6,1	4,1	–	12,2	6,1	2
Uppsala	149	77,9	53,7	43,6	5,4	–	2,7	10,1	6,7	0
Värmland	398	73,1	40,2	45,0	2,3	0,5	12,3	2,5	6,0	13
Västerbotten	194	75,8	56,2	45,9	5,7	–	4,6	4,6	7,7	2
Västernorrland	69	73,9	46,4	47,8	8,7	1,4	15,9	13,0	–	3
Västmanland	150	80,7	56,7	44,0	7,3	–	4,7	10,0	13,3	0
Västra Götaland	1307	75,7	46,7	46,9	9,8	0,5	10,5	9,9	5,3	22
Örebro	136	79,4	53,7	53,7	5,9	–	5,9	5,9	4,4	11
Östergötland	805	75,4	54,3	42,1	2,5	0,7	6,1	3,2	6,6	17
<b>Riket</b>	<b>6 687</b>	<b>75,8</b>	<b>48,7</b>	<b>45,7</b>	<b>6,4</b>	<b>0,5</b>	<b>9,5</b>	<b>8,2</b>	<b>6,2</b>	<b>205</b>

### Tidigare operationer

I BOA-registret frågar fysioterapeuten patienten efter tidigare ledrelaterad kirurgi (ej muskel- eller mjukdelskirurgi) i den mest besvärande leden samt på den motsatta sidan. För knäartros anger 19% att de har blivit opererade i den besvärande leden och 13% i den motsatta. Andelen som blivit opererade i den mest besvärande eller kontralaterala höften är mindre än 10%. Tabell över andel opererade på kliniknivå finns på [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se)

## Patienter som avbryter artrosskolan

Patienter som får en höft- eller knäprotes innan de har besvarat ettårsuppföljningen markeras som att de avbrutit i BOA-registret. Antalet som har avbrutit för att de har fått en protes i höft eller knä före ettårsuppföljning är 1 780 patienter (7%). Av dessa var 66% kvinnor, 51% hade höftartros och 30% hade dessutom hand-/fingerbesvär. I gruppen som inte opererades hade 29% höftartros (Tabell 11a).

**Tabell 11a.** Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga.

	Män	Kvinnor	Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
			Höft	Knä	
<b>Antal opererade</b>	598	1 182	907	873	538
<b>%</b>	33,6	33,4	51,0	49,0	30,2
<b>Antal ej opererade</b>	6942	16 439	6 784	16 597	7 329
<b>%</b>	29,7	70,3	29,0	71,0	31,4

**Tabell 11b.** Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga.

	Ålder		BMI	
	Medelvärde	Standard-avvikelse	Medelvärde	Standard-avvikelse
<b>Opererade</b>	67,6	8,6	27,7	4,5
<b>Ej opererade</b>	65,2	9,7	28,1	4,7

Även patienter som avbryter av någon annan anledning ska markeras i registret. Totalt har 2 884 patienter (11%) avbrutit artrosskolan av någon annan anledning än operation vid utgången av 2013; 64% var kvinnor, 29% hade mest besvär från höften och 31% hade dessutom besvär med hand-/fingerleder (Tabell 12a).

**Tabell 12a.** Deskriptiva karakteristika för dem som blivit avbrutit och övriga.

	Män	Kvinnor	Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
			Höft	Knä	
<b>Antal avbrutit</b>	1 028	1 856	832	2 052	908
<b>%</b>	35,6	64,4	28,9	71,2	31,5
<b>Antal ej avbrutit</b>	6 512	15 765	6 859	15 418	6 959
<b>%</b>	29,2	70,8	30,8	69,2	31,2

**Tabell 12b.** Deskriptiva karakteristika för dem som blivit avbrutit och övriga

	Ålder		BMI	
	Medelvärde	Standard-avvikelse	Medelvärde	Standard-avvikelse
<b>Avbrutit</b>	64,5	11,0	28,3	5,0
<b>Ej avbrutit</b>	65,5	9,4	28,0	4,7





# Förbättringsområden, målnivåer och kvalitetsindikatorer

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.

## Registrets målnivåer

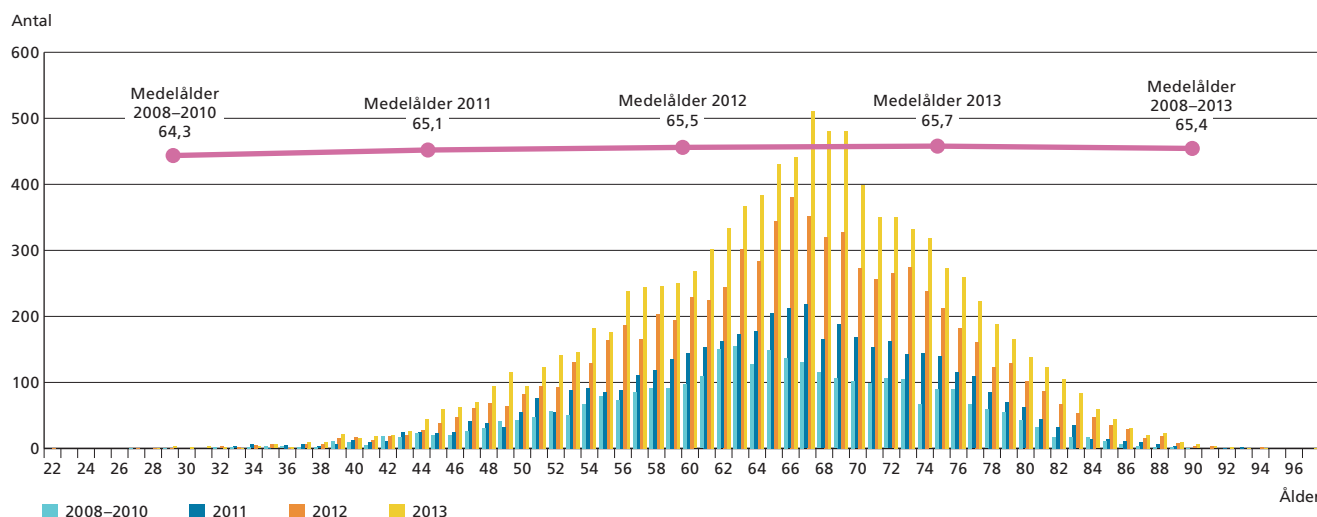
- Förbättra EQ5D med 0,10
- Sänka medelåldern i registret (till 58 år)
- Minska andelen som har röntgats (och där röntgen visade artrosförändringar)
- Andelen otillräckligt fysiskt aktiva (ackumulerar mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka) ska vara mindre än 20% efter ett år.
- Mål för varje enhet är en minskning av andelen otillräckligt aktiva med 10 procentenheter 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 procentenheter, 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 0,66 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 länge efteråt, medan en billigare åtgärd ändå kan vara kostnadseffektiv även om den åstadkommer mindre förändringar. Artrosskolan kostar enligt beräkningar cirka 1 500 kr per patient (baserat på bland annat lokalhyra, två dagars utbildning för professionen och övervakad träning i tolv veckor), medan en höftprotesoperation kostar cirka 70 000 kr. 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. För att se hur målen uppnås hänvisas till Tabell 13a–b och Figur 15a–b, sid 40–41.

**Figur 11.** Åldersfördelning i BOA-registret per verksamhetsår, från 2008–2010 till 2013.



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. I Figur 11 på föregående sida ser vi hur åldersfördelningen har sett ut för de fyra verksamhetsår som BOA-registret hittills har haft. Medelåldern har legat relativt oförändrad runt 65 år. För aktuell medelålder i de olika landstingen hänvisas till Tabell 6 och Figur 3 på sid 18. På sidan 66 (Kapitel *Förbättringsarbeten i BOA*) berättas om förbättringsarbeten som initierats av ett antal enheter för att gradvis nå yngre patienter, liksom patienter som befinner sig i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

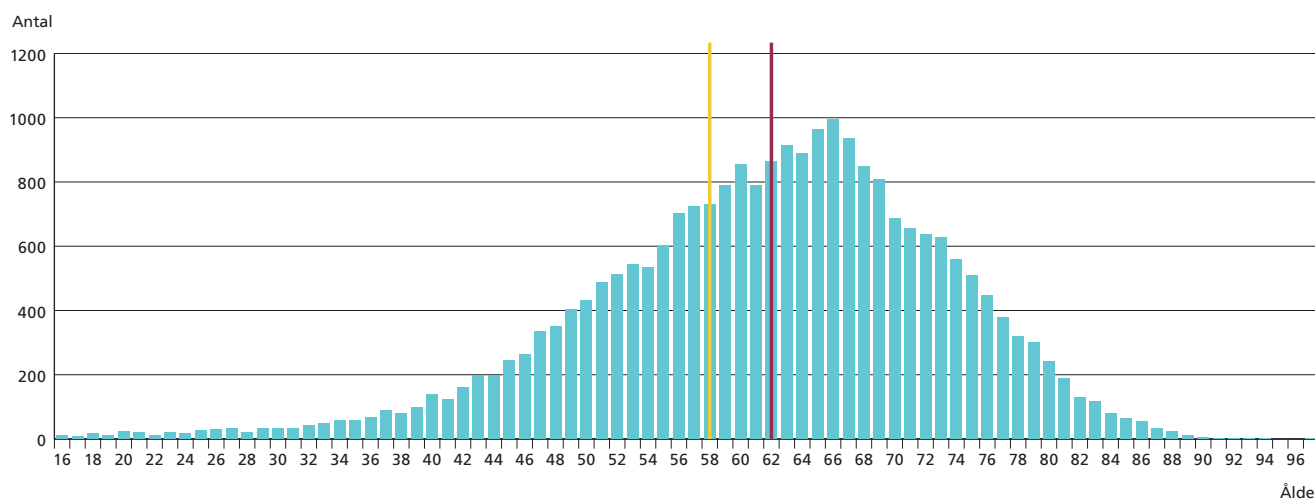
Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för artros ska diagnosen ställas kliniskt, med hjälp av anamnes och typiska undersökningsfynd. Röntgen ska enbart användas i oklara fall, eller då man överväger remiss till ortopedspecialist. Detta förfarande kan avsevärt korta tiden mellan första symtom och diagnos jämfört med om diagnos ställs med hjälp av röntgen. 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 eller adekvat behandling och många är oroliga över vad deras besvär kan bero på. Andelen som har röntgats då de kommer till artrosskolan är fortfarande hög, men har minskat något jämfört med föregående år, vilket kan ses i Figur 9a–b, sid 27.

För patienter med höftartros är andelen röntgade år 2013 79,3%, jämfört med 80,2% för 2012. Motsvarande siffra för knäartros är 83,0% jämfört med 84,3% föregående år. Patienterna har sannolikt haft sina besvär i många år redan då de kommer till artrosskolan. 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 sätt är att sprida kunskap om att man kan söka fysioterapeut och artrosskola direkt, utan att först söka läkare. I Figur 10a–b, sid 28–29, ser vi att 1,9% av patienter med höftartros och 1,5% av patienter med knäartros i registret söker artrosskola direkt.

I Figur 12 har vi gjort en graf över hur åldersfördelningen i registret skulle ha sett ut om patienterna i registret hade haft sina besvär i högst två år innan de kommer till artrosskola. Vi har helt enkelt beräknat om deras ålder genom att dra bort självskattad symtomduration över 24 månader från deras aktuella ålder vid nybesök. Denna lek med siffror visar att om vi hade nått patienterna, som idag finns i registret, inom två år hade medelåldern i registret varit 61 år istället för nuvarande 65.

**Figur 12.** Hypotetisk åldersfördelning i BOA-registret 2008–2013 så som den sett ut om symtomduration varit maximalt två år vid nybesök.

— Röd linje markerar var medelåldern hade hamnat om ingen haft symtom mer än två år. — Gul linje visar registrets målnivå: att sänka medelåldern till 58 år.



Ett mål med artrosskolan är ökad fysisk aktivitetsnivå. Fysisk inaktivitet och en obefogad rädsla för att förstöra leden genom aktivitet och 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. 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 och i denna rapport redovisar vi resultaten för förändring mellan första besök och tre månaders uppföljning. För registret är målet att andelen otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20% efter ett år. (Eftersom frågan infördes i september 2012 är antalet som har hunnit följas upp efter ett år fortfarande relativt litet och den siffran redovisas först i nästa rapport.) Andelen otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök är 31,5% av dem med höftartros och 31,1% av dem med knäartros. Efter tre månader har andelen otillräckligt aktiva sjunkit till 22,0 respektive 22,6%. I Figur 18a–b (sid 46) visas andelen otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök och tre månaders uppföljning. Målet för varje enhet är att andelen otillräckligt fysiskt aktiva ska sjunka med 10 procentenheter mellan nybesök och ettårsuppföljning. I kapitlet om *Förbättringsarbeten i BOA* (sid 66) kan man läsa om initiativ som har tagits för att stimulera aktivitetsnivån bland deltagarna i artrosskolor vid ett antal enheter.

## Kvalitetsindikatorer

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.

## 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. 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 samt att artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion vid artros i knät inte utförs (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 medicin.

## 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. En utvecklingsindikator saknar nationella datakällor, men kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå. Samtliga generella indikatorer kan beskrivas för artros genom BOA-registret, även om antalet patienter i somliga landsting fortfarande är relativt lågt:

**Utvecklingsindikator 1.1: Mätning av längd och vikt**  
(se kapitel *Deskriptiva data*, avsnitt BMI, sid 20)

**Utvecklingsindikator 1.2: Otillräcklig fysisk aktivitet**  
(se kapitel *Resultat*, Figur 18a–b, sid 46 för andelen otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök och tre månaders uppföljning)

**Utvecklingsindikator 1.3: Övergripande hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D)** (se kapitel *Resultat*, avsnitt EQ5D, (sid 40) för redovisning av EQ5D-index före och efter artrosskola)

BOA-registret deltar i ett arbete initierat av Socialstyrelsen för att utvärdera de generella och riktlinjespecifika indikatorerna för artros. Detta arbete avslutas under maj/juni 2014. Utvärderingen sker delvis genom samkörning med andra nationella register för att säkerställa data. De artrosspecifika indikatorerna är:

**Indikator 2.1: Artroskopisk kirurgi vid knäartros:**  
Antal artroskopier med huvuddiagnos knäartros per 100 000 invånare

**Indikator 2.2: Andel personer med artros  $\geq 75$  år som förskrivits NSAID-behandling**  
(Figur 13a–b på nästa sida)

Dessutom finns det en föreslagen riktlinjespecifik utvecklingsindikator för artros:

**Utvecklingsindikator 2.3: Andel personer med artros i höft och knä som fått utbildning, handledd träning och råd om vikt nedgång.** Den beräknas som antal personer med artros som fått utbildning, handledd träning och råd om vikt nedgång, t.ex. i artrosskola, dividerat med det totala antalet personer med artros på mottagningen. I samband med att Socialstyrelsens arbete med att utvärdera följsamheten till riktlinjerna offentliggörs kommer dessa indikatorer att belysas ytterligare. I nuläget redovisar vi enbart de data som vi inom BOA-registret kan presentera, dvs. något modifierade redogörelser för indikator **2.2** och **2.3**.

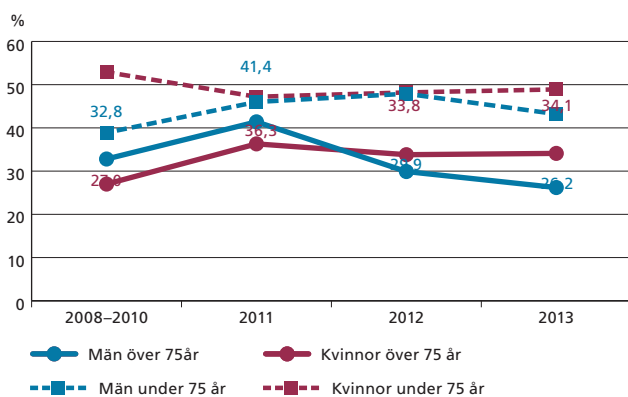
## Andel personer med artros $\geq 75$ år som förskrivits NSAID-behandling

NSAID bör användas med försiktighet hos äldre personer på grund av biverkningsrisken. En av kvalitetsindikatorerna för Socialstyrelsens Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är Andel personer med artros  $\geq 75$  år som förskrivits NSAID-behandling. Socialstyrelsen skriver i sin rapport Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre:

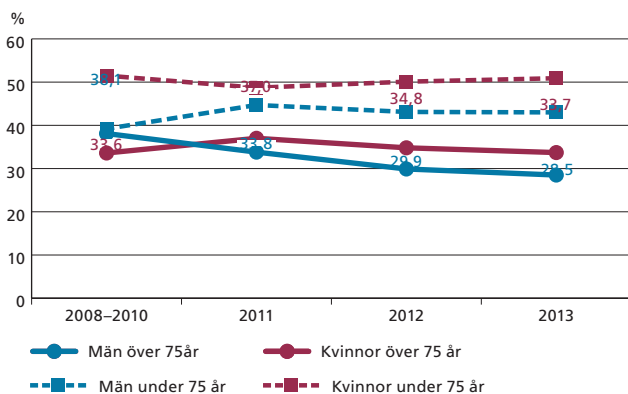
*“Cox-hämmare (NSAID) (M01A exkl. M01AX05): Används ibland hos äldre vid smärttillstånd där preparaten inte har några klara fördelar framför paracetamol (t.ex. artros). Vid behandling av äldre med dessa preparat föreligger en ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion. Förutom att cox-hämmare kan försämra en hjärtsvikt, kan de genom läkemedelsinteraktion minska effekten av såväl diuretika (loopdiuretika och i viss mån tiazider) som ACE-hämmare. Vidare tyder nya studier på att åtminstone vissa cox-hämmare (även de oselektiva) kan öka risken för hjärtinfarkt och stroke. Observera att vissa cox-hämmare finns att köpa receptfritt och därför kan införskaffas utan ordination, och därmed vetenskap, från behandlande läkare.”*

Eftersom NSAID kan köpas på pressbyrå eller i matbutiken är det svårt att kontrollera NSAID-användningen med hjälp av läkemedelsregistret, som enbart innehåller läkarförskrivna preparat. Det är inte heller säkert att patienten kommer ihåg att berätta om bruket av NSAID för behandlande läkare och undersökningar som har gjorts visar att patienter upplever att sjukvården sällan frågar vilka läkemedel patienten tar. Det finns inga säkra källor att hämta uppgifter ur, varför indikatorn blir svårtolkad. Det går därför inte heller att uttala sig om vad som är en lämplig målnivå för indikatorn. Lite vagt uttrycker Socialstyrelsen det som att "andelen bör vara lägre än bland personer under 75 år". BOA-registret innehåller självrapporterade uppgifter. I Figur 13a–b ser vi andelen män och kvinnor över och under 75 år som uppger att de äter NSAID-preparat. Andelen över 75 år som äter NSAID är större bland kvinnor, med undantag för de första åren i registret. Orsaken till denna skillnad är inte känd. Av de kvinnor över 75 år som kommer på nybesök inför artrosskolan anger en tredjedel att de äter NSAID, medan motsvarande andel för män är cirka en fjärdedel. I åldersgruppen under 75 år uppger hälften av kvinnorna och 40% av männen att de äter NSAID för sina ledbesvär.

**Figur 13a. Höft.** Andel män respektive kvinnor över och under 75 år som tagit NSAID.



**Figur 13b. Knä.** Andel män respektive kvinnor över och under 75 år som tagit NSAID.



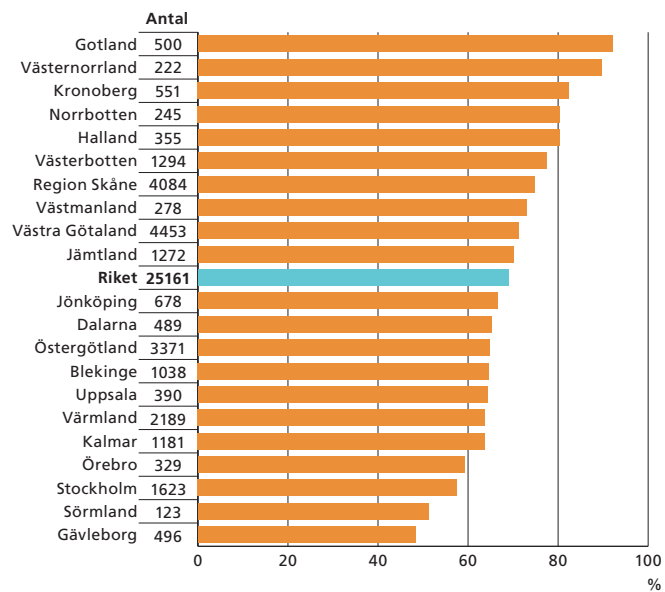
## Andel personer med artros som tagits omhand i artrosskola

I BOA-registret registreras patienter med artros i höft och knä som har fått utbildning, handledd träning och råd om viktning i artrosskolan. Fokus ligger på utbildning/information och handledd träning. Idag registreras inte besök i primärvård regelmässigt i något nationellt register. Uppgifter om besök hos andra vårdgivare än läkare saknas också. Det försvårar beräkningen av indikator 2.3, genom att det är svårt att uttala sig med säkerhet om hur många patienter med artros som besöker mottagningen på nationell eller landstingsbasis. I kapitlet *Deltagande och rapportering* (sid 10), har vi skattat hur stor andel av befolkningen över 45 år som förväntas uppsöka primärvård på grund av artros i höft och knä, baserat på uppgifter från ett antal vårddatabaser. Dessa beräkningar visar, för tredje året i rad, att uppskattningsvis 1,5% av befolkningen över 45 år söker primärvård med diagnos höft- eller knäartros. Baserat på befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån för de olika landstingen/regionerna kan vi då beräkna hur stor andel som kan ha uppsökt primärvården under 2013. Detta blir nämnaren i vår beräkning. I BOA-registret kan vi se hur många individer som har gått artrosskola och registrerats i BOA, vilket utgör täljaren i ekvationen. I Figur 2 (sid 15) visas andel personer med artros i höft och knä som har tagits om hand i artrosskola (och registrerats i BOA-registret) av det skattade antalet personer som uppsöker primärvården på grund av höft- eller knäartros.

## Andel som fullföljer artrosskola

Att registrera en patient i BOA-registret betyder inte nödvändigtvis att patienten har fått ett adekvat omhändertagande av god kvalitet. För en fullständig behandling krävs två registreringar i BOA-registret, första besök och tre månaders uppföljning. Patienter som avbryter artrosskolan av någon anledning ska rapporteras in i registret i en särskild patientprofil. Ett stort antal avbrutna patienter bör föranleda en översyn av tänkbara skäl till att patienter avbryter. Patienter med enbart första besök registrerat kan tyda på en missad uppföljning, eller missad registrering. Andelen patienter som fullföljer artrosskolan (tre månaders uppföljning) ger således en indikation på kvalitet och effektivitet för artrosskola och rapportering på den enskilda enheten eller i landstinget/regionen. Som syns i Figur 14 finns det stora variationer mellan landsting/regioner.

**Figur 14.** Andel av antalet patienter som varit på nybesök som följts upp efter tre månader.



# Resultat 2013

I detta kapitel presenteras resultat baserade på data från och med de första inmatningarna av pilotenheterna under 2008 till och med 31 december 2013, 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 2013 och kan alltså inte sägas vara rikstäckande mer än vad som anges i kapitlet Deltagande och rapportering.

I den tryckta versionen av denna årsrapport redovisas i huvudsak resultat på landstingsnivå. Samtliga resultat på enhetsnivå finns presenterade på BOA-registrets hemsida ([www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se)). Vid tolkning av data bör hänsyn tas till att somliga landsting och enheter fortfarande har relativt litet antal patienter rapporterade. Förändring efter 3 och 12 månader rapporteras 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. Då det gäller tolkning av klinikbaserade resultat bör hänsyn tas till patientdemografin (case-mix) och hur artrosskola bedrivs på enheten (praxis). Samtliga resultat är parade data. Det innebär att endast individer, som har genomgått artrosskola före den 31 december 2013 och har data från samtliga mättillfällen redovisas. Resultaten redovisas separat för patienter med mest besvär från höft respektive knä.

Patientsammansättning (case-mix) och resultat efter tre månader för ett antal utvalda indikatorer (värdekompass) redovisas sist i denna rapport.

**Tabell 13a. Höft. Hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.**

LANDSTING	EQ5D			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	67	0,64	0,73	0,69
Jämtland	70	0,66	0,69	0,65
Kalmar	90	0,68	0,72	0,71
Region Skåne	295	0,64	0,69	0,64
Stockholm	55	0,64	0,68	0,66
Värmland	199	0,60	0,71	0,67
Västra Götaland	231	0,66	0,72	0,70
Östergötland	202	0,69	0,72	0,71
<b>Riket</b>	<b>1485</b>	<b>0,66</b>	<b>0,71</b>	<b>0,68</b>

## 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 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 15 och 16. I nuläget kan vi visa på en genomsnittlig förändring i EQ5D efter tre månader på 0,06 för höftartros och 0,07 knäartros. Efter ett år är förändringen i genomsnitt 0,02 för höftartros och 0,05 för knäartros jämfört med före artrosskolan. Den stora utmaningen är att förbättra eller bibehålla en förändring över tid.

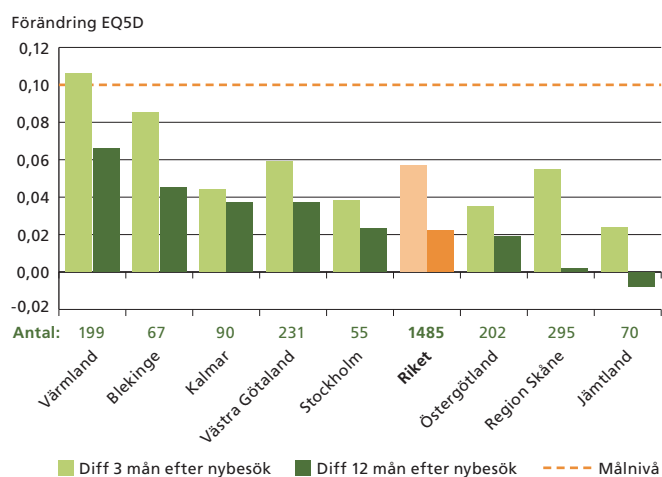
Landsting/enheter med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) på EQ5D för höft respektive knä redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

**Tabell 13b. Knä. Hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.**

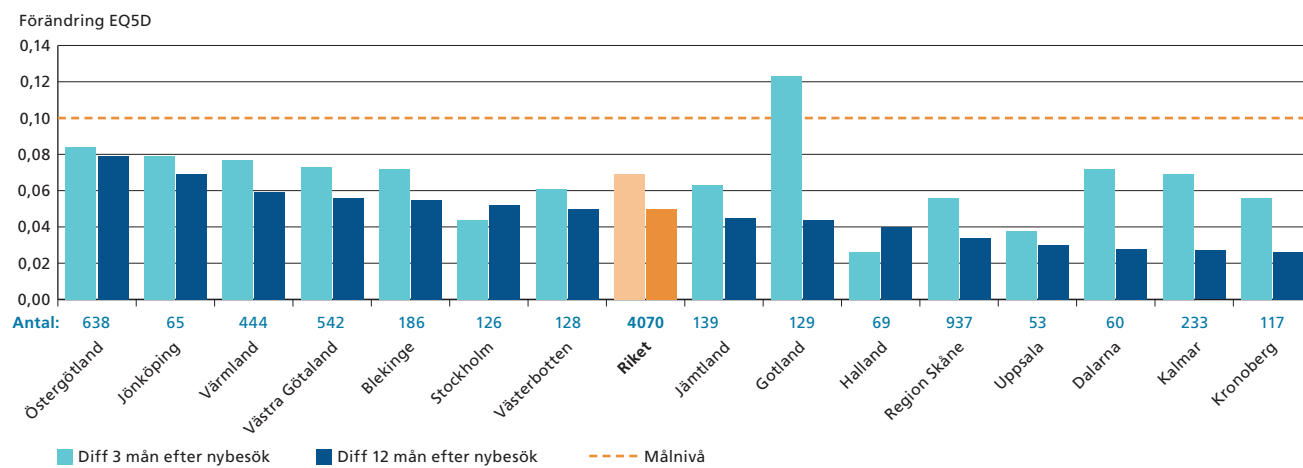
LANDSTING	EQ5D			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	186	0,65	0,72	0,70
Dalarna	60	0,66	0,73	0,69
Gotland	129	0,65	0,78	0,70
Halland	69	0,70	0,72	0,74
Jämtland	139	0,66	0,72	0,70
Jönköping	65	0,68	0,75	0,74
Kalmar	233	0,66	0,73	0,69
Kronoberg	117	0,71	0,77	0,74
Region Skåne	937	0,64	0,70	0,67
Stockholm	126	0,68	0,73	0,74
Uppsala	53	0,68	0,72	0,71
Värmland	444	0,66	0,73	0,72
Västerbotten	128	0,67	0,73	0,72
Västra Götaland	542	0,65	0,73	0,71
Östergötland	638	0,63	0,72	0,71
<b>Riket</b>	<b>4070</b>	<b>0,65</b>	<b>0,72</b>	<b>0,70</b>



**Figur 15a. Höft.** Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2013).



**Figur 15b. Knä.** Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2013).



## 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 är sorterade efter ettårsresultat. Endast enheter med minst 20 kompletta registreringar redovisas.

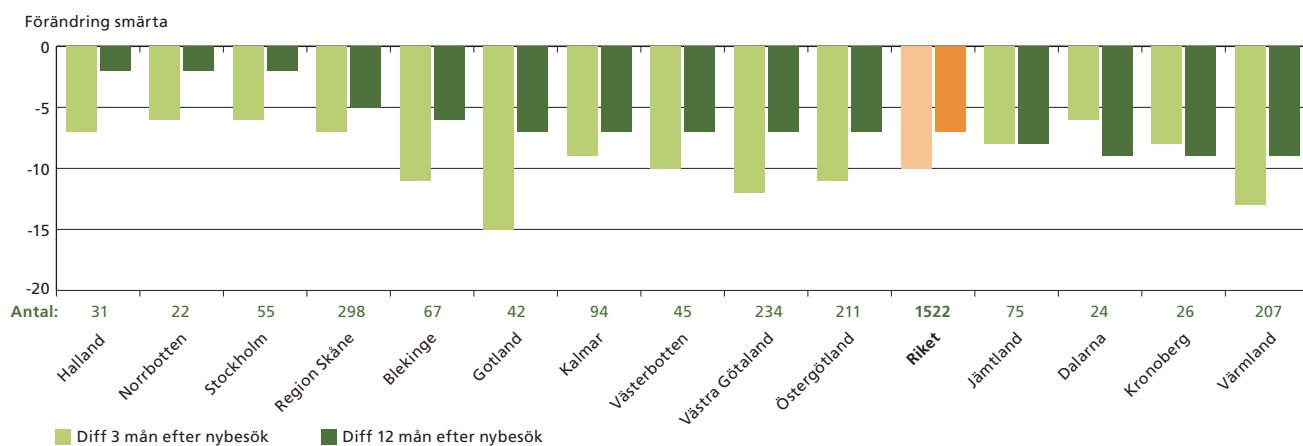
**Tabell 14a. Höft. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå.**

LANDSTING	VAS-smärta			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	67	49	37	42
Dalarna	24	44	38	35
Gotland	42	47	31	39
Halland	31	41	33	39
Jämtland	75	49	41	41
Kalmar	94	48	39	41
Kronoberg	26	46	37	37
Norrbottnen	22	45	38	43
Region Skåne	298	49	42	44
Stockholm	55	45	39	42
Värmland	207	50	37	41
Västerbotten	45	46	35	39
Västra Götaland	234	48	35	40
Östergötland	211	47	36	40
<b>Riket</b>	<b>1522</b>	<b>48</b>	<b>38</b>	<b>41</b>

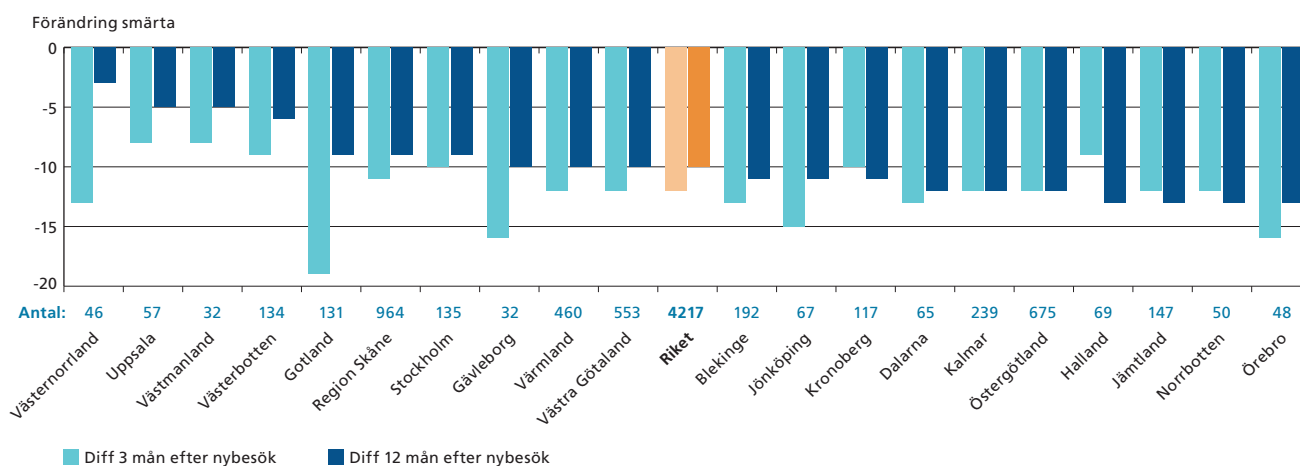
**Tabell 14b. Knä. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå.**

LANDSTING	VAS-smärta			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	192	50	37	39
Dalarna	65	50	37	37
Gotland	131	45	26	36
Gävleborg	32	48	31	37
Halland	69	46	37	33
Jämtland	147	50	37	37
Jönköping	67	48	33	36
Kalmar	239	50	37	38
Kronoberg	117	43	33	32
Norrbottnen	50	53	40	39
Region Skåne	964	50	39	40
Stockholm	135	46	35	36
Uppsala	57	43	35	37
Värmland	460	50	37	39
Västerbotten	134	47	38	41
Västernorrland	46	46	32	42
Västmanland	32	47	39	42
Västra Götaland	553	47	34	37
Örebro	48	47	31	34
Östergötland	675	49	37	37
<b>Riket</b>	<b>4217</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>38</b>

**Figur 16a. Höft. Förändring i smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2013).**



**Figur 16b. Knä. Förändring i smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2013).**



## 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. Endast enheter med minst 20 kompletta registreringar redovisas.



**Tabell 15a. Höft. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka symtom efter artrosskola.**

LANDSTING	ASES-symtom *			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	66	69	74	63
Dalarna	25	72	77	69
Gotland	41	68	77	66
Halland	29	73	77	70
Jämtland	70	64	67	62
Kalmar	91	66	70	65
Kronoberg	24	69	70	65
Norrbottn	20	68	74	64
Region Skåne	288	68	70	64
Stockholm	54	68	71	69
Värmland	199	64	69	64
Västerbotten	40	67	72	65
Västra Götaland	233	67	71	65
Östergötland	200	67	71	66
<b>Riket</b>	<b>1461</b>	<b>67</b>	<b>71</b>	<b>65</b>

\* 10–100, sämst–bäst

**Tabell 15b. Höft. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.**

LANDSTING	ASES-smärta *			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	63	64	70	60
Dalarna	24	68	74	66
Gotland	42	61	76	62
Halland	31	62	72	64
Jämtland	71	58	60	57
Kalmar	93	61	66	61
Kronoberg	26	62	67	62
Norrbottn	23	64	68	60
Region Skåne	297	62	64	56
Stockholm	53	65	68	65
Uppsala	20	62	63	61
Värmland	201	58	63	57
Västerbotten	41	62	67	60
Västra Götaland	231	62	67	59
Östergötland	200	60	66	59
<b>Riket</b>	<b>1480</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>59</b>

\* 10–100, sämst–bäst

**Tabell 16a. Knä. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.**

LANDSTING	ASES-symtom *			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	188	68	73	68
Dalarna	61	71	74	72
Gotland	129	67	77	68
Gävleborg	32	68	70	66
Halland	68	73	73	71
Jämtland	136	68	73	68
Jönköping	55	64	71	69
Kalmar	223	69	72	68
Kronoberg	111	73	75	73
Norrbottn	48	68	73	70
Region Skåne	928	68	71	66
Stockholm	126	72	74	70
Uppsala	57	70	74	71
Värmland	444	66	72	68
Västerbotten	123	67	72	68
Västernorrland	47	66	75	67
Västmanland	31	63	69	72
Västra Götaland	520	68	72	67
Örebro	47	68	75	68
Östergötland	626	67	71	68
<b>Riket</b>	<b>4004</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>

\* 10–100, sämst–bäst

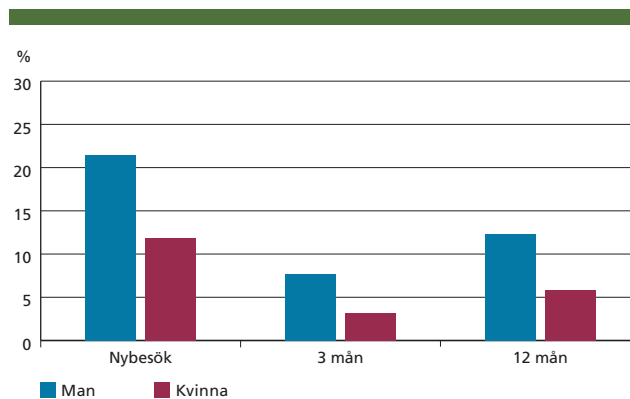
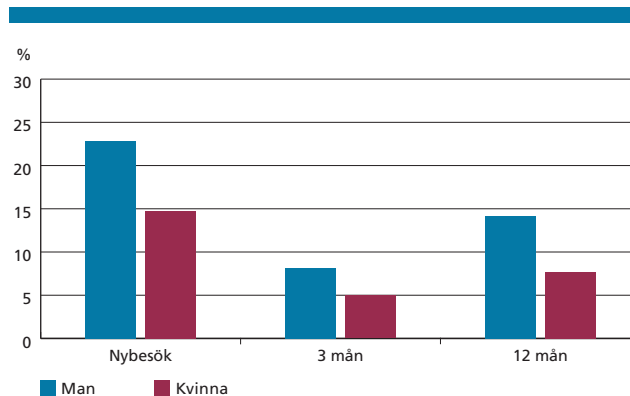
**Tabell 16b. Knä. Förändring i tilltro till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.**

LANDSTING	ASES-smärta *			
	Antal	Nybesök	3 mån	12 mån
Blekinge	189	64	69	61
Dalarna	60	65	70	66
Gotland	130	64	76	66
Gävleborg	31	64	69	65
Halland	66	69	70	68
Jämtland	141	65	70	65
Jönköping	63	62	69	67
Kalmar	230	64	67	62
Kronoberg	114	71	73	71
Norrbottn	49	62	68	63
Region Skåne	931	63	67	62
Stockholm	130	68	71	66
Uppsala	57	65	71	69
Värmland	443	61	68	62
Västerbotten	130	63	69	63
Västernorrland	45	63	74	65
Västmanland	32	60	68	66
Västra Götaland	534	63	69	64
Örebro	50	62	71	59
Östergötland	637	62	67	63
<b>Riket</b>	<b>4066</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>63</b>

\* 10–100, sämst–bäst

## Rädsla att leden tar skada av fysisk aktivitet

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 21, sid 124.

**Figur 17a. Höft. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet (2008–2013).****Figur 17b. Knä. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet (2008–2013).**

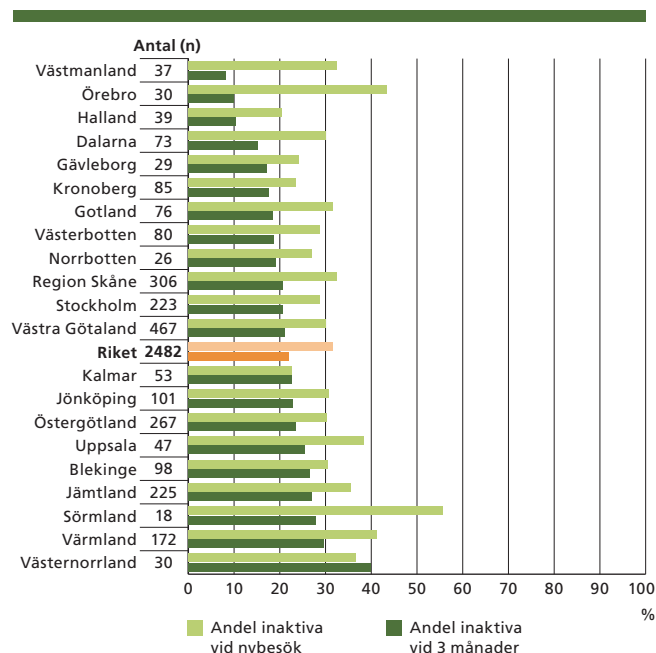
## Otillräcklig fysisk aktivitet

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 nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 fanns det med frågor om tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor. Vi valde då att byta till Socialstyrelsens två föreslagna frågor om fysisk aktivitet. Från och med den 1 september 2012 infördes de nya frågorna. Resultaten i denna årsrapport baseras enbart på Socialstyrelsens frågor.

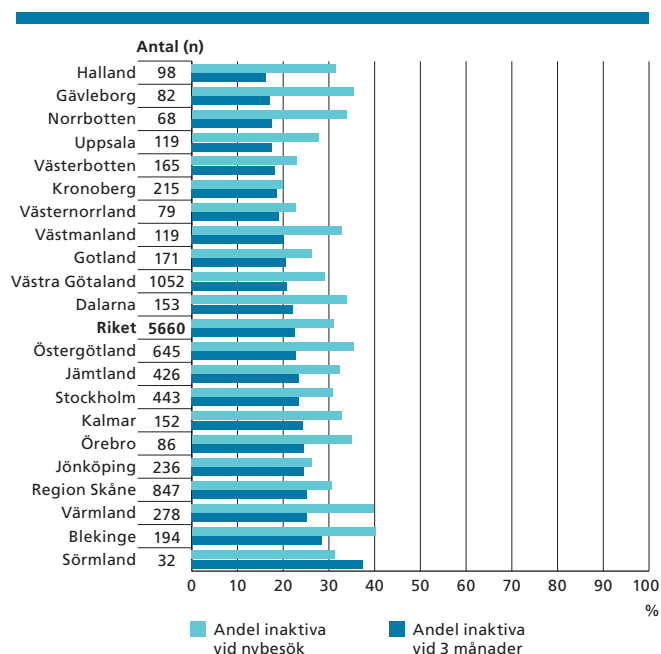
Ett av målen med artrosskolan är att motivera patienterna till regelbunden fysisk aktivitet på en nivå som är tillräcklig för att bibehålla god hälsa. Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderar att alla vuxna ska ackumulera 150 aktivitetsminuter per vecka, oavsett ålder och sjukdom. Aktivitetsminuter är en kombination av antal minuter som fysiskt aktiv (minst 10 minuter åt gången) och antal minuter i träning med minst måttlig intensitet. 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 ledrörlighet, styrka eller kondition. Träningen bör utföras med minst måttlig intensitet, det vill säga så att man blir lätt andfädd eller svettas. Vid summeringen till aktivitetsminuter är varje minut i träning värd två aktivitetsminuter, dubbelt så mycket som en minut i fysisk aktivitet (Aktivitetsminuter = minuter fysiskt aktiv + 2x (minuter träning)).

BOA har som mål att 80% av patienterna ska uppnå 150 aktivitetsminuter/vecka efter ett år. Detta kan också uttryckas som att andelen otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20%. Nedan redovisar vi andelen otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök och efter tre månader. Målet för varje enhet är att minska andelen otillräckligt fysiskt aktiva med 10 procentenheter efter ett år. Eftersom frågorna infördes i september 2012 är det fortfarande bara en liten andel patienter som har hunnit följas upp efter ett år. Resultaten efter ett år presenteras därför först i nästa årsrapport. Figurerna bredvid representerar ackumulerat antal sedan 1 september 2012.

**Figur 18a. Höft.** Andel inaktiva patienter per landsting, (ackumulerar mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka) september 2012–2013.



**Figur 18b. Knä.** Andel inaktiva patienter per landsting (ackumulerar mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka), 2012–2013.

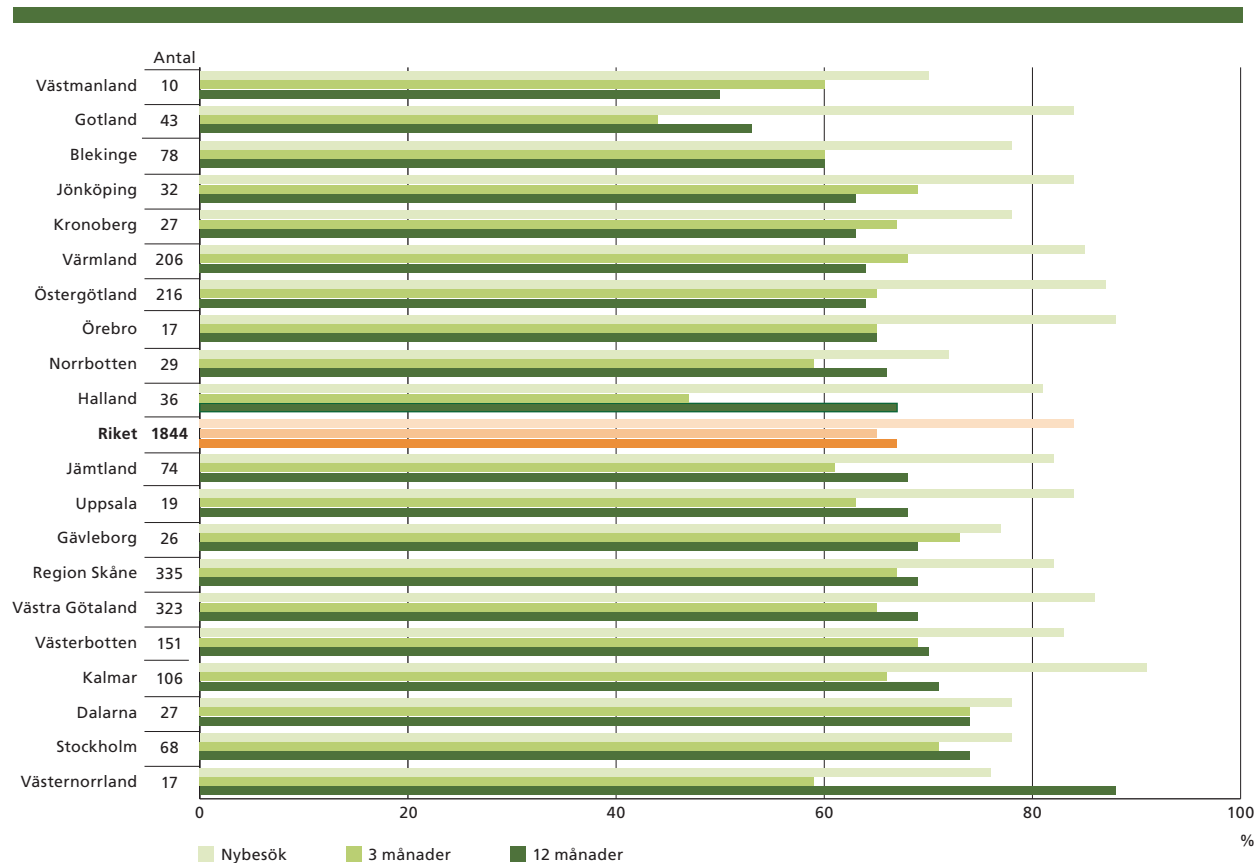




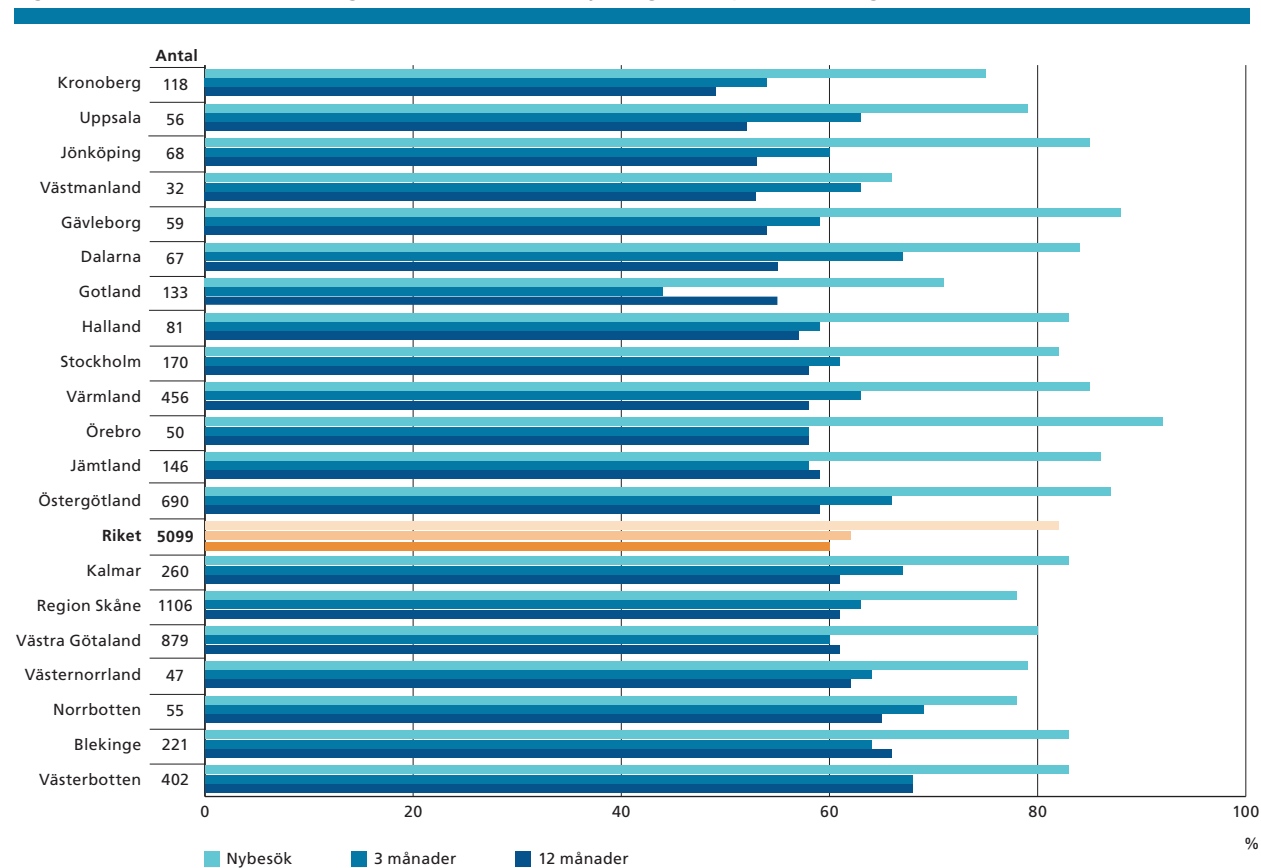
## Andel med daglig smärta

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 på nästa sida visar andelen patienter vid nybesök, tre och tolv månader som anger att de har ont varje dag eller alltid i höft respektive knä. Endast enheter/landsting med minst 10 patienter som fullföljt ettårsuppföljning före den 31 december 2013 och kompletta data från samtliga tre tillfällen redovisas i figurerna. Resultaten är sorterade efter andel med daglig smärta vid ettårsuppföljningen. I hela registret anger 84% av patienterna med höftartros att de har smärta varje dag vid nybesök. Andelen sjunker till 65% efter tre månader och ligger fortfarande kvar på 17% under ingångsvärdet efter ett år, på 67%. Motsvarande siffror för knäartros är 82% vid nybesök, 62% efter tre månader och 60% efter ett år. En minskning med över 20%.

Figur 19a. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008–2013).



Figur 19b. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008–2013).





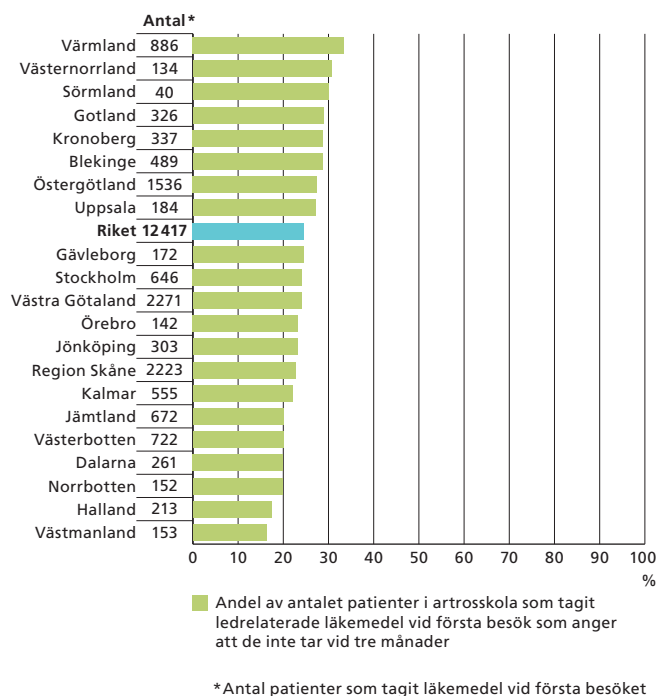
## Förbrukning av ledrelaterade läkemedel

Läkemedel ska ses som kompletterande behandling vid artros, då information och anpassad fysisk aktivitet inte får tillräcklig effekt, eller för att möjliggöra fysisk aktivitet och träning. Läkemedel bör tas under begränsade perioder och endast i undantagsfall som enda behandling på grund av risk för biverkningar. Anpassad träning kan ha samma effekt på smärtan som läkemedel, men utan negativa biverkningar. Ett sätt att mäta effekt av artrosskolan kan vara att studera förändring i patientrapporterad förbrukning av ledrelaterade läkemedel. Det är dock inte så enkelt som att mäta andelen som säger att de slutat ta läkemedel. Många patienter med artros är rädda för att få biverkningar och vill därför inte ta läkemedel även om de har ont. Detta kan ha en negativ inverkan på hälsa och välbefinnande, samt på aktivitetsnivå. Ett bättre alternativ kan vara att lära sig när och hur man ska använda smärtstillande läkemedel för att kunna leva ett aktivt och bra liv.

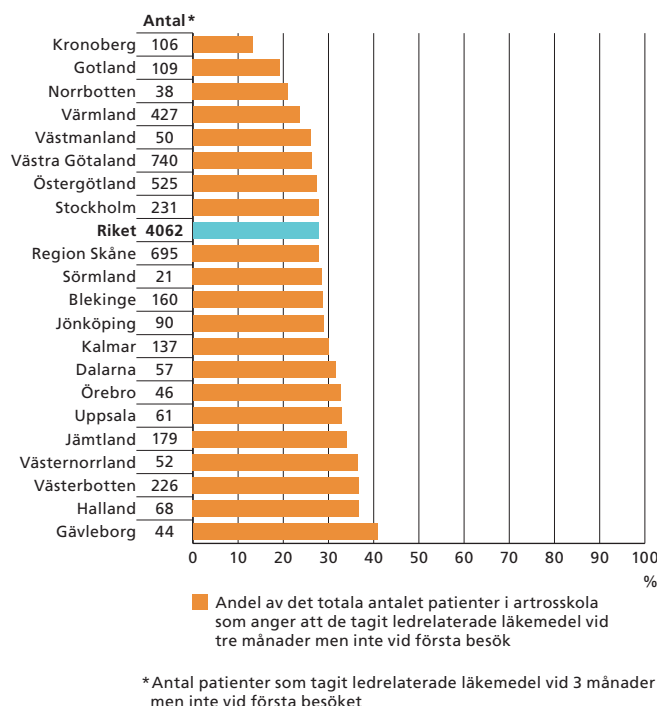
I Figur 20 ser vi antal och andel som anger att de tog något ledrelaterat läkemedel, inklusive naturläkemedel, vid första besök, men har slutat vid tre månaders uppföljning. I Figur 21 visar vi antal och andel som rapporterar att de inte tog ledrelaterade läkemedel vid första besök, men börjat vid tre månaders uppföljning.

I BOA-registret frågar vi inte efter hur ofta eller hur mycket läkemedel som används. Inte heller om läkemedlet har förskrivits av läkare eller köpts över disk. Detta är faktorer som behöver analyseras i mer detalj, tillsammans med vilka läkemedel som patienter slutar eller börjar använda, för att kunna dra några slutsatser om vad som är ett bra resultat. Landsting där en större andel slutar än börjar bör dock kunna sägas ha en god utveckling. För information om vilka läkemedelsgrupper som var mest använda hänvisas till kapitel *Deskriptiva data*.

Figur 20. Andel som slutar med ledrelaterade läkemedel.



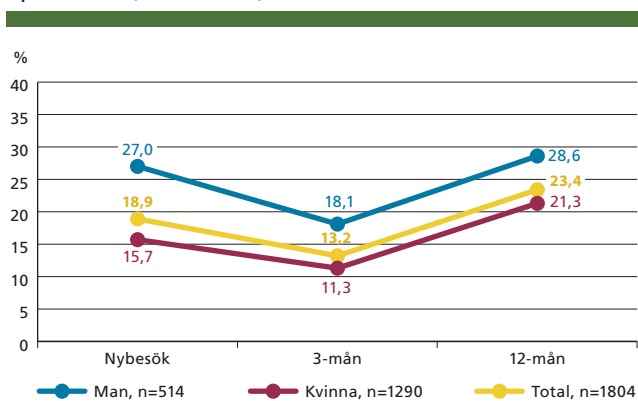
Figur 21. Andel som börjar med ledrelaterade läkemedel.



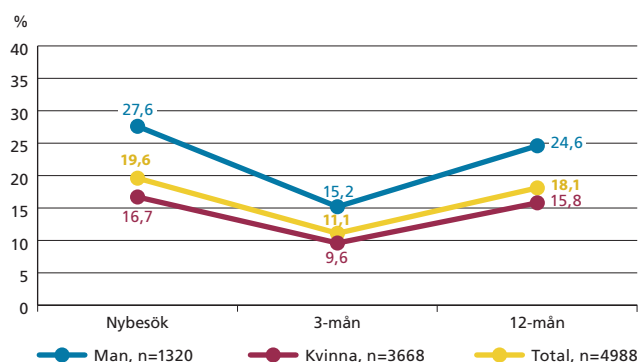
## Önskan om operation

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 figuren nedan visar andelen patienter som önskar operation före artrosskolan samt efter tre och tolv månader för höft respektive knä. Figuren representerar hela registret (ackumulerade data) och redovisas uppdelat på kön. Andelen som vill bli opererade är högre bland män än kvinnor.

**Figur 22a. Höft.** Andel som anger att de vill bli opererade (2008–2013).



**Figur 22b. Knä.** Andel som anger att de vill bli opererade (2008–2013).



## Genusperspektiv

Tabell 8a–b på sid 22 visar likheter och olikheter mellan män och kvinnor vid första besöket i artrosskolan. Kvinnor har mer besvär från händer i tillägg till höft eller knä, medan en större andel män i registret tillhör Charnely kategori A, vilket betyder att de enbart har besvär från en led. Männen i registret verkar således ha en lindrigare ledsjukdom än kvinnorna.

Tabell 9a–b på sid 25 innehåller data om civilstatus och sjukskrivning för män och kvinnor som fullföljt artrosskolan, det vill säga varit på tremånaders uppföljning. Bortsett från att kvinnorna är ensamstående i större utsträckning är det inga påtagliga skillnader mellan könen.

I Figur 17a–b på sid 45 kan vi se att män är mer rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet. Figur 22a–b visar att männen i större utsträckning vill bli opererade. Tabell 11a–12b (sid 32) visar andel män och kvinnor som avbryter artrosskolan på grund av operation eller av andra orsaker. I Figur 13a–b (sid 38) ser vi andelen män och kvinnor som äter NSAID-preparat. Här är trenden sjunkande för män både då det gäller höft- och knäartros, något sjunkande även för kvinnor med knäartros medan andelen verkar relativt stabil för kvinnor med höftartros. För både höft- och knäartros var andelen män över 75 år som äter NSAID störst 2008–2010, men sedan 2011 för knäartros och 2012 för höftartros är andelen kvinnor större. Vad detta betyder och hur dessa olika faktorer påverkar resultatet av artrosskola kan vi i nuläget bara spekulera i. Ett forskningsprojekt i planeringsfasen avser att belysa eventuella könsskillnader avseende vissa variabler efter artrosskola (se sid 73). Ytterligare forskning behövs för att till fullo belysa och förstå olikheter i symtom, behandling och resultat för män och kvinnor med artros.

## Vad tycker patienterna om artrosskolan

### Andel som tycker artrosskolan var bra eller mycket bra

Efter tre månader anger 93% av patienterna att de tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra. Motsvarande siffra efter ett år var 85%.

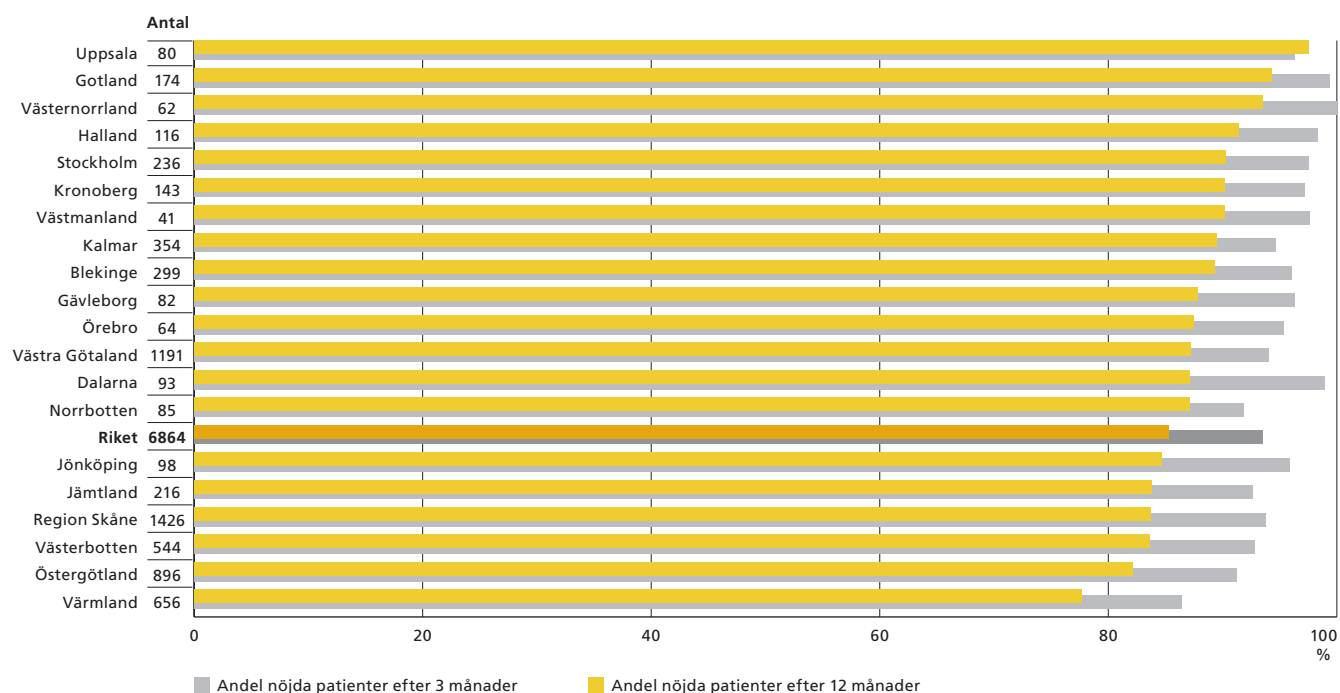
I samband med ettårsuppföljningen får registret ibland brev från användarna:

*“Om någon läser detta (alltså inte maskinell läsning):  
En fantastiskt bra skola! Jag rekommenderar den till  
vänner i alla delar av landet!”*

*“Jag är så tacksam att jag fick möjligheten att gå artros-  
skolan. Jag hade idag varit opererad i knäled om jag inte  
gått artrosskolan. Jag vill ej opereras.”*

*“...det allra bästa med artrosskolan var att jag fick insikten  
om hur viktigt det är med träning, promenader osv och  
att det inte är farligt att det gör ont efteråt, om det släpper  
efter ett visst antal timmar.”*

**Figur 23.** Andel patienter som tyckte artrosskolan var bra eller mycket bra per landsting (2008–2013).

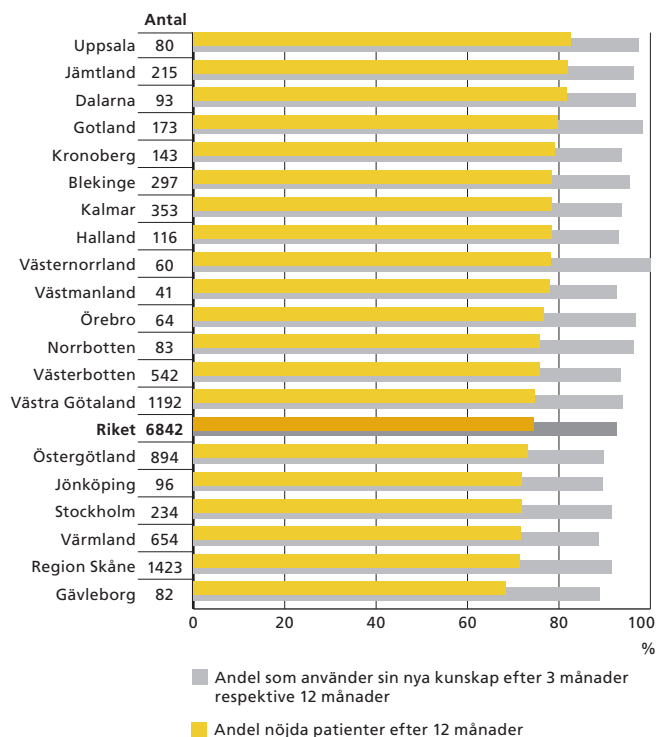


## Andel som använder kunskapen från artrosskolan i sin vardag

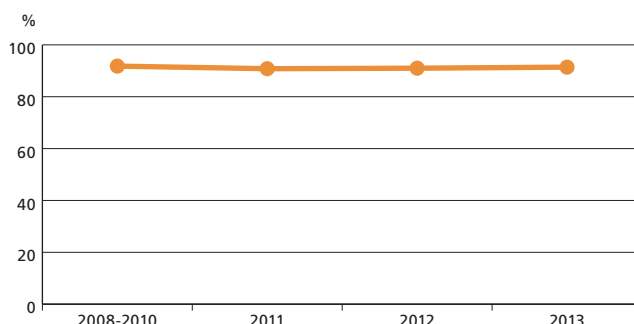
Ett sätt att mäta nyttan med artrosskolan är att fråga patienterna hur ofta de använder vad de lärt sig i artrosskolan i sin vardag. Efter tre månader anger 62% att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan varje dag eller flera gånger dagligen och 93% säger sig använda vad de har lärt sig minst varje vecka. Efter ett år säger sig 75% fortfarande använda vad de har lärt sig minst varje vecka (Figur 24). 38% använder fortfarande, ett år efter artrosskolan, kunskapen från artrosskolan dagligen.

Trots att antalet enheter som driver artrosskola har ökat lavinartat under de fyra verksamhetsår som registret hittills redovisat resultat från verkar inte kvaliteten på verksamheten ha försämrats om vi mäter genom att utvärdera hur ofta patienterna använder vad de har lärt sig. Om vi jämför hur stor andel som rapporterar att de använder vad de har lärt sig minst varje vecka vid tre-månaders uppföljning över tid har den legat i stort sett oförändrad strax över 90% sedan starten (Figur 25).

**Figur 24.** Andel patienter som anger att de använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka per landsting (2008–2013).



**Figur 25.** Andel som anger att de använder vad de lärt sig minst varje vecka vid tre månaders uppföljning, per år.



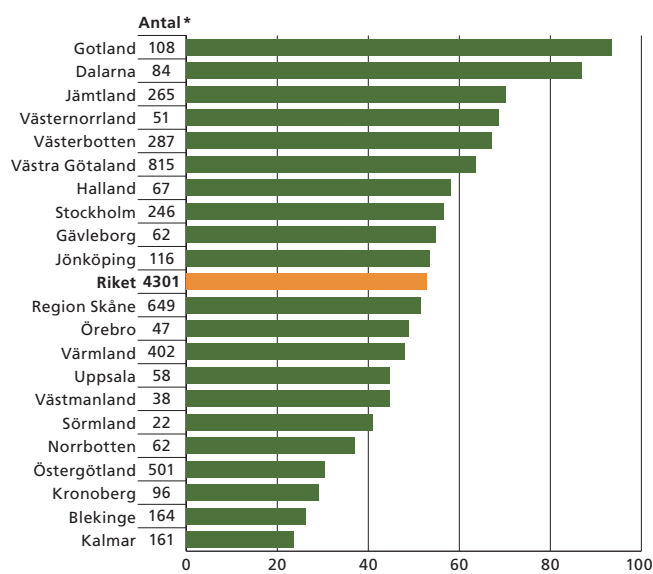
## Deltagande i artrosskolan

Den minimala interventionen i artrosskolan (se Figur 30) består av information om artros och om tillgängliga behandlingar. Informationen ges av fysioterapeuter, 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 oöverstigligen 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 att 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. 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 fysioterapeut i sex veckor eller mer.

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.

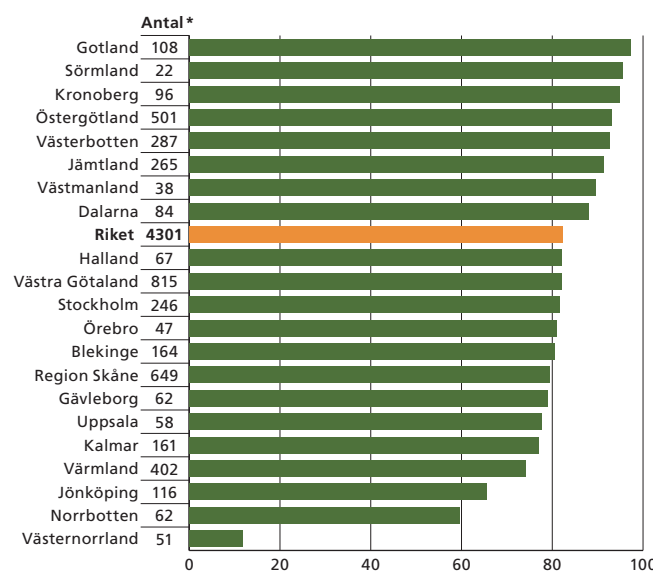
**Figur 26a. Höft.** Andel patienter som har deltagit i tillfälle med artrosombud på landstingsnivå (2008–2013).



\* Antal avser antal patienter per landsting som har deltagit i teoridelen av artrosskola. Andel är beräknad på detta antal.

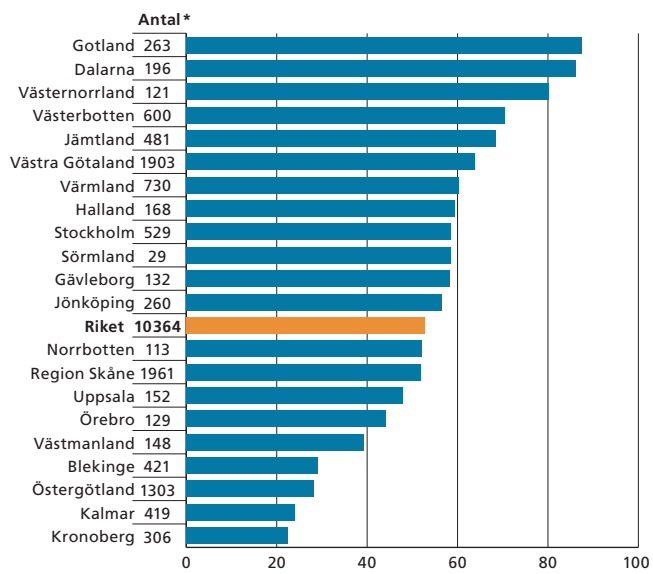
I Figur 26a–27b visas hur stor andel av patienterna med höft- och knäartros som väljer att delta i de olika delarna av artrosskolan. Det finns stora variationer vad gäller deltagande. Det kan finnas flera förklaringar. Vare sig bakomliggande orsaker eller konsekvenser av dessa skillnader syns direkt i resultaten utan dessa är föremål för lokala analyser.

**Figur 27a. Höft.** Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2013).



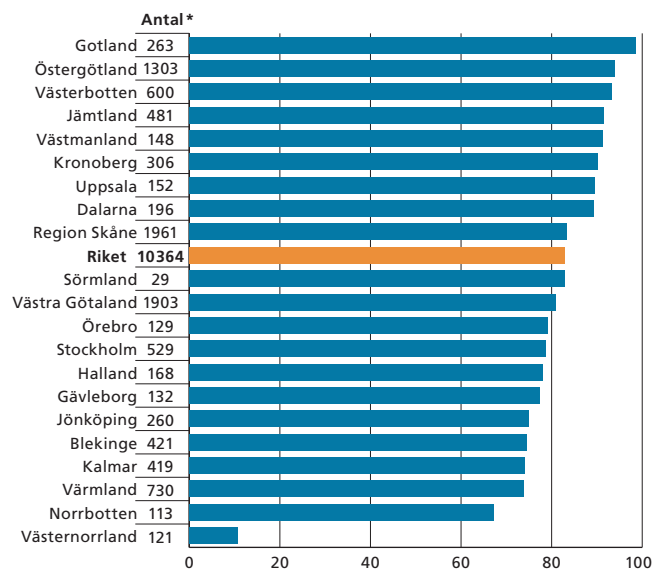
\* Antal avser antal patienter per landsting som har deltagit i teoridelen av artrosskola. Andel är beräknad på detta antal.

**Figur 26b. Knä.** Andel patienter som har deltagit i tillfälle med artrosombud på landstingsnivå (2008–2013).



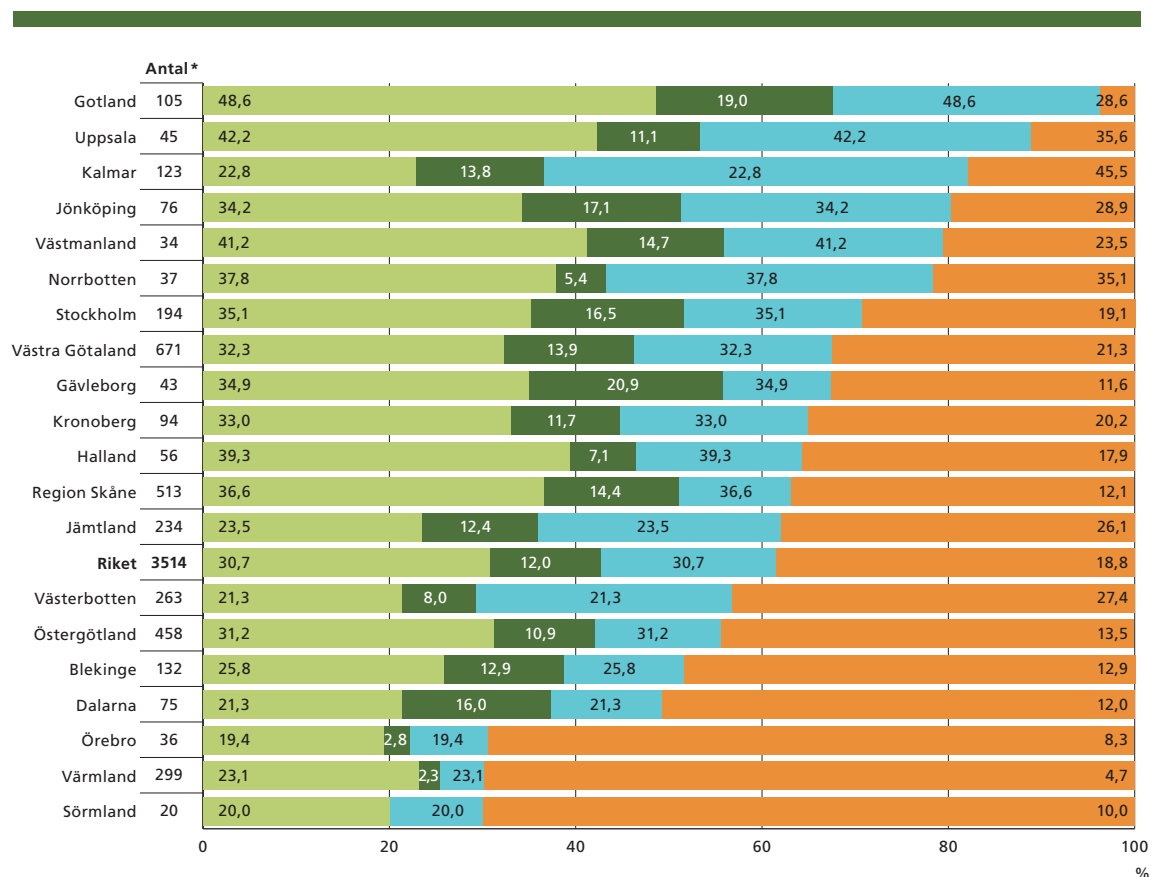
\* Antal avser antal patienter per landsting som har deltagit i teoridelen av artrosskola. Andel är beräknad på detta antal.

**Figur 27b. Knä.** Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2013).

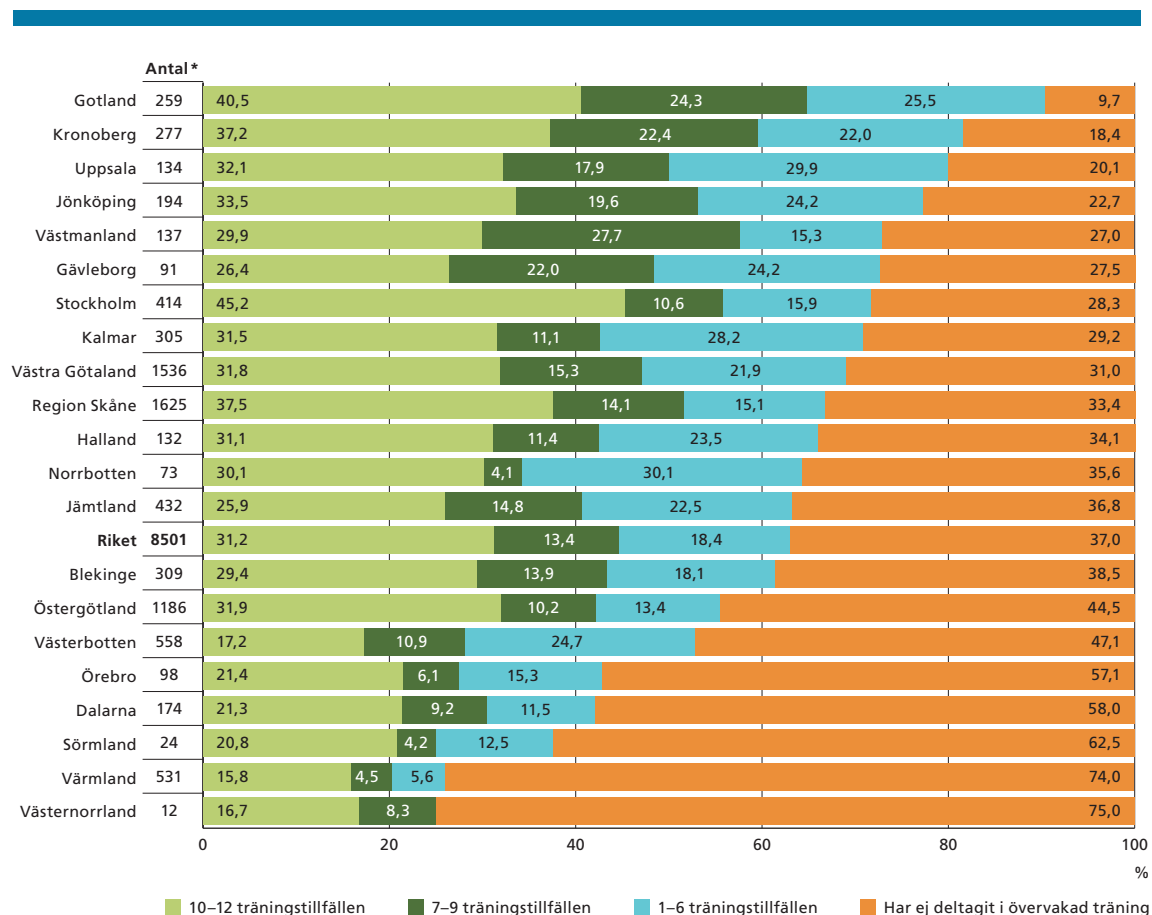


\* Antal avser antal patienter per landsting som har deltagit i teoridelen av artrosskola. Andel är beräknad på detta antal.

**Figur 28a. Höft.** Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per landsting, 2008–2013.



**Figur 28b. Knä.** Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per landsting, 2008–2013.



\*Antal avser antal patienter per landsting som varit på individuell träningsgenomgång per enhet. Andel är beräknad på detta antal.

## Tvåårsuppföljning

Varje år skickas tvåårsuppföljning ut per post till 100 slumpvis utvalda patienter bland dem som besvarade ettårsuppföljningen föregående år. Dessa 100 får sedan en årlig uppföljning så länge de lever. Antalet patienter med tvåårsuppföljning ackumuleras varje år. För de 205 patienter som genomgått tvåårsuppföljning 2013 var EQ5D 0,67 och VAS smärta 40. Sextioåtta procent av dessa patienter anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan minst varje vecka.

## Praxis

Förutom patientsammansättning kan man förmoda att rutiner och resurser som ägnas åt artrosskolan på varje enhet kan påverka resultatet. Hur artrosskolan bedrivs på varje klinik kallar vi för 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. Det primära målet är patientens bästa, och för att veta vad patientens bästa är och vad det är som bidrar till patientens bästa måste vi utvärdera. Varje enhet som erbjuder strukturerad information motsvarande artrosskola till patienten, samt utvärderar och registrerar sina resultat i BOA-registret uppfyller det vi kallar för minimal intervention. 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 och att alla som är involverade i artrosskolan vid en enhet använder samma upplägg. Träning är en valfri del för patienterna. Patientens val av träning (övervakad eller hemträning) registreras.

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 artrosinformatör. 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.

Praxis ska rapporteras in till registret en gång per år, eller när förändring sker, via hemsidan. I december eller januari beskriver man hur artrosskolan var upplagd under föregående år. Tabell 17 på sid 56–65 visar hur artrosskolan såg ut på de olika klinikerna under 2013. Enheter som inte fyllt i praxis under december 2013 eller januari 2014 har fått markeringen 'uppgift saknas' i tabellen.











Tabell 17. 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.	206. Capio Citykliniken, Malmö Centrum		■					■			
	240. Capio Citykliniken, Båstad		■					■			
	249. Vårdcentralen Måsen, Lund	■									
	254. Vårdcentralen Perstorp		■			■					
	316. Vårdcentralen Vinslöv		■				■				
	332. Vårdcentralen Fosietorp, Malmö		■				■				
Stockholm	52. Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	■									
	103. Tallhöjden Rehab, Södertälje	■									
	105. Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd <sup>2</sup>	■									
	124. Järfällahälsan		■					■			
	126. Vallentuna Primärvårdsrehab		■					■			
	133. Salem Rehab, Rönninge	■									
	139. Haninge Rehab		■							■	
	141. Primärvårdsrehab, Bromma		■							■	
	144. Rehab City Norrmalm, Stockholm	■									
	158. Dalen Rehab Södra, SLSO		■						■		
	164. Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO		■							■	
	192. Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta			■						■	
	201. Rudans Rehab, Handen			■						■	
	234. Hela kroppen Sjukgymnastik, Stockholm	■									
	253. Nynäs Rehab Center, Nynäshamn		■							■	
	262. Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje			■					■		
	Sörmland	232. Vårdcentralen Linden, Katrineholm	■								
264. Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm			■				■				
314. Vårdcentralen Stadsfjärden, Nyköping		■									
Uppsala	88. Ena Sjukgymnastik, Enköping	■									
	113. Gimo Vårdcentral			■					■		
	127. Enköpings Husläkarcentrum	■									
	259. Skutskärs vårdcentral			■					■		
	270. Östervåla vårdcentral			■					■		
	284. Samariterhemmets vårdcentral, Uppsala			■					■		
	343. Alunda vårdcentral			■					■		
Värmland	7. VC Gripen, Karlstad CSK	■									
	46. Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika			■						■	
	53. Primärvårdsrehab Norra, Värmland <sup>5</sup>	■									
	54. Rehabiliteringen, Kristinehamn				■				■		
	54. Rehabiliteringen, Kristinehamn				■				■		
	97. Hagfors VC <sup>6</sup>			■					■		
	212. Vårdcentralen Sunne <sup>6</sup>	■									
	213. Sjukhuset Torsby	■									
	222. Vårdcentralen Munkfors <sup>6</sup>			■					■		
	227. Vårdcentralen Ekshärad <sup>6</sup>			■					■		
233. Vårdcentralen Grums			■					■			

Tabell 17. 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	■	■			■		
	■					■			■		■	■	>5		■				■	
	■					■				■	■	■	3	■	■				■	
		■								■	■	■			■			■		
	■					■			■				2		■				■	
	■					■				■	■	■	3		■				■	
	■					■				■	■	■	2	■		■			■	
	■					■				■	■	■	4	■	■			■		
		■					■			■	■	■	3	■	■			■		
		■					■			■	■	■	3	■		■			■	
		■					■			■			2	■	■				■	
	■					■				■			>5	■	■				■	
	■						■			■	■	■	2			■		■		
	■						■			■	■	■	2	■	■				■	
■							■			■	■	■	3	■	■			■		
	■						■			■			2	■	■				■	
		■					■			■			2		■				■	
	■						■			■			2		■				■	
	■						■			■		■	3	■	■				■	
	■						■			■			2	■	■			■		
	■						■			■				■		■			■	
		■					■			■			3	■		■			■	
		■					■			■			3		■				■	
	■						■			■					■			■		
■							■			■					■			■		
■							■			■									■	
	■						■			■			>5		■			■		









Tabell 17. 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	
		■				■				■				■	■				■	
			■			■				■			3	■	■				■	
		■				■				■			3			■		■		
			■			■				■			2	■	■				■	
	■					■				■			2			■		■		
		■				■				■			2				■	■		
	■					■				■			2				■	■		
		■				■				■			3	■	■				■	
■						■				■			2	■	■				■	
		■				■				■			3	■		■		■		
	■					■				■			3	■	■				■	
	■					■				■			2		■				■	
		■				■				■			3	■	■				■	
	■						■			■			3	■	■				■	
			■			■				■			2		■			■		
	■					■				■			2				■	■		
■						■				■				■					■	
		■				■				■				■				■		
		■				■				■			2			■			■	
		■				■				■			3	■	■				■	
		■				■				■			2	■	■				■	
	■					■				■					■			■		
		■				■				■			2	■		■			■	
	■					■				■			2	■		■			■	

<sup>1</sup> Har inte rapporterat in praxis under perioden december 2013 till och med januari 2014

<sup>2</sup> Har inte rapporterat in patienter under 2013

<sup>3</sup> Avslutat artrosskoleverksamheten

<sup>4</sup> Patienterna har gått artrosskola på enhet 61 Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga

<sup>5</sup> Enheten är numera uppdelad i flera enheter (Hagfors, Sunne, Munkfors och Ekshärad ingick i enheten)

<sup>6</sup> Ingick tidigare i enhet 53

<sup>7</sup> Enhet 63 är uppdelad på enhet 370 och 371

<sup>8</sup> Enhet 61 är uppdelad på enhet 302 och 303

<sup>9</sup> Vårdcentralen upphörde 121031

<sup>10</sup> Björknäs, Sandens och Erikslunds vårdcentraler ingår i enheten

<sup>11</sup> Enheten är uppdelad i enheterna 214, 228, 248 och 325

<sup>12</sup> Även Borensberg, Boxholm, Mjölby och Ödeshög ingår i enheten

<sup>13</sup> Enhet 302 ingick tidigare i enhet 61

<sup>14</sup> Ingår numera i enhet 231 Gävle Primärvård

För kommentarer angående enheter, se även Tabell 20 på sid 87.

# Förbättringsarbeten i BOA

Det är glädjande att konstatera att fler och fler fysioterapeuter som registrerar i BOA-registret upptäcker nyttan med kvalitetsregistret i den egna verksamheten. I BOA-registret kan man följa effekten av en fysioterapeutisk intervention, artrosskolan, men också lära sig mer om resursutnyttande och kvalitet i vården. Resultaten från BOA kan användas för att förbättra hela vårdkedjan för patienter med artros i höft och knä.

## Målnivåer som stimulans och vägvisare

BOA-registret har valt målnivåer som kan användas för att mäta effekt på resultat och process: Förbättring av EQ5D med 0,1 efter 12 månader, 80% av patienterna ska uppnå 150 aktivitetsminuter efter 12 månader, medelåldern vid första besök ska sänkas till 58 år och andelen röntgade före artrosskolans ska minska. Dessa målnivåer är relativt högt satta och "tröga" att förändra, det vill säga att det kan ta tid innan förändrings- och förbättringsarbeten ger effekt så att målnivåerna uppnås. Genom att mäta var enhetens resultat ligger i relation till målnivåerna och fundera ut smarta förändringar för att närma sig målet kan varje enhet utvärdera effekten av sitt förändringsarbete i realtid i rapportmodulen på kvalitetsregistrets hemsida. BOAs rapportfunktioner gör det möjligt att definiera vilken tidsperiod man önskar resultat från och därmed jämföra resultat före och efter en viss förändring. Det är väsentligt att utvärdera om förändringen faktiskt leder till en förbättring. Att enbart fokusera på resultat kan dock vara vilseledande. Tid och resurser ska användas till 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, och med fler mått exempelvis genom minskat vårdbehov eller minskad sjukskrivning. Det handlar förstås också om att mäta och utvärdera rätt saker. Det handlar inte främst om processen utan om vad som verkligen betyder något för patienten. En "bubblare" då det gäller kvalitetsmått med hjälp av BOA-registret är därför att mäta andelen patienter som fullföljer artrosskolan och genomgår tre månaders uppföljning. I denna årsrapport redovisar vi detta resultat i Tabell 5a–b (sid 17).

Som kuriosa nämndes att en kvinna velat ge bort artrosskolan i julklapp till sin make, vilket måste anses som gott betyg till enhetens artrosskoleverksamhet.

## Att använda registerdata till nytta för patienterna och verksamheten

Användandet av Nationella Kvalitetsregister i verksamheten är fortfarande relativt nytt för fysioterapeuter. Det finns ett behov av ökad kunskap om potentialen med kvalitetsregister inom vården och om förbättringskunskap, både på grundutbildningsnivå och för kliniskt verksamma fysioterapeuter. För att ett register ska vara till nytta för patienterna på den enskilda mottagningen krävs det **1)** att fysioterapeuterna 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. En ytterligare faktor som sannolikt bidrar starkt till

användandet av data är om resultaten efterfrågas av verksamhetschef eller motsvarande. Att diskutera resultaten på arbetsplatsträffar är också ett stimulerande sätt att använda data för att effektivisera rutiner och minimera tidstjuvar i verksamheten. Genom BOA har vi 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 kunskapen om hur man kan hämta ut och använda de egna resultaten i verksamheten. Genom att enheterna använder sina resultat upptäcks också lättare eventuella felaktigheter i inmatningen och kvaliteten på data ökar.

## Åtta enheter deltog i BOAs förbättringsprojekt

Under hösten 2013 initierades ett förbättringsprojekt i BOA-registret, med stöd från Registercentrum Västra Götaland via medel som tilldelats från SKL. Syftet med projektet var att medverkande enheter skulle lära sig mer om verksamhetsnära förbättringsarbete och hur man rent praktiskt kan jobba med det i den löpande verksamheten.



Inbjudan till projektet gick ut till samtliga enheter i BOA-registret och åtta enheter nappade på erbjudandet om medverkan: HabRehab Gotland, Sälen-Lima, Matfors HC, Abels rehab Malmö, Närhälsan Rehabmottagning Trollhättan, Kortedala Rehabcenter, Rehab väst LIM och Rörelse & hälsa Linköping. En förutsättning för medverkan var att ledningen för enheten ställde sig positiv och medgav att tid avsattes för förbättringsarbetet. Detta gjorde att ett par enheter som från början uttryckt intresse av att medverka drog sig ur arbetet. Vid ett första lärandeseminarium i oktober fick enheterna lära sig mer om förbättringskunskap och hur det kan användas i den kontinuerliga verksamheten. Olika verktyg för att identifiera problem och förbättringsområden, exempelvis strukturerad brainstorm och fiskbensdiagram, presenterades och prövades i praktiska workshops. Enheterna fick själva identifiera förbättringsområden med utgångspunkt i BOAs målnivåer. Projekttiden var kort då redovisning skulle ske inom sex månader och enheterna ombads därför identifiera rimliga mål och lämplig arbetsordning. En projektansvarig på varje enhet såg till att arbetet drevs framåt, men det betonades att hela teamet, det vill säga alla som på något sätt är involverade i artrosskolans verksamhet lokalt, skulle medverka i arbetet.

Efter sex månader hölls ett slutseminarium (april 2014). Enheterna återsamlades då för att berätta om sina erfarenheter från projektet. Alla var eniga om att det varit mycket lärorikt och vi kunde konstatera att det

trots den korta projekttiden genomförts ambitiösa och målinriktade insatser på enheterna, med hjälp av de nya arbetsmetoderna, som verkligen fått fart på förbättringsprocesserna.

Dessa goda erfarenheter inspirerade oss i registret till att fortsätta arbetet med förbättringsprojekt och förbättringskunskap inom BOA och vi kommer att utlysa nya möjligheter att medverka i liknande projekt.

### Exempel på hur man kan arbeta för att sänka medelåldern i registret

**På Närhälsan Rehabmottagning Trollhättan** insåg man att effekten av insatserna inte skulle kunna mätas under den korta projekttiden, utan satte ett kortsiktigt mål att sprida information om artrosskolan bland vårdgivare och då betona vikten av tidigt omhändertagande. Efter att ha identifierat problemområden valde man att rikta in sig på information till vårdpersonal på vårdcentraler, ortopedklinik, rehabmottagning samt till patienter. Ett annat led i arbetet var att se över tillgängligheten till artrosskolan för patienter som är yrkesverksamma. Arbetet resulterade i en informativ, kortfattad och proffsigt illustrerad broschyr om artrosskolan för allmänheten, en affisch med kort information om artrosskolan som ska finnas på rehabmottagning, vårdcentraler och ortopedklinik, samt skriftlig information till vårdpersonal för att förtydliga vad det är viktigt att tänka på vid hänvisning av patienter till artrosskolan. Enheten har dessutom informerat om artrosskolan på vårdcentraler i närområdet, bokat in informationsmöte på ortopedkliniken, samt informerat kollegorna på arbetsplatsen om förbättringsarbetet med hjälp av BOA-registret. Effekterna av dessa insatser på medelåldern i artrosskolan kommer att utvärderas kontinuerligt och arbetet med att sprida information fortgår.

**I Sälen-Lima** valde man att angripa problemet med hög medelålder i artrosskolan genom personalutbildning om artros, bland annat för att diskutera rutiner och hur information om artrosskolan presenteras för patienterna. Man insåg att just dessa områden kan vara avgörande för att göra patientens väg genom vården rakare och snabbare, vilket är en förutsättning för att ge rätt vård i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet. Sälen-Lima är en liten vårdcentral som håller cirka fyra artrosskolor per år. Artrosskolorna är en viktig del av verksamheten. Den lilla enheten har goda förutsättningar att utnyttja korta kommunikationsvägar och förbättringsprojektet har ökat medvetenheten om artrosskolan bland personal på enheten, vilket underlättar möjligheten att fånga upp patienterna tidigare. Även här ämnar man att ta fram

skriftlig information till allmänheten. Genom att sprida information om att artrosskolan finns och vad det är, kan patienter söka direkt till artrosskolan. Som kuriosas nämndes att en kvinna velat ge bort artrosskolan i julklapp till sin make, vilket måste anses som gott betyg till enhetens artrosskoleverksamhet.

Även på Gotland ville man sänka medelåldern i artrosskolorna och valde att informera vårdinrättningar som kan fånga upp och hänvisa patienter till artrosskolan. På Gotland har man också sedan tidigare arbetat med att bibehålla den ökade aktivitetsnivån efter ett år bland patienterna som har deltagit i artrosskola (se nedan).

### Exempel på hur man ökar andelen fysiskt aktiva ett år efter artrosskola

**På Gotland** har man sedan tidigare sett att andelen fysiskt aktiva efter ett år är lägre än efter avslutad artrosskola (3 månader), och funderat över hur man kan arbeta för att bibehålla aktivitetsnivån mellan tre månader och ett år. Sedan en tid tillbaka infördes recept på fysisk aktivitet (FaR) efter avslutad artrosskola. Med hjälp av registret ser man nu en effekt och andelen som uppnår 150 aktivitetsminuter efter ett år är över 80%. I det fortsatta arbetet valde man att ytterligare strukturera upp det lyckosamma arbetet med FaR genom att införa telefonuppföljningar vid 3, 6 och 9 månader. Man har också valt att diskutera verksamheten och samordna så att alla arbetar på samma sätt. Vidare har man inlett samverkan med levnadsvanemottagningen.

**Även i Kortedala** valde man att öka andelen tillräckligt fysiskt aktiva efter artrosskolan genom tätare uppföljningar. Här hade man dessutom som mål att öka antalet registrerade patienter i BOA-registret, då det varit lågt under föregående år. Ett lågt antal patienter gör det svårt att tolka resultat i registret. Deltagarnas aktivitetsnivå följdes upp med frågorna som finns i registret om hur ofta de ägnar sig åt fysisk aktivitet och träning både under artrosskolan och 6 månader efter för att fånga upp eventuella svackor. I de fall man upptäckte en minskning av aktivitetsnivån bokades ett individuellt besök med syfte att samtala om och öka motivationen till fysisk aktivitet. Detta arbetsätt ledde till en mätbar förändring av andelen patienter som nådde målet 150 aktivitetsminuter/vecka efter tre månader, vilket var ett delmål i det här tidsbegränsade projektet. Det fortsatta arbetet består i att utvärdera effekten efter ett år, samt att studera effekten även på andra variabler som hälsorelaterad livskvalitet och smärta. Man bedömde att den extra arbetsinsats

som krävdes för uppföljningar och motiverande samtal var relativt liten i förhållande till effekten. Det fortsatta arbetet kommer också att sträva efter att identifiera hur täta uppföljningar som krävs för att bibehålla effekt på aktivitetsnivå, alternativt fånga upp dem som tappar motivation.

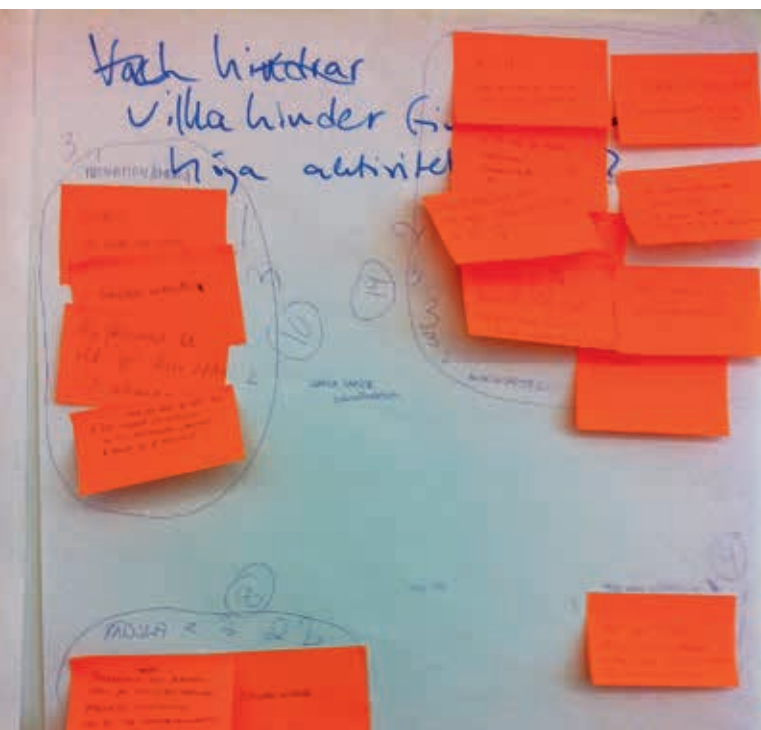
**I Rehab väst LIM** fanns aktivitetsminuterna med på agendan över vad man önskade förbättra. Med anledning av den korta uppföljningstiden blev det svårt att följa effekten av några insatser och man valde då att dessutom fundera över patientnöjdheten med det upplägg av artrosskola som erbjuds idag. En enkät lämnades ut till deltagarna i artrosskolan och en checklista togs fram för att alla fysioterapeuter som arbetar med artrosskolan ska arbeta på ett likvärdigt sätt. För att hjälpa deltagarna i artrosskolan att komma över hinder för fysisk aktivitet skrev man ihop goda råd på ett kort till patienten. Arbetet med att utvärdera effekterna av ett mer strukturerat arbetssätt och ytterligare fokus på fysisk aktivitet kommer att fortgå.

**Vid Rörelse och Hälsa i Linköping** var målet att förbättra aktivitetsnivån bland patienterna, men då man började studera siffrorna insåg man vikten av att se till att siffrorna verkligen kommer in i registret. Med ett stort antal saknade registreringar efter tre månader blev det svårt att mäta och tolka förändring över tid. Således fick man backa tillbaka ett steg för att se över rutinerna för insamling och registrering av data. Som ett led i detta satte man upp ytterligare mål, nämligen att 95% av alla patienter som fullföljer artrosskola ska fylla i formulären fullständigt, och 95% av de fullständigt ifyllda formulären ska registreras av fysioterapeut. Man bestämde sig för att följa de manualer som finns i registret och ta ut statistik månadsvis för att följa hur det går med registreringen och på så sätt kunna utvärdera resultaten på aktivitetsnivå.

**I Malmö, på Abels rehab**, upplevde man att en relativt stor andel av patienterna uteblev från övervakad träning. Detta resulterade i att man övergick till att göra träningen mer "obligatorisk", snarare än frivillig. Effekten blev följaktligen att fler patienter deltog i den övervakade träningen. Dock såg man en tendens till att allt fler efterfrågade att få gå kvar efter avslutad träningsperiod och att självständigheten därmed minskade. Under diskussionerna och genomgången av de olika enheternas arbeten vid seminariet framkom att en "obligatorisk" träningsdel kan ha en negativ effekt på patientens egen

motivation till träning och fortsatt följsamhet till träning på längre sikt. I Malmö kommer man därför att följa upp hur denna förändring av rekommendationer till patienten påverkar aktivitetsnivån och hur patienterna svarar att de använder vad de lärt sig i artrosskolan efter ett år. För att veta om en förändring verkligen är en förbättring behöver man utvärdera och mäta på olika sätt, kontinuerligt.

I **Matfors** har man arbetat främst för att öka medvetenheten om artrosskola och få med fler enheter i registret, så att fler patienter kan inkluderas. Detta arbete var inte mätbart inom ramen för förbättringsprojektet, men fortbildningsdagar och utbildningsinsatser planeras och framöver kommer vi att kunna följa om antalet enheter och patienter i registret ökar för Västernorrland.



## Ytterligare initiativ till förbättring

### Artrosomhändertagandet i Kalmar län

BOAs artrosskola har bedrivits i Kalmar län sedan 2009 då utbildningen togs till länet. Samtliga av landstingets distriktsrehabenheter har möjlighet att erbjuda patienter med besvär av artros att delta i artrosskola. Dock visar statistiken från BOA att följsamheten till konceptet skulle kunna förbättras, för att därigenom erhålla ett mer optimalt omhändertagande för patienterna. Utifrån denna vetskap söktes medel för att kunna förbättra artrosomhändertagandet.

I projektet, som löper under tiden 1 april 2014 till 30 mars 2015, är arbetet inriktat på att förbättra artrosomhändertagandet i länet, genom ett tidigt omhändertagande och rätt insats för denna patientgrupp. Detta är i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinje från 2012. Syftet är att sträva efter ett likvärdigt omhändertagande över länet utifrån lokala förutsättningar.

Fokus i projektet kommer att vara information till medarbetare på rehabenheterna, personal på hälsocentralerna samt ortopedklinikerna, genom personliga besök på respektive enhet. Under året kommer även en kompetenssatsning att göras genom att fler medarbetare utbildas i att undervisa patienter i BOAs artrosskola. En inspirationsföreläsning planeras för att stimulera och uppmuntra berörd personal samt verka för följsamhet till BOA. Arbetsterapeuterna i projektet ska utforma en gemensam rutin för att på ett strukturerat sätt kunna dokumentera hur stor andel av deltagarna som har besvär av enbart hand- och fingerartros. Projektets strävan är även att utveckla en utökad patientmedverkan, genom ett ömsidigt kunskapsutbyte med patientföreningar. Målen med projektet är att öka andelen av artrosskolans deltagare som registreras i BOA, sänka medelåldern genom ett tidigt omhändertagande, minska andelen deltagare i arbetsför ålder som blivit röntgade före artrosskolan samt minska sjukskrivningstalet vid 3-månadersuppföljningen.

*Helen Lilja och Malin Hallin,  
leg. sjukgymnaster, Landstinget i Kalmar län*

## Jämtlands läns landsting fick årets BOA-utmärkelse 2012 – hur gick det sen?

Utmärkelsen bidrog till att höja ribban ytterligare för att nå våra mål. Under våren startade därför ett samarbete med Anna Swansson-Danielsson, informatör på landstingets Folkhälsocentrum. Syftet var att sprida kunskap om BOA till såväl medborgare som personal inom Jämtlands läns landsting (JLL). Detta för att möjliggöra målet att patienterna ska komma i rätt tid till BOA-artrosskola för att bromsa sjukdomen och få ett smärtfria liv. Ett annat mål var att patienten skulle få en ökad livskvalitet och även en bättre nytta och snabbare rehabilitering efter en eventuell operation.

Förutom alla genomförda artrosskolor enligt BOA-konceptet och aktiv registrering i BOA-registret har bl.a. följande aktiviteter/insatser genomförts:

- Fortsatt samordnare för BOA i länet, 20%
- Lokalanpassad information på 1177.se
- Möten med länets sjukgymnaster i syfte att diskutera det fortsatta arbetet med BOA
- Samarbetet med Folkhälsocentrum har resulterat i:
  - Kommunikationsplan
  - Pressmeddelanden
  - Framtagande av affischer som sitter uppe på hälsocentral samt sjukhuset
  - Framtagande av informationsmaterial till patienter
  - Bildspel om BOA som fysioterapeuter kan visa och informera om på arbetsplatsträff
  - Information på JLL:s hemsida
  - Information om BOA på Folkhälsocentrums infobrev till JLL:s medarbetare
  - Reportage i Jämtlands radio, P4
  - 31/1-14 var Rita Sjöström och Ulla Schill inbjudna till JLL:s inspirationsdag med temat "Hur lönar det sig att jobba med sjukdomsförebyggande metoder". Rubriken på vår presentation var "Artrosskolan, strukturerad behandling och lyckad implementering".

I JLL har 21 hälsocentraler registrerat artrospatienter i BOA-registret under 2013. Under samma period har 669 patienter deltagit i artrosskola och registrerats i BOA-registret jämfört med 424 patienter under år 2012.

Vi kan se en fortsatt minskning på antalet patienter som väntar på en knä- och höftplastikoperation. Antalet som opererats under 2013 är jämförbart med antalet 2012. Ortopeden på Östersunds sjukhus har sedan 2008 arbetat med konceptet "accelererad rehabilitering" i samband med knä- och höftplastikoperationer. Många åtgärder har vidtagits för att få bättre förberedda patienter samt kortare vårdtider. Artrosskolan har bidragit till ett bättre flöde i vårdkedjan och än bättre förberedda patienter vilket nu visar sig i ännu kortare vårdtider för denna patientgrupp.

År	2010	2013
Höftplastik	4,9 vårddygn	3,6 vårddygn
Knäplastik	5,5 vårddygn	4,6 vårddygn

Bl.a. tack vare den minskade vårdtiden har produktionen av knä- och höftplastikoperationer kunnat öka från totalt 360 under 2010 till 472 under 2013. Detta har starkt bidragit till att jämtar och härjedalingar opereras på sitt hemsjukhus.

En annan viktig signal vi fått är att behovet av att utföra knäartroskopier upplevs ha minskat tack vare fysioterapeuternas insatser i arbetet med artrosskolor.

Östersund 140401

Rita Sjöström, BOA-ansvarig fysioterapeut  
och Ulla Schill, verksamhetschef ortopedi

# Patientmedverkan

Utformning och innehåll i artrosskolan har till en del påverkats av patienternas uppfattning om behandling av artros. BOA-registret har också patientmedverkan i såväl interventionen som i styrgruppen och i utbildningen för professionen. Samverkan mellan profession och patientorganisation (Reumatikerförbundet) sker även i utbildningarna både av fysioterapeuter/arbetsterapeuter och Reumatikerförbundets informatörer.

Artros klassificeras som en reumatisk sjukdom och artrospatienternas intresse tas till vara genom en stark patientorganisation, Reumatikerförbundet. Reumatikerförbundets uppgift är till stor del att sprida kunskap via medlemmar, föreningar och distrikt. Artrosskolor i samverkan är ett exempel på denna kunskapsspridning. I artrosskolorna samverkar Reumatikerförbundets specialutbildade informatörer med fysioterapeuten/arbetsterapeuten. Informatören är med vid ett undervisningstillfälle och leder då en diskussion i hur man klarar att leva ett bra liv och ger tips och råd hur man kan hantera sin vardag, trots besvär. Informatören skall helt enkelt vara en förebild för hur man kan gå vidare. Genom att involvera en patient (informatören) som själv har erfarenhet av att leva med artros nås 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. Artrosinformatören kan göra skillnaden mellan hopp och hopplöshet, eller mellan lust och olust.

Ett syfte med samverkan är bland annat att genom dessa goda förebilder, informatörerna, öka följsamheten till behandling över tid hos deltagarna i artrosskolan genom att höja motivationen och det egna ansvaret för egenvård. Ett annat syfte är att via den lokala reumatikerföreningen kunna erbjuda de deltagare som inte känner sig hemma på ett gym och inte kan eller vill träna hemma en möjlighet till kontinuitet i träningen efter artrosskolans slut. Detta samarbete gynnar alla inblandade.

Reumatikerförbundets samarbete med BOA ger en unik patientmedverkan på flera plan. På riksnivå i BOAs styrgrupp (representerar både Reumatikerförbundet och patientperspektivet) och forskargrupp, på länsnivå där BOAs kontaktpersoner samverkar med Reumatikerdistriktens ansvariga för patientskoleverksamheten och på den lokala nivån där den lokala fysioterapeuten har kontakt med informatören i Reumatikerföreningen, som medverkar i artrosskolan.

Patientmedverkan finns också i utbildningarna av fysioterapeuter/arbetsterapeuter, liksom BOA medverkar vid Reumatikerförbundets utbildning av informatörer. Betydelsen av samverkan betonas i utbildningarna, tillsammans med information kring hur det rent praktiskt går till.

Med ett ökande antal artrosskolor ökar även efterfrågan på informatörer. Under 2013 utbildades ca 50 nya informatörer inom reumatikerföreningarna och i dag finns det ca 150 verksamma informatörer runt om i landet. Det finns utbildade informatörer som erbjuder sig att samverka i skolorna i alla Reumatikerförbundets 24 distrikt.

**År 2013 genomfördes cirka 1330 artrosskolor i samverkan mellan patientförening och primärvård.**

Informatörsverksamheten inom Reumatikerförbundet är organiserad så att Reumatikerförbundets kansli ansvarar för utbildningarna, varje reumatikerdistrikt har en ansvarig för informatörsverksamheten i distriktet och föreningarna ansvarar för att vid behov rekrytera nya informatörer.

*”Bara den som själv har behövt hjälp kan verkligen hjälpa andra”*

Ur Gunilla Brattbergs ”Väckarklockor”



Dansa längre med artros.

# Forskningsprojekt i BOA

Nationella kvalitetsregister utgör en enorm källa för forskning och utveckling av ny kunskap. 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. Det saknas inte idéer och under ett antal år framöver kan vi se fram emot ny kunskap från ett växande antal forskningsprojekt inom BOA-registret.

## Forskningsråd

I syfte att främja användandet av registerdata för forskning tillsattes en forskargrupp under 2013. Gruppen består av artrosforskare från olika professioner, samt en forskningspartner från Reumatikerförbundet. Gruppen bedömer projektidéer som kommer till registret från forskare runt om i landet, kan bistå vid tolkning och analys av data, kan initiera projekt och anslagsansökningar, samt medverka som handledare och medförfattare. I gruppen deltar:

- **Carina Thorstensson**, docent sjukgymnast, Göteborgs Universitet
- **Göran Garellick**, professor ortopedi, Göteborgs Universitet
- **Katarina Johansson**, forskningspartner Reumatikerförbundet
- **Kjell Nilsson**, professor ortopedi, Umeå Universitet
- **Leif Dahlberg**, professor ortopedi, Lunds Universitet
- **Maria Klässbo**, Med Dr, fysioterapeut, Landstinget i Värmland
- **Martin Englund**, docent epidemiologi, Lunds Universitet
- **Nabi Pirouzi**, Fil Dr, statistiker Registercentrum Västra Götaland
- **Per Kristiansson**, docent allmänmedicin, Uppsala Universitet
- **Stefan Lohmander**, professor ortopedi, Lunds Universitet

## Forskningsdatabas

Under 2014 har vi på [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se) lanserat en databas för forskningsprojekt med anknytning till BOA-registret. Här finns dokument och mallar för forskare för nedladdning, och här presenteras också aktuellt status för de projekt som genomförs med hjälp av registerdata med en populärvetenskaplig sammanfattning för patienter och allmänhet. Vidare hoppas vi att få in goda idéer på möjliga forskningsprojekt via denna sida.

## Pågående forskning

### Doktorandarbete

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

*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.

### Master/magisterarbete

• **Utveckling av vårdprocessen för personer med knäartros - en kostnadseffektivitetsstudie.**

*Chan-Mei Ho, leg sjukgymnast.*

– Syftet med projektet är att se om en fysioterapeut som första insats för patienter med knäartros kan kostnadseffektivisera vårdkedjan.

• **Tilltro till sin egen förmåga vid artrosskola – förändring över tid och samband med fysisk aktivitet och smärta.**

*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?**

*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.



- **Påverkar samsjuklighet utfallet efter artrosskola**

*Anna Ernstgård, leg sjukgymnast*

– Syftet är främst att ta reda på hur samsjuklighet mätt med Charnley index (andra orsaker än höft-/knäbevär som påverkar gångförmågan) påverkar förändring i fysisk aktivitetsnivå efter artrosskola?

- **Självskattad smärta och hälsorelaterad livskvalitet hos deltagare i artrosskola med och utan handartros. En kvantitativ studie utifrån BOA-registret.**

*Lice-Lotte Johansson, leg arbetsterapeut*

– Studiens syfte är att utvärdera om det föreligger skillnad i resultat för patienter med artros i höft eller knä som dessutom har besvär i hand- eller fingerleder jämfört med dem som enbart har artros i nedre extremitet.

- **Förändring av rörelserädsla efter artrosskola**

*Malin Jönsson-Lundgren, leg sjukgymnast*

– Syftet är att utvärdera om artrosskolan kan förändra rörelserädsla bland patienter med artros och vilka variabler som kan påverka rörelserädsla.

- **Skillnader mellan män och kvinnor avseende utfall av artrosskola med hänsyn till EQ5D och fysisk aktivitet.**

*Karin Åkesson, leg sjukgymnast*

– Syftet är att belysa om det föreligger skillnader i resultat efter artrosskola mellan män och kvinnor, särskilt med hänsyn till hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå.

- **Utforskning av de tankar, svårigheter och oklarheter som uppstår då artrospatienter besvarar Arthritis Self-Efficacy Scale-Swe - En think aloud studie baserad på 12 djupintervjuer**

*Sofie Bergman, leg sjukgymnast*

– Syftet är att ta reda på hur patienter uppfattar och besvarar de frågor om self-efficacy som ingår i patientformuläret i BOA.

- **Effekt av artrosskola och träning på smärta, symtom, ADL, sport/fritidfunktion samt sjukdomsrelaterad livskvalitet hos personer med artros i höft och knä**

*Mia Johansson, leg sjukgymnast*

– Syftet är att utvärdera effekten av artrosskola på självskattad smärta och funktion för patienter som stod på väntelista till ortoped och genomförde artrosskola under väntetiden.

# 1177 Vårdguiden

Många människor som drabbas av smärta eller sjukdom söker information via internet. Det kan vara svårt att hitta det man söker bland alla sidor på internet. En sökning på "artros" på Google ger 480 000 träffar, medan en sökning på "ont i leder" resulterar i hela 2 780 000 träffar (april 2014). Sökordet "artrosskola" genererar mer än 7 000 träffar, och där är mängden reklam betydligt mindre.

En av de sidor som hamnar högt upp vid sökning på såväl artros som ont i leder är 1177 Vårdguiden. 1177 Vårdguiden innehåller både sjukvårdsupplysning och personliga e-tjänster och syftet är att erbjuda invånare, patienter och vårdgivare en mötesplats som ska underlätta kontakt, genom tillgänglighet via internet och telefon 24 timmar om dygnet. Webbadressen är 1177.se och här är det lämpligt att informera om vilka mottagningar som erbjuder artrosskola.

Det är möjligt att välja information från ett specifikt landsting, eller markera att man inte vill se någon specifik information – då visas information för hela Sverige.

Då någon skriver "artrosskola" i sökrutan på första sidan visas alla mottagningar som har skrivit ordet artrosskola i sin beskrivande text.

I Tabell 18 syns hur många träffar ordet artrosskola gav per landsting den 31 januari 2014. Tabellen visar alltså inte den faktiska förekomsten av artrosskolor utan avspeglar hur många som skrivit artrosskola i texten på mottagningens sida på 1177.se.

Längst ner på varje mottagnings sida finns en klickbar länk till den som är innehållsansvarig. Genom att där skriva in att sidan ska uppdateras med information om att artrosskola finns på mottagningen och att det ska framgå av texten på mottagningens sida, kan informationen om mottagningen uppdateras och fler patienter hitta till artrosskolan.

Det finns även möjlighet att kontakta redaktören för landstinget/regionen för att lägga in material av intresse för den breda publiken under de allmänna artiklar som finns länkade till exempelvis höftledsartros eller knäledsartros.

**Tabell 18.** Antal mottagningar med artrosskola som syns på 1177.se per den 31 januari 2014.

Landsting	Antal mottagningar med artrosskola på 1177.se
Stockholm	9
Uppsala	2
Sörmland	0
Östergötland	10
Jönköping	0
Kronoberg	0
Kalmar	6
Gotland	0
Blekinge	1
Region Skåne	4
Halland	6
Västra Götaland	4
Värmland	12
Örebro	0
Västmanland	4
Dalarna	2
Gävleborg	0
Västernorrland	2
Jämtland	0
Västerbotten	0
Norrbottn	2
<b>Riket</b>	<b>64</b>



# På gång i BOA

För oss som jobbar centralt med BOA-registret pågår ständigt en rad aktiviteter av större och mindre slag. Arbete med att förbättra utdatorapportering, att öka patientmedverkan och användandet av registerdata ingår i de uppdrag som vi mer eller mindre ständigt tänker på och arbetar för. Här nedan nämns några av de övriga aktiviteter som händer i och runt registret.

## Årets BOA-utmärkelse 2013

BOA-registrets årliga utmärkelse delas ut till någon individ, vårdenhet eller landsting/region som gjort en förtjänstfull insats eller något som är värt att uppmärksamma för ett Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. För 2013 tilldelades Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götaland utmärkelsen med motiveringen:

*”Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götalandsregionen utgör ett föredöme genom att förslå att artrosskola och rapportering till BOA-registret ska ingå i regionens Krav-och Kvalitetsbok. Förslaget vittnar om framsynthet genom att man visar förståelse för betydelsen av ett strukturerat fysioterapeutiskt/arbetsterapeutiskt omhändertagande med systematisk utvärdering av patienter med artros.”*

Sedan utmärkelsen har det också fattats beslut om vårdval för rehabilitering i Västra Götalandsregionen och artrosskola och BOA-registrering ingår i avtalet.

## BOA fick Dagens Medicins hedersomnämning

BOA nominerades till Guldskalpellen 2014. Det är ett pris som delas ut av Dagens Medicin varje år till årets förnyare inom svensk hälso- och sjukvård. Att bli nominerad är stort och ett erkännande av verksamheten. Konkurrensen är stenhård och ett rekordstort antal bidrag, 57 stycken, nominerades till priset 2014. BOA vann inte Guldskalpellen, men tog hem ett av de två hedersomnämningen som delades ut.

Grattis till oss alla! Prisutdelningen sker i samband med en temadag om Äldre-liv i rörelse som hålls i Stockholm i september.

## Internationalisering

Det är glädjande att det koncept som används i BOA nu börjar få spridning även utanför Sveriges gränser. BOA-registret har en systemverksamhet i Danmark, som benämns GLA:D, Godt liv med artrose i Danmark [www.glaiddk.com](http://www.glaiddk.com).

Ewa Roos är registeransvarig och GLA:D har publicerat sin första årsrapport för verksamhetsåret 2013. I Norge har man fått ekonomiskt stöd för ett arbete med att starta ett artrosregister motsvarande BOA. Ansvariga i Norge är Mayarna Risberg och Inger Holm.

En avgörande faktor för starka samarbeten är att de variabler som används vid registrering överensstämmer till stor del. I Danmark har man valt att använda i stort sett samma upplägg och variabler som i BOA och även i Norge funderar man på ett liknande upplägg för att möjliggöra samkörningsstudier.

Internationellt har diskussioner inletts med Kanada, Australien, USA och England, där det också pågår motsvarande initiativ för att optimera omhändertagandet av patienter med artros. Målet är att sprida budskapet över världen och att på sikt harmonisera variabler i syfte att öka kunskapen om variationer och förbättringsområden.

## BOA hand och BOA skuldra

Till artrosskolan kommer patienter med artros i framför allt höft, knä och hand. I nuläget registreras patienterna i BOA-registret endast om de har artros i höft eller knä. De som har artros i höft eller knä och hand följer vi i registret, men än så länge har vi inte registrerat resultaten för dem med enbart handartros. BOA har sedan en tid tillbaka strävat efter att inkludera även dessa patienter i artrosskolan, då de redan idag i många fall tas om hand på ett liknande sätt i artrosskolan. Arbetet har drivits till största delen ideellt. Nästa fas är att identifiera vilka variabler som ska ingå i BOA hand och pilottesta data-inmatning på ett antal kliniker.

Från skulder- och armbågsregistret har man uttryckt ett intresse av att starta icke-kirurgisk intervention och registrering motsvarande det som görs för patienter med höft och knä. BOA ser mycket positivt på denna utveckling, men har fattat beslutet att både då det gäller hand och skuldra behöver drivkraften och arbetet fördelas på andra personer än de som i dag är involverade i BOA höft och knä.

## Användarenkät till BOA-registrets användare

Alla Nationella Kvalitetsregister uppmanas att utvärdera vad användarna tycker om registrets användbarhet. Detta är möjligt att göra via en tjänst som utförs av Alstra AB. Under våren 2014 skickade BOA-registret ut en webbenkät med hjälp av denna tjänst till samtliga användare i BOA-registret.

Enkäten innehöll 14 frågor. Av 705 tillgängliga mailadresser till användare i BOA-registret resulterade 58 i autosvar som meddelade att adressen inte hade någon mottagare eller att servern inte släppte genom mailet. Av 647 möjliga svar fick vi tillbaka 238 komplett ifyllda enkäter, vilket ger en svarsfrekvens på 37%. Av dessa användare rapporterade 68% att de hade läst i årsrapporten. Hälften, 50%, uppger att de har använt registerdata för förbättringsarbeten under det senaste året, 40% har använt data i verksamheten och 13% för forskning. Sex av de som besvarat enkäten var verksamhetschefer.

Ett av de övergripande målen med Nationella Kvalitetsregister är att 80% av verksamhetscheferna ska använda data från kvalitetsregister i sitt arbete före utgången av 2016. Det är sannolikt en väsentlig faktor för att stimulera användandet av registerdata i verksamhet och förbättringsarbete. I BOA-registrets användarenkät framgår det att ledningen sällan efterfrågar resultat. Endast 18% uppger att ledningen har bett om resultat från registret. Sex av tio användare uppger att de personligen har tagit ut data ur registret och varannan användare anser att de har stor nytta av registret för uppföljning och förbättring av verksamheten. Bland dem som inte har tagit ut data ur registret är många nya användare som ännu inte har kommit igång med registrering på allvar. I övrigt anges bland annat brist på efterfrågan, ovana, tidsbrist, bristande kunskap om hur man får ut data ur registret och hur data kan användas, eller att man inte tycker att det tillför något till det arbete man utför som skäl till att man inte använt data ur registret.

Synpunkter som framkommer i övrigt av enkäten är att registrering upplevs som tidsödande och att det inte prioriteras av chefer och ledning. Man önskar hjälp med att sprida information om registernytta till chefer och att få mer kunskap själv om hur man kan använda data. Direktinmatning av patienten är ett annat önskemål. Det finns också önskemål om att få ut grafer och diagram som gör det möjligt att följa resultat över tid och att jämföra sina resultat med andra enheter eller rikets genomsnitt. Man önskar även att kunna följa patienter på individnivå i utdatorapporter.

## Registerservice

BOA-registret har svårt att validera data med Patientregistret (PAR), där alla besök i slutenvård registreras, eftersom besök hos fysioterapeut i primärvård inte registreras regelmässigt. Vi har därför kontaktat Registerservice på Socialstyrelsen för att eventuellt få hjälp med samkörning i syfte att belysa följande frågor:

### 1. Kan medverkan i artrosskola minska antalet adverse events efter total höftplastik?

Vi vet att det totala antalet adverse events är runt 5% i Svenska höftprotesregistret (SHPR), vilket i och för sig är väldigt lågt. Flera av dem är relaterade till symtom från komorbiditetsom interventionen artrosskola skulle kunna påverka.

### 2. Kan medverkan i artrosskola påverka sjukvårdskonsumtion?

Genom samkörning med PAR skulle vi vilja veta om personer med diagnos M16 och M17 som någon gång har registrerats i BOA-registret har färre besök i öppen- respektive slutenvård efter genomgången artrosskola jämfört med personer med samma diagnos som inte finns registrerade i BOA.

### 3. Kan medverkan i artrosskola påverka läkemedelsförskrivning?

Genom samkörning mellan BOA, Läkemedelsregistret och PAR, vill vi jämföra förskrivning av glukosamin, hyaluronsyra, multipla kortisoninjektioner samt NSAID för diagnos M16 och M17 som är registrerade i BOA respektive inte registrerade i BOA.

### 4. Kan medverkan i artrosskola minska behovet av röntgen/MR/artroskopi?

Genom att samköra BOA och PAR och jämföra åtgärds-kod (KVÅ-kod) för slätröntgen höft/knä, artroskopi knä samt magnetkameraundersökning (MR) höft och knä för diagnos M16 och M17 vill vi studera om det finns skillnader i åtgärder för de som är med i BOA respektive inte är med i BOA.

En samkörning är relativt enkel att göra. Det svåra är få jämförbara grupper och att tolka resultaten. Analyserna är pågående och resultaten kan därför inte redovisas i denna årsrapport. Om vi hittar en framkomlig väg att hantera data är det här ett första steg för att i framtiden kunna rapportera denna typ av resultat longitudinellt.

# Diskussion

## Tendenser till förändringar i rutiner i vården och hos patienter

Små förändringar kan bero på slumpen och det går inte att dra några stora slutsatser förrän vi kan se utveckling över flera år. Vi vill dock gärna peka på några tendenser som kan vara värda att vara uppmärksamma på framöver. Andelen patienter som har fått veta att de har utslitna leder har minskat från 20 till 18%. Något färre patienter har blivit röntgade innan de kommer till artrosskolan, en minskning från 80% till 79% för höftartros och från 84% till 83% för knäartros. Antalet patienter i registret som söker fysioterapeut och artrosskola direkt har nära nog fyrdubblats, även om andelen fortfarande är blygsamma 2%. Nu tar vi hand om drygt 15% av alla över 45 år som förväntas söka vård på grund av artros i höft eller knä. Det är en ökning från 7% år 2011, och från 12% 2012. Patienterna har haft sina besvär väldigt länge innan de kommer till artrosskolan, men tendensen går på rätt håll (Figur 29, sid 78). Vi når möjligen patienter med höftartros något tidigare i förloppet, medan de skattar sin hälsorelaterade livskvalitet till 0,66 enligt EQ5D (jämfört med 0,65 för 2012).

Vi hade gärna sett en tendens till att vi nådde en större andel av dem som är i arbetsför ålder, men den har vi inte sett ännu. Även medelåldern i registret är relativt oförändrad över tid. Andelen sjukskrivna vid nybesök har ökat med en procent sedan 2012.

## Användandet av registerdata i verksamheten

Ett av de övergripande målen med Nationella Kvalitetsregister är att 80% av verksamhetscheferna ska använda data från kvalitetsregister i sitt arbete före utgången av 2016. Att chefer på olika nivåer är intresserade och frågar efter resultat är sannolikt en viktig förutsättning för att registerdata ska användas i verksamhet och förbättringsarbete. I BOA-registrets användarenkät framkom det att ledningen sällan efterfrågar resultat och att registrering ses som tidsödande och därför prioriteras ner. Av de som svarade angav endast 18% att ledningen har bett om resultat från registret. Brist på efterfrågan anges också som ett skäl till att inte hämta ut data från registret. Nyttan med kvalitetsregister är fortfarande relativt

okänd inom rehabiliteringsverksamhet i vården, särskilt då det gäller hur det kan vara till nytta för den egna verksamheten. Det är en relativt vanlig missuppfattning att man matar in data för att "Registret" ska kunna forska på dem. I dagens sjukvård är mycket fokuserat på produktion och budgetår. Det som kostar pengar (tid) måste direkt betala sig för att motivera insatsen. Arbete med verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring sparar i lyckade fall mycket tid och resurser, samtidigt som det ger bättre resultat för patienten. Dock kan det sällan visas på kort sikt, utan kräver att man kontinuerligt följer sina resultat och ser på trender över tid. Ofta krävs även en utvärdering med hjälp av andra variabler än de som finns i registret, exempelvis antal besök per individ, för att kunna se var de största vinsterna är. Vårdkonsumtion, sjukskrivning, samsjuklighet och vårdtider i samband med sjukhusvistelser är faktorer som vi kan studera framöver genom samkörning med patientregistret och Socialstyrelsens register. I Socialstyrelsens riktlinjer står det uttryckligen att införandet av "regelbunden övervakad träning under lång tid" sannolikt kommer att kräva ökade resurser. Genom att visa det aktuella läget och variationerna mellan landsting/regioner hoppas vi stimulera och motivera landsting/regioner att våga satsa dessa extra resurser.

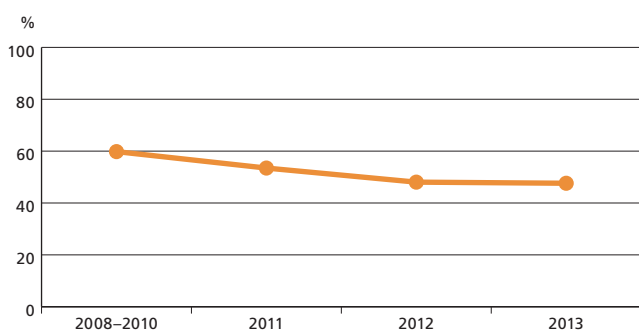
Användarenkäten gick ut till användare med inloggning till registret, då vi inte har kontaktuppgifter till verksamhetschefer. Sex av de 238 som besvarat enkäten var verksamhetschefer. Svarefrekvensen var låg, 37%. Det är troligt att användare som är intresserade av registret är mer benägna att svara, vilket skulle kunna ge en överskattning av resultatet, då de oftare än andra tittar på sina data. Sex av tio hade tagit ut data själv och 50% ansåg att de hade nytta av registret. Det fanns även några helt nya användare bland dem som svarat. De hade fortfarande inte kommit igång med registrering på allvar och därför inte heller hämtat ut några data.

Vi behöver fortsatt verka för att sprida kunskap om hur kvalitetsregister kan användas av fysioterapeuter i den dagliga verksamheten. Genom att vidare utveckla utdata-rapporter, visa på goda exempel och erbjuda stöd och verktyg för förbättringsarbete hoppas vi kunna inspirera ytterligare ett antal enheter att använda sina resultat för ett ännu bättre omhändertagande av patienter med artros.

## Patienterna har besvär i (för) många år innan artrosskola

Patienter i BOA-registret har haft sina besvär i genomsnitt i fyra år innan de kommer till artrosskolan. Uppgiften är baserad på självrapporterade data. Symtom vid artros kommer ofta smygande och det är svårt för patienterna att minnas och ange hur och när det började. Våra siffror visar att 50% av patienterna har haft sina besvär mellan 0 och 10 år, vilket betyder att hälften anger att de har haft sina besvär i mer än 10 år. Även om vi antar att felmarginalen är stor är detta siffror som indikerar att patienter söker och får behandling sent i sjukdomsförloppet. Om vi hade nått patienterna som idag finns i registret inom två år från symtomdebut hade medelåldern varit 61 år istället för dagens 65. Vi tror att artrosskolan gör störst skillnad tidigt i sjukdomsförloppet, genom att patienterna lär sig att det inte är farligt att vara aktiv och att hantera sina besvär på ett optimalt sätt. Artrosskolan riktar sig alltså inte i första hand till de patienter som är kandidater för protesoperation, utan till de 80% som inte kommer att bli så sjuka i sin artros att operation är aktuellt. Genom artrosskola kan dessa patienter erbjudas ett effektivt och evidensbaserat behandlingsalternativ. Det finns indikationer på att artrosskola även kan påverka resultatet efter en protesoperation. Sannolikheten att patienten blir nöjd efter en operation ökar om patienten är välinformerad och förväntningarna rätt ställda. Under 2013 registrerades cirka 10 000 patienter i BOA-registret, vilket motsvarar ungefär en tredjedel av antalet som opereras med en höft eller knäprotes i Sverige under ett år. När antalet patienter som finns i både BOA och Svenska höftprotesregistret (SHPR) blir lite större har vi möjlighet att studera hur artrosskola påverkar exempelvis vårdtid och adverse events i samband med proteskirurgi, genom samkörningar med hjälp av Registerservice mellan höftprotesregistret (SHPR), patientregistret och BOA-registret. Vid utgången av 2013 hade totalt 1 780 patienter (7%) fått en protes i höft eller knä före ettårsuppföljning.

**Figur 29.** Medelvärde av symtomduration före artrosskolan över tid.



Det kan finnas flera skäl att patienterna kommer till artrosskolan först efter många år. Dels kan det finnas ett ackumulerat antal patienter som har symtom men där man tidigare inte haft något behandlingsalternativ att erbjuda före artrosskola. Dels kan patienter hänvisas runt i vården innan de hamnar rätt. Det är fortfarande få patienter som vet att de kan söka fysioterapeut direkt när de har besvär från leder och muskler. Fysioterapeuten ställer diagnos och hänvisar patienten vidare i oklara fall. I BOA-registret är det än så länge bara två av hundra patienter som söker fysioterapeutmottagningen direkt med sina besvär. Genom att använda exempelvis *1177 Vårdguiden* för att tala om att man har artrosskola på mottagningen blir det lättare för patienterna att hitta rätt. I många fall behövs det mer information om när det är dags att söka upp en fysioterapeut. Många patienter tror fortfarande inte att det finns något att göra, eller att tidiga besvär är en meniskskada som ska opereras. Vi har som mål att sänka medelåldern till 58 år. Det betyder inte att patienter som får sina besvär i högre åldrar eller söker sent i sjukdomsförloppet inte är välkomna i artrosskolan, utan att vi strävar efter att nå en större andel av dem som är i arbetsför ålder. Idag är fyra av tio patienter i registret under 65 år. Uppgifter från SHPR visar att medelålder för primär höftprotesoperation i Sverige år 2012 är 67,1 år för män och 69,7 år för kvinnor. Knäprotesregistret anger att medelåldern för en knäprotes är strax under 69 år. I BOA är männen i genomsnitt 65,7 år och kvinnorna 65,3 år. Genom att arbeta för att sänka medelåldern kan vi nå patienterna med information i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

Ett problem sedan tidigare är att behandling sällan har initierats förrän artrosförändringar syns på röntgen. Det kan ta många år från första symtom, eftersom artros utvecklas långsamt. Överensstämmelsen mellan röntgenförändringar och symtom är svag och hur röntgenbilden ser ut påverkar inte behandlingen av artros.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artros ska diagnos artros ställas med hjälp av anamnes, vanliga symptom och typiska kliniska tecken. Röntgen ska endast användas i oklara fall eller då man överväger specialistremiss. I BOA-registret ser vi att en klar majoritet, runt 80%, av patienterna redan har blivit röntgade innan de kommer till artrosskola. Genom att i kommande årsrapporter redovisa hur andelen röntgade förändras över tid kan BOA-registret visa hur följsamheten till Socialstyrelsens riktlinjer ser ut i olika landsting. Artrosskolan ska sättas in då besvären från höft- eller knäled är av sådan grad att patienten söker sjukvård, oavsett hur röntgen ser ut.

Genom att sänka medelåldern och nå patienterna tidigare i sjukdomsförloppet med kunskap om artros och egenvård har vi bättre möjlighet att bromsa upp försämringen i hälsorelaterad livskvalitet som annars ses som en följd av artros. Jämfört med 2012 ser vi en liten förändring i ingångsvärdet i EQ5D för personer med höftartros som möjligen talar för att vi är på rätt väg. Det genomsnittliga värdet i EQ5D inför artrosskolan år 2012 var 0,64, jämfört med 0,66 för 2013. Efter tre månader är värdet för höftartros 0,71 vilket är samma värde som 2012. Det betyder att vi når patienterna lite tidigare, men får å andra sidan lite mindre vinst jämfört med föregående år. Förbättringsutrymmet är mindre. Enligt en folkhälsöenkät som genomfördes i Stockholms län år 1998 var EQ5D-index runt 0,80 för personer mellan 60 och 80 år ur befolkningen [4].

## Otillräcklig fysisk aktivitet

Smärta är ett stort problem vid artros. Mer än åtta av tio patienter har smärta varje dag när de kommer till artrosskolan. Andelen sjunker med cirka tjugo procentenheter efter artrosskolan och ligger i stort sett kvar efter ett år. Att bryta smärtan kan vara ett avgörande steg för att komma igång med fysisk aktivitet, något som kan lindra symtomen vid artros men också vara direkt livsavgörande. Stillasittande är det nya rökning; Hälsoriskerna är många, många är medvetna om riskerna, men fortsätter trots det med en ohälsosam vana. Vi ser att andelen patienter med otillräcklig fysisk aktivitet minskar efter artrosskolan, från 31 till 22%. Flera landsting har en andel inaktiva som är mindre än 20% efter tre månader, vilket är målnivån efter ett år. Det är lovande resultat. Varje enhet kan bevaka hur resultaten ser ut efter ett år och i kommande årsrapporter har vi möjlighet att följa vad som händer ett år efter artrosskolan. Det är i dagsläget stora variationer mellan enheter och landsting, men det väsentliga är hur det ser ut efter ett år. Om vi lyckas bibehålla en högre aktivitetsnivå bland patienterna kan det betyda stora folkhälsovinster och därmed minskade samhällskostnader. På lite sikt kommer vi även att kunna följa hur aktivitetsnivån ser ut bland de hundra patienter per år som vi följer över längre tid.

## Skillnader mellan män och kvinnor

En faktor som kan ha betydelse för den fysiska aktivitetsnivån är rädslan för att fysisk aktivitet ska skada leden ytterligare. Denna rädsla kan bero på att man tidigare fått bristfällig eller missvisande information om vad artros är och hur det bäst behandlas. Ungefär var femte patient (18%) har fått veta att de har utslitna leder, något

som säkert kan leda till en oro för att förvärra slitaget genom fysisk aktivitet. Det är en liten minskning jämfört med föregående år, då siffran var 20%. Rädsla att skada leden genom aktivitet ser vi hos en dubbelt så stor andel av männen jämfört med kvinnorna. Vid nybesök anger 22% av männen att de är rädda att leden tar skada, medan motsvarande andel bland kvinnorna är 13%. Vad denna olikhet mellan könen beror på kommer framtida forskning förhoppningsvis kunna belysa bättre. Fortfarande efter tre månader och efter ett år är skillnaderna ungefär desamma mellan könen, även om både män och kvinnor upplever en minskad rörelserädsla efter artrosskola. Andelen halveras efter ett år.

Andra könsskillnader som noteras i registret är att kvinnor oftare har besvär från händer i tillägg till höft eller knä, medan en större andel män i registret tillhör Charnley kategori A, vilket betyder att de enbart har besvär från en led. Männen i registret verkar således ha en lindrigare ledsjukdom än kvinnorna. Artrosskolan har sannolikt bäst effekt på dem med Charnley kategori A. Patienter med andra sjukdomstillstånd som kan påverka gångförmågan, exempelvis hjärt- kärlsjukdom, KOL och neurologiska sjukdomar, klassificeras som Charnley C. Artrosskolans interventioner är främst riktade mot ledbesvär. Av de individer som angav att de inte hade några besvär längre efter artrosskolan klassificerades en större andel som Charnley A. Genom samkörningar framöver med patientregistret (PAR) kan vi belysa hur stor andel av patienterna i BOA-registret som har andra sjukdomar och vilka sjukdomar som är vanligast, samt vilken betydelse detta har för resultatet på kort och lång sikt, både avseende patientrapporterat utfall och sjukvårdskonsumtion. Män önskar oftare att bli opererade och andelen män bland dem som blir opererade eller avbryter artrosskolan av andra anledningar är större än i övriga registret. Konsumtionen av NSAID-preparat är större bland kvinnor än bland män i BOA-registret. Orsaken är inte känd. NSAID-preparat bör inte ges till personer över 75 år på grund av ökad risk för biverkningar. Av de kvinnor över 75 år som kommer på nybesök inför artrosskolan anger en av tre att de äter NSAID-preparat, medan motsvarande andel för män är en av fyra. I åldersgruppen under 75 år uppger hälften av kvinnorna och 40% av männen att de äter NSAID för sina ledbesvär.

Framtida studier får utvisa i hur utsträckning dessa skillnader är relaterade till psykologiska och sociala faktorer, eller om det faktiskt finns skillnader i hur artrossjukdomen tar sig uttryck rent fysiologiskt hos män och kvinnor.

## Skillnader mellan höft- och knäartros

Övervikt och fetma är mer uttalat bland patienter med knäartros än med höftartros (BMI 28,5 kg/m<sup>2</sup> jämfört med 27,0 kg/m<sup>2</sup>). Andelen kvinnor bland dem som har höftartros är något högre än bland knäartros (70,6% jämfört med 68,8%) och det är lite vanligare med kombinationen handbesvär och höftartros än handbesvär och knäartros (32,2% jämfört med 29,1%). Dessa skillnader stämmer väl med resultat från epidemiologiska studier.

Registrets resultat pekar också på att symtom från höftleden är svårare att råda bot på med artrosskola än symtom från knäleden. Patienter med höftartros har i större utsträckning gångsvårigheter av andra orsaker än besvär från den aktuella leden än patienter med knäartros, vilket tyder på att samsjuklighet är vanligare vid höftartros. Av de individer som var besvärslösa efter artrosskolan angav en större andel besvär från knäleden vid nybesök jämfört med övriga patienter i registret. Patienter med höftartros rapporterar en något mindre effekt på hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola och önskar också operation efter ett år i större utsträckning än patienter med knäartros. Detta trots att andelen som anger daglig smärta minskar totalt sett med 17 procentenheter för höftartros och att smärtintensiteten minskar från VAS 48 vid nybesök, till VAS 38 efter tre månader och VAS 41 efter ett år. Denna förändring i smärta är inte obetydlig även om den är något mindre än för knäartros. Det kan vara andra faktorer än smärtupplevelse som är avgörande för hur besvären och resultaten efter artrosskola upplevs. Resultaten i registret tyder på en viss osäkerhet ibland fysioterapeuter hur man ska behandla symtomatisk höftartros. Av alla som har varit hos fysioterapeut för sina höftbesvär före artrosskolan är det bara 15% som har fått adekvat behandling. För patienter med knäartros är motsvarande siffra 23%.

## Tillväxt i registret

När antalet enheter och patienter växer i en rask takt är det väsentligt att hålla koll på kvaliteten både i interventionen och i registret. En artrosskola ska ge patienterna bra och användbara verktyg att hantera sin vardag. Andelen patienter som säger att de använder vad de lärt sig i artrosskolan efter tre månader har legat över 90% varje år, trots att antalet enheter och patienter har ökat. Efter ett år ligger motsvarande siffra runt 75%.

Av de 205 patienter som genomgått tvåårsuppföljning 2013 anger 68% att de fortfarande använder vad de har lärt sig i artrosskolan minst varje vecka.

I takt med artrosskolan sprids i vården ökar också behovet av att kunna erbjuda den till patienter med ett annat modersmål än svenska. Idag ges artrosskolan individuellt och vid behov med tolk om det föreligger språksvårigheter. Frågeformulären finns ännu inte på andra språk än svenska och därför har vi inte någon stor andel utlandsfödda i registret. Det finns planer på att översätta både formulär och artrosskola till andra språk.

## Täckningsgrad

Andelen som tas om hand i artrosskola (och registreras i BOA-registret) av alla dem över 45 år som förväntas uppsöka primärvårdsläkaren på grund av artros i höft eller knä har ökat för varje år, vilket är glada nyheter. Jämtland sticker fortfarande ut som det län som lyckas bäst i relation till befolkningen i länet. Gotland gick upp på en andra plats och petade därmed ner Östergötland till tredje bästa plats i årets tabell. Halland har tappat ett antal registreringar och därmed också placeringar i listan jämfört med föregående år. Vi ser en minskning i antal registreringar med 38% (från 173 till 108). Anledningen är oklar, men förändringen har observerats av kontaktpersonen i Halland som planerar aktiviteter för att förbättra täckningsgraden i länet.

Denna skattning baseras på uppgifter från ett antal landsting, som sedan appoximerats till att gälla för hela landet. Statistiken från vårddatabaserna inkluderade uppgifter från de fyra största landstingen sett till befolkningens mängd, vilket bidrar till säkrare skattningar. Det är naturligtvis möjligt att det finns variationer mellan landsting som är relaterade till storlek. Vi skickar varje år ut förfrågningar till flera mindre landsting också, men det har visat sig vara svårare att få svar eller få jämförbara data från dem. I registret finns det personer som är under 45 år, vilket kan ses som en felkälla i den här skattningen. Andelen under 45 år är dock bara 2% och ett eventuellt fel relaterat till hur många över 45 år som tas om hand i artrosskola kan antas fördelas jämnt över landstingen.

Patienter som avbryter artrosskolan registreras i en särskild patientprofil. Totalt sett är det 18% av patienterna som avbryter registrering före ettårsuppföljning, 7% på grund av ledprotesoperation och 11% av andra anledningar. För en fullständig behandling krävs två registreringar i BOA-registret, första besök och tre månaders uppföljning. Uppföljningen är en väsentlig del både för patienten och för att kunna följa resultaten av artrosskolan. En stor andel av patienterna registreras enbart för ett första besök och



sedan inte mer. Andelen som fullföljer artrosskolan och registreras vid tre månaders uppföljning är blygsamma 69%. Det syns stora variationer mellan landsting i hur stor andel som fullföljer, från 48% (Gävleborg) till 92% (Gotland). Patienter med enbart första besök registrerat tyder på en missad uppföljning, eller missad registrering. Andelen patienter som fullföljer artrosskolan (tre månaders uppföljning) ger en indikation både på kvalitet och effektivitet för artrosskola och på grad av rapportering på den enskilda enheten eller i landstinget/regionen. Nu, då artrosskola och registrering i BOA-registret är en del i vårdval och i krav och kvalitetsboken i allt fler landsting, är det viktigt att fundera över hur vi kan använda registret för att utvärdera kvalitet snarare än produktivitet. Att ha en stor andel patienter som fullföljer artrosskolan kan komma att bli ett mått på god kvalitet på vården.

Det finns ett antal enheter som är anslutna till registret utan att ha registrerat några patienter. Somliga av dem är nya enheter och har ännu inte hunnit rapportera in, men ett relativt stort antal har funnits med i många år. Vi ser också ett antal enheter som har rapporterat tidigare men slutat. I en del fall vet vi att verksamheten har förändrats, exempelvis flyttats från ortopedmottagningen till primärvården. I andra fall kan det vara omorganisationer som leder till att en enhet upphör och nya bildas. I ytterligare andra fall har vi inte någon känd orsak. Vi kommer att kontakta dem för att försöka reda ut vad orsaken är och om vi kan hitta möjliga lösningar.

## Kommande förändringar och uppdateringar

Alla uppdateringar av frågeformulär och variabler kräver diskussioner på flera plan. Allt från systemutveckling och IT till statistik och användare måste informeras om hur och när övergången ska ske från en uppsättning frågor till en annan. Det är väsentligt att i förväg fundera noggrant över vilka konsekvenser sådana förändringar får för att kunna jämföra resultat över tid.

Många användare påpekar att frågorna om tilltro till den egna förmågan, self-efficacy, upplevs som svåra att besvara av många patienter. En tveksamhet kring hur man ska tolka frågan och svarsalternativen kan påverka svaren på ett sätt som är svårt att kontrollera. I resultaten ser vi inte några stora förändringar av ASES efter tre månader, och en försämring jämfört med första besök efter ett år.

Genom att studera subgrupper av patienter i de forskningsstudier som är pågående kan vi lära oss mer om och hur ASES påverkas och påverkar av olika faktorer. Skulle det visa sig att ASES inte tillför något kommer de elva frågorna att tas bort ur formuläret. Om det istället skulle visa sig att ASES är viktigt för vissa patienter kommer vi att bearbeta om frågorna med hjälp av en statistisk metod (item response). En preliminär analys har visat att sex frågor och fem svarsalternativ skulle kunna ge nära nog lika mycket information som de nuvarande elva frågorna med tio svarsalternativ.

EQ5D finns nu med fem svarsalternativ. Denna skala har visat sig vara mer känslig för förändring. EQ5D finns nu också med en svensk tariff, eller värdegrund [5]. Vi använder fortfarande, liksom de flesta andra register och forskare, den engelska värdegrunden som har flera decennier på nacken. EQ5D "ägs" av Euro-Qol-gruppen, som bevakar användandet. Under förutsättning att vi även i fortsättningen får lov att använda EQ5D i kvalitetsregister har vi planer på att räkna om BOAs EQ5D-värden enligt den svenska värdegrunden inför nästa årsrapport.

## Referenser

1. Felson, D.T., et al., Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Study. *Arthritis Rheum*, 1997. 40(4): p. 728-33.
2. Jarvholm, B., et al., Age, bodyweight, smoking habits and the risk of severe osteoarthritis in the hip and knee in men. *Eur J Epidemiol*, 2005. 20(6): p. 537-42.
3. Leung, Y.Y., et al., Cigarette smoking and risk of total knee replacement for severe osteoarthritis among Chinese in Singapore - the Singapore Chinese health study. *Osteoarthritis Cartilage*, 2014.
4. Burström K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D – en beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholm län. *Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting*. Katarina Tryck AB 2002.
5. Burstrom, K., et al., Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states. *Qual Life Res*, 2014. 23(2): p. 431-42.

# 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 fysioterapeutisk 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. 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 fysioterapeuter kvalitetsförbättrar sin behandling genom systematisk utvärdering, öppen jämförelse och återkoppling av resultat.

## 1. 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 fysioterapeut för ett individuellt besök före artrosskolan. Patientens sjukhistoria och fysioterapeutens 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

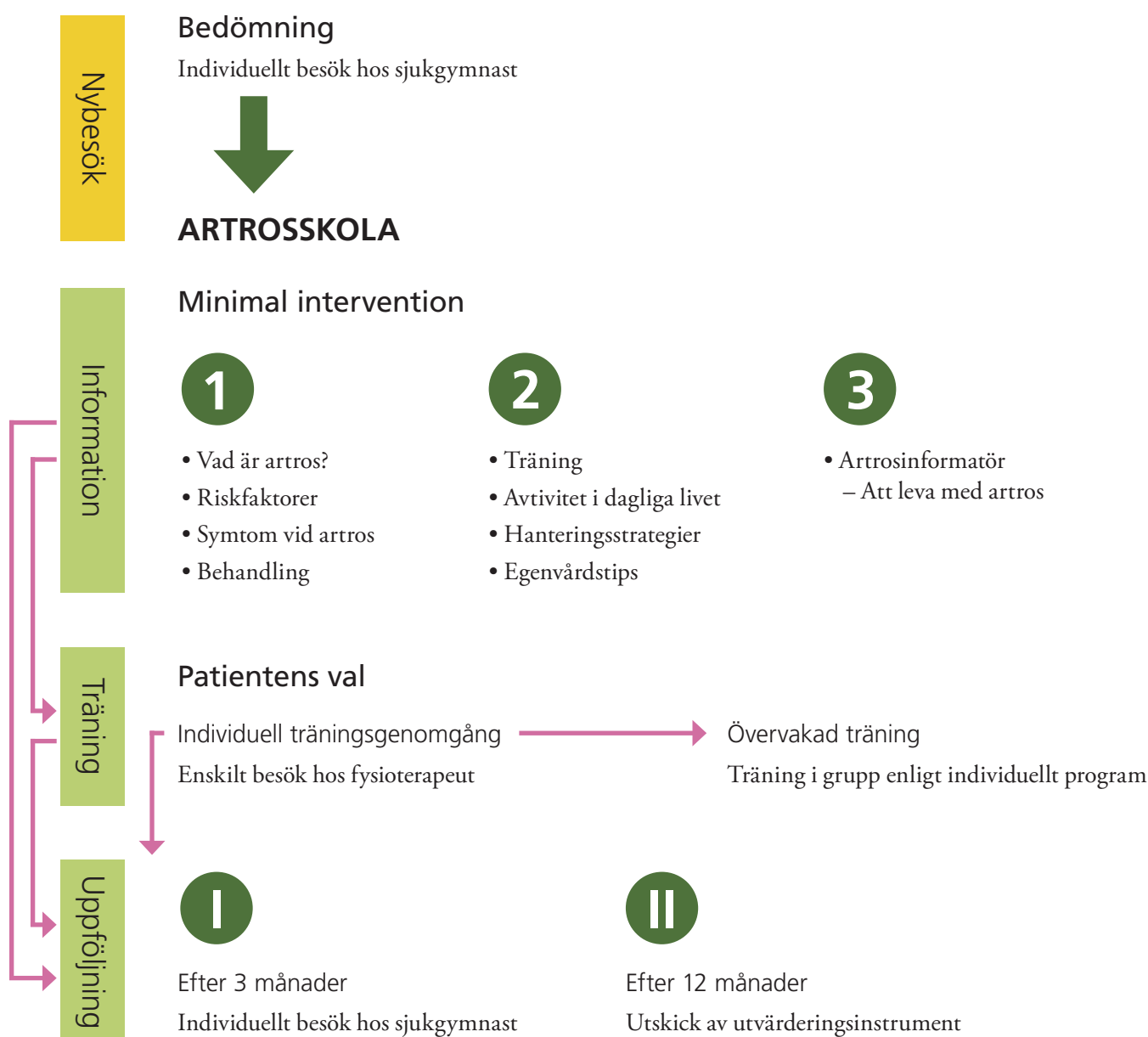
riktlinjer ska diagnosen ställas med hjälp av anamnes, typiska symtom och klinisk undersökning. Röntgen ska endast användas vid oklara fall eller då specialistremiss övervägs. Även om det senare skulle visa sig att besvären inte berodde på artros riktar sig behandlingen som erbjuds i artrosskolan – information 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 30). Innehållet omfattar information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar, samt egenvårdstips. Skolan leds av fysioterapeut 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 artrosinformatorer 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 30. Upplägg av 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 fysioterapeut. Träningen kan innehålla moment för att förbättra kondition, muskelstyrka och funktion. Träning av muskelfunktion baseras inte på ett visst antal specifika övningar, set eller repetitioner, utan snarare på neuromuskulär kontroll och rörelsekvalitet. 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. Fysioterapeuten är närvarande och tillgänglig för kontinuerlig feedback av såväl rörelsens kvalitet och utförande som val av övningar och dosering vid varje träningstillfälle.

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 och bör introduceras tidigt och ske parallellt med den övervakade träningen. 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.

## 2. Utbildning av professionen

Fysioterapeuter 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 fysioterapeutisk verksamhet fortfarande är ett tämligen nytt och okänt fält.

## 3. 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. Fysioterapeuten 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.

# 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, Fysioterapeuterna, 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

Under 2014 har Beryl Svanberg ersatt Ingrid Cederlund som patientrepresentant i styrgruppen. Malin Jönsson-Lundgren har avsagt sig uppdraget i styrgruppen. Ny medlem från 2014 är Per Kristiansson, docent i allmänmedicin, Uppsala Universitet.

## Registerhållare

Carina Thorstensson Ordförande, docent, sjukgymnast, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

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

## Ledamöter

**Beryl Svanberg** patientrepresentant, Reumatikerförbundet, Stockholm

**Göran Garellick** professor, överläkare, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

**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

**Maria Klässbo** med dr, fysioterapeut, forskningsledare, Centrum för klinisk forskning, Landstinget i Värmland

**Per Kristiansson** docent, Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala Universitet

**Pernilla Chowdary** arbetsterapeut, Axess Medica, Spenshults sjukhus, Oskarström

**Thérèse Jönsson** doktorand, sjukgymnast, Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

## Övriga kontaktpersoner

**Inga-Lill Robertsson**, koordinator, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

**Ingrid Stenhagen** 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 förbättra täckningsgrad, uppfylla registrets målnivåer och identifiera förbättringsområden. Detta innebär mer specifikt, till exempel:

- Inventera antalet artrosskolor och vid behov initiera uppstart av artrosskola
- Arbeta för att de som driver artrosskola ska ha utbildning i artrosskola
- Arbeta för att alla artrosskolor i regionen rapporterar till BOA-registret
  - Inventera hinder för registrering
  - Erbjud support
  - Initiera utbildning i registerkunskap
- Skapa nätverk för dem som håller artrosskola
- 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 registerledning 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 sjukdomsförloppet

För att underlätta support och diskussion av resultat och datakvalitet bör kontaktpersonen få ett delegerat uppdrag från primärvårdsnämnden eller motsvarande. Detta uppdrag berättigar till att ansöka om behörighet för åtkomst av data från olika enheter med gemensam huvudman (landsting/region). Behörig företrädare för huvudmannen undertecknar avtalet. En mall för avtals-skrivning kan erhållas av registret. Privata vårdgivare kan delegera denna behörighet till kontaktperson för landsting/region (För privat vårdgivare gäller endast en vårdgivare per avtal).

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

**Tabell 19. Kontaktpersoner landsting/regioner.**

Landsting	Namn	E-postadress
<b>Blekinge</b>	Vakant	
<b>Dalarna</b>	Renée Carlberg	renee.carlberg@tdalarna.se
<b>Gotland</b>	Gittan Wegelius	gittan.wegelius@gotland.se
<b>Gävleborg</b>	Vakant	
<b>Halland</b>	Gunnel Caesar	Gunnel.Caesar@regionhalland.se
<b>Jämtland</b>	Rita Sjöström	rita.sjostrom@jll.se
<b>Jönköping</b>	Irene Tengberg Herrstedt	irene.tengberg.herrstedt@lj.se
<b>Kalmar</b>	Helen Lilja	helen.lilja@ltkalmars.se
<b>Kronoberg</b>	Maria Jönsson	maria.jonsson@ltkronoberg.se
<b>Norrbottn</b>	Vakant	
<b>Skåne</b>	Thérèse Jönsson	therese.jonsson@med.lu.se
	Malin Jönsson-Lundgren	malin.jonssonlundgren@skane.se
<b>Stockholm</b>	Vakant	
<b>Sörmland</b>	Anja Lahti	anja.lahti@dll.se
<b>Uppsala</b>	Vakant	
<b>Värmland</b>	Maria Klässbo	maria.klassbo@liv.se
<b>Västerbotten</b>	Ingrid Lundin	ingrid.lundin@vll.se
<b>Västernorrland</b>	Kerstin Fränell	kerstin.franell@lvn.se
<b>Västmanland</b>	Patrik Andersson	patrik.andersson@ltv.se
<b>Västra Götaland</b>	Ulrik Gerdin*	ulrik.gerdin@vgregion.se
<b>Örebro</b>	Marie Hamping	marie.ekelius-hamping@orebroll.se
	Karin Vind	karin.vind@lio.se
<b>Östergötland</b>	Annica Tomasson	Annica.Tomasson@lio.se

\*Område syd – Göteborg med omnejd. Vakant för område nordväst och nordost.

# Medverkande enheter

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
<b>Blekinge</b>	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
<b>Dalarna</b>	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
	382 Primärvårdsrehab, Borlänge <sup>35</sup>	offentlig
<b>Gotland</b>	25 HabRehab Gotland	offentlig
<b>Gävleborg</b>	47 Söderhamn/Linden, Din HC, Söderhamn <sup>19, 31</sup>	offentlig
	57 Hälsocentralen Delsbo	offentlig
	67 Rehabiliteringen Ljusdal	offentlig
	92 Sjukgymnastiken Västra, Sandviken <sup>25</sup>	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 <sup>26</sup>	offentlig
	248 Storvik Hälsocentral	offentlig
	267 Hudiksvalls hälsocentral	offentlig
325 Hofors Din Hälsocentral	offentlig	
<b>Halland</b>	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 Capio Citykliniken, Halmstad	privat	
<b>Jämtland</b>	138 Bräcke HC	offentlig
	142 Strömsunds HC	offentlig
	149 Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	offentlig

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig		
<b>Jämtland forts.</b>	151	Svenstavik Hälsocentral	offentlig	
	155	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	offentlig	
	156	Järpens HC	offentlig	
	157	Svegs HC	offentlig	
	159	Frösö Hälsocentral, Östersund	offentlig	
	160	Krokom Hälsocentral	offentlig	
	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/Hoting	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	
	<b>Jönköping</b>	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 <sup>30</sup>	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	
301	Familjeläkarna i Forserum	privat		
324	Vrigstad Läkarmottagning	privat		
369	Bankeryds vårdcentral <sup>35</sup>	offentlig		
<b>Kalmar</b>	21	Västerviks sjukhus	offentlig	
	33	Samrehab, Mönsterås	offentlig	
	36	Samrehab Vimmerby	offentlig	
	37	Samrehab Högsby	offentlig	
	38	Samrehab Hultsfred <sup>34</sup>	offentlig	
	56	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar <sup>32</sup>	offentlig	
	61	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga <sup>21, 33</sup>	offentlig	
	62	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	offentlig	
	63	Distriktsrehab Kalmar/Torsås <sup>18</sup>	offentlig	
	72	Samrehab, Oskarshamn	offentlig	
302	Distriktsrehab Borgholm <sup>21</sup>	offentlig		

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.



Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Kalmar forts.	303 Distriktsrehab Mörbylånga <sup>21</sup>	offentlig
	370 Distriktsrehab Kalmar <sup>18, 35</sup>	offentlig
	371 Distriktsrehab Torsås <sup>18, 35</sup>	offentlig
Kronoberg	48 Vårdcentralen Hovshaga, Växjö <sup>1</sup>	privat
	80 Idrottskliniken, Växjö	privat
	207 Primärvårdsrehab, Ljungby	offentlig
	208 Primärvårdsrehab, Alvesta	offentlig
	209 Primärvårdsrehab Birka, Växjö	offentlig
	210 Primärvårdsrehab, Lenhovda <sup>38</sup>	offentlig
	211 Primärvårdsrehab, Lessebo	offentlig
	218 Primärvårdsrehab Sigfrid, Växjö <sup>3</sup>	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
	326 Primärvårdsrehab Åseda	offentlig
	381 Smålandshälsan i Ljungby <sup>35</sup>	privat
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 <sup>24</sup>	offentlig
	154 Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden	privat
	163 Kalix vårdcentral	offentlig
391 Adviva Hälsocentral, Gällivare <sup>35</sup>	privat	
Skåne	4 Trelleborg Lyftet Rehab	offentlig
	5 Malmö Abels Rehab	offentlig
	6 Capio Citykliniken, Lund	privat
	14 Deltagruppen Helsingborg	offentlig
	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 Solljungahälsan, Örkelljunga	privat
	49 Bjarreds Vårdcentral <sup>22</sup>	offentlig
	71 Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	privat
	75 Vårdcentralen Tollarp	offentlig
77 Fysiocenter, Malmö	privat	
78 Näsets Läkargrupp	privat	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Skåne forts.	81 Deltagruppen Råå, Helsingborg	offentlig	
	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 Förslöv 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 Örkeljunga	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	
	304 Solklart Vård i Bjuv	privat	
	316 Vårdcentralen Vinslöv	offentlig	
	332 Vårdcentralen Fosietorp, Malmö	offentlig	
	334 Novakliniken Ystad	privat	
	338 Vårdcentralen Laxen, Ängelholm	offentlig	
	368 Vårdkliniken Ängelholm <sup>4, 35</sup>	privat	
	Stockholm	29 Sollentuna Rehabgrupp	privat
		34 AW Hälsa – Artrosmottagningen, Danderyd <sup>5</sup>	privat
52 Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus		offentlig	
103 Tallhöjden Rehab, Södertälje <sup>23</sup>		offentlig	
105 Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd		offentlig	
124 Järfällahälsan <sup>2</sup>		privat	
125 Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga		privat	
126 Vallentuna Primärvårdsrehab		offentlig	
128 Rehab City Östermalm, Stockholm <sup>6</sup>		offentlig	
133 Salem Rehab, Rönninge <sup>16</sup>		offentlig	
139 Haninge Rehab <sup>15</sup>		offentlig	
141 Primärvårdsrehab, Bromma		offentlig	
144 Rehab City Norrmalm, Stockholm <sup>17</sup>		offentlig	
145 Hälsopoolens Rehabklinik AB, Stockholm		privat	
158 Rehab Dalen, Primärvårdsrehab Södra, SLSO		offentlig	
164 Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	offentlig		
165 Nynäshamns VC, Rehabenheten	privat		

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Stockholm forts.	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 Aleris Rehab Liljeholmen, Stockholm <sup>7</sup>	privat
	253 Nynäs Rehab Center, Nynäshamn	privat
	258 Hovsjö Rehab, Södertälje	privat
	261 Aleris Rehab Nykvarn <sup>7</sup>	privat
	262 Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje	privat
	266 Rehab City Kungsholmen, Stockholm	offentlig
	280 Märsta Primärvårdsrehab	offentlig
	294 Sickla Hälsocenter, Nacka	privat
	295 Aleris Rehab Huddinge <sup>7</sup>	privat
	300 Aleris Rehab Tullinge <sup>7</sup>	privat
	308 Rehabcentrum Bromma	privat
	309 Kista Rehab Västra	offentlig
	328 Södermalm Rehab Södra, Stockholm	offentlig
	367 Aleris Rehab Skärholmen <sup>35</sup>	privat
Sörmland	186 Gnesta VC	offentlig
	232 Vårdcentralen Linden, Katrineholm	offentlig
	264 Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm	offentlig
	314 Vårdcentralen Stadsfjärden, Nyköping	privat
	345 Vårdcentralen Oxelösund	offentlig
	348 Vårdcentralen Flen	offentlig
	350 Vårdcentralen Ekensberg, Nyköping <sup>35</sup>	offentlig
	351 Vårdcentralen Strängnäs <sup>35</sup>	offentlig
	353 Vårdcentralen Mariefred <sup>35</sup>	offentlig
	354 Vårdcentralen Fröslunda, Eskilstuna <sup>35</sup>	offentlig
	355 Vårdcentralen Åsidan, Nyköping <sup>35</sup>	offentlig
	358 Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping <sup>35</sup>	offentlig
	385 Vårdcentralen Malmköping <sup>35</sup>	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 Samariterhemets vårdcentral, Uppsala	offentlig
	289 Flogsta vårdcentral, Uppsala	offentlig
	290 Tierps vårdcentral	offentlig
	291 Årsta vårdcentral, Uppsala	offentlig
	310 Familjeläkarna Bålsta	privat
	311 Svartbäckens vårdcentral, Uppsala	offentlig
	312 Ture Ålander läkarpraktik, Uppsala	privat
	313 Gottsunda vårdcentral, Uppsala	offentlig
	343 Alunda vårdcentral	offentlig

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Värmland	7 VC Gripen, Karlstad CSK	offentlig
	46 Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	privat
	53 Primärvårdsrehab Norra, Värmland <sup>27</sup>	offentlig
	54 Rehabiliteringen, Kristinehamn	offentlig
	97 Hagfors VC <sup>28</sup>	offentlig
	185 Rehabiliteringsenheten, Säffle	offentlig
	212 Vårdcentralen Sunne <sup>28</sup>	offentlig
	213 Sjukhuset Torsby	offentlig
	222 Vårdcentralen Munkfors <sup>28</sup>	offentlig
	227 Vårdcentralen Ekshärad <sup>28</sup>	offentlig
	233 Vårdcentralen Grums	offentlig
	255 Vårdcentralen Likenäs	offentlig
	268 Vårdcentralen Filipstad	offentlig
	274 Vårdcentralen Skoghall	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
24 Umeå Fysiocenter AB		privat
27 Tegs Hälsocentral, Umeå		offentlig
31 JA Fysioterapi, Skellefteå <sup>20</sup>		privat
32 Backens Hälsocentral, Umeå		offentlig
39 Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå		offentlig
44 Rehab Center AB, Umeå		privat
55 Capio hälsocentral Dragonen, Umeå <sup>8</sup>		privat
59 Vindelns hälsocentral <sup>9</sup>		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 Hälsocentralen Matfors <sup>10</sup>	offentlig
	271 Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall	privat
	363 Hälsocentralen Ankaret, Örnsköldsvik <sup>35</sup>	offentlig
Västmanland	85 Västmanlands sjukhus, Köping	offentlig
	216 Rehabiliteringen, Västmanlands sjukhus Sala	offentlig
	286 Herrgårdets vårdcentral, Västerås	offentlig
	305 Rehabilitering Kraftkällan, Västerås	offentlig
	306 Skinnskatteberg vårdcentral	offentlig
	322 Penttis Idrottsskador & Sjukgymnastik, Västerås	privat
	323 CityPraktiken, Västerås	privat
331 Hemdal vårdcentral, Västerås	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Västmanland forts.	342 Västerås Rehab Center AB <sup>11</sup>	privat
	356 Sjukgymnasterna på Odensvi, Västerås <sup>35</sup>	privat
	357 Fysiokliniken Västra Aros, Västerås <sup>35</sup>	privat
	359 Hallstahammar vårdcentral <sup>35</sup>	offentlig
	361 Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta <sup>35</sup>	privat
	362 Erikslunds Sjukgymnastik Västerås <sup>35</sup>	privat
	366 Palmgrens Sjukgymnastik, Sättra Brunn <sup>35</sup>	privat
	379 Sjukgymnastiken i Kungsör <sup>35</sup>	privat
	384 Oxbacken vårdcentral, Västerås <sup>35</sup>	offentlig
	390 Capio Vårdcentral Västerås City <sup>35</sup>	privat
Västra Götaland	1 SU/Mölnadal	offentlig
	2 Kungälv's sjukhus	offentlig
	8 Närhälsan Munkedal rehabmottagning	offentlig
	9 Närhälsan Trollhättan rehabmottagning	offentlig
	10 Närhälsan Vänersborg rehabmottagning	offentlig
	11 Närhälsan Bengtsfors rehabmottagning	offentlig
	12 Närhälsan Bäckefors rehabmottagning <sup>12</sup>	offentlig
	13 Närhälsan Färgelanda rehabmottagning	offentlig
	16 Kortedala Rehab Göteborg	privat
	20 Stay active Trollhättan	privat
	22 Närhälsan Åmål rehabmottagning	offentlig
	40 Närhälsan Öckerö rehabmottagning Hönö	offentlig
	89 Närhälsan Herrestad/Rosenhäll rehabmottagning, Uddevalla	offentlig
	91 City Sjukgymnastik, Trollhättan	privat
	106 Närhälsan Eriksberg rehabmottagning, Göteborg <sup>14</sup>	offentlig
	109 Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	privat
	111 Närhälsan Kungshamn rehabmottagning	offentlig
	129 Närhälsan Gamlestadstorget rehabmottagning, Göteborg	offentlig
	136 Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölnadal	privat
	143 Eken sjukgymnastik, Källered	privat
	146 Närhälsan Mariestad rehabmottagning	offentlig
	153 Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla	privat
	161 I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	privat
	170 Närhälsan Tjörn rehabmottagning, Kållekärr	offentlig
	175 Närhälsan Gibraltar rehabmottagning, Göteborg	offentlig
	177 Närhälsan Sörhaga rehabmottagning, Alingsås	offentlig
	178 Närhälsan Lerum rehabmottagning	offentlig
	179 Närhälsan Lidköping rehabmottagning <sup>13</sup>	offentlig
181 Närhälsan Angered rehabmottagning	offentlig	
191 Närhälsan Lilla Edet rehabmottagning	offentlig	
193 Närhälsan Ångabo rehabmottagning, Alingsås	offentlig	
200 Närhälsan Stenungsund rehabmottagning	offentlig	
204 Närhälsan Tanum rehabmottagning	offentlig	
217 Capio rehab, Henån <sup>36</sup>	privat	
230 Samrehab Mark/Svenljunga	offentlig	
235 Närhälsan Frölunda rehabmottagning, Västra Frölunda	offentlig	
236 Älvängen Fysioterapi	privat	
238 Aktiv Sjukgymnastik, Mölnadal	privat	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 20. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Västra Götaland forts.	247	Närhälsan Skövde rehamottagning Ekedalsgatan <sup>37</sup>	offentlig
	250	Närhälsan Olskroken rehamottagning, Göteborg	offentlig
	252	Orust Rehab och friskvårdscenter, Henån	privat
	269	Närhälsan Majorna rehamottagning, Göteborg	offentlig
	272	Kungälv Sjukgymnastik	privat
	283	Närhälsan Tibro Rehamottagning	offentlig
	285	Närhälsan Karlsborg rehamottagning	offentlig
	307	Närhälsan Hjo rehamottagning	offentlig
	317	Närhälsan Töreboda vårdcentral	offentlig
	318	Närhälsan Tidaholm rehamottagning	offentlig
	319	Närhälsan Herrljunga rehamottagning	offentlig
	320	Närhälsan Skara rehamottagning	offentlig
	321	Närhälsan Skövde rehamottagning Badhusgatan	offentlig
	327	Närhälsan Gullspång rehamottagning	offentlig
	330	Sans och Balans Hälsorehab, Mölnlycke	privat
	336	Närhälsan Mölnlycke rehamottagning	offentlig
	339	Närhälsan Falköping rehamottagning	offentlig
	340	Närhälsan Vara rehamottagning	offentlig
	341	Närhälsan Nossebro rehamottagning	offentlig
	380	Bräcke Diakoni PVR Mölndal <sup>35</sup>	privat
389	Fysiorehab i Kungälv Centrum <sup>35</sup>	privat	
Örebro	51	Hallsbergs Vårdcentral	offentlig
	196	Kumla VC	offentlig
	329	Örebro Rehabcentrum	privat
	333	Pilgårdens vårdcentral, Degerfors	offentlig
	335	Brickebackens vårdcentral, Örebro	offentlig
	337	Odensbackens vårdcentral, Örebro	offentlig
	344	Varberga vårdcentral, Örebro	offentlig
	346	Hällefors vårdcentral	offentlig
	347	Skebäcks vårdcentral, Örebro	offentlig
	349	Karla vårdcentral, Örebro <sup>35</sup>	offentlig
	352	Kopparbergs vårdcentral <sup>35</sup>	offentlig
	383	Baggängens vårdcentral, Karlskoga <sup>35</sup>	offentlig
	Östergötland	17	Rörelse och hälsa Linköping
50		Motala Lasarett <sup>29</sup>	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
315		Rörelse och Hälsa – Kisa, Åtvidaberg, Österbymo	offentlig
375		Fysiomas Rehab & Sjukgymnastik, Norrköping <sup>35</sup>	privat
388		HIO Fysioterapi, Motala <sup>35</sup>	privat

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2013.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 1 maj 2014. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

- <sup>1</sup> Vårdcentralen Capio Hovshaga
- <sup>2</sup> Företagshälsovård
- <sup>3</sup> Tidigare namn Primärvårdsrehab Kungsvägen, Växjö
- <sup>4</sup> MH alive CENTER
- <sup>5</sup> Vilande
- <sup>6</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab Östermalm, Stockholm
- <sup>7</sup> Tidigare namn: Reageraklinikerna
- <sup>8</sup> Tidigare namn: Dragonens nya hälsocentral, Umeå
- <sup>9</sup> Tidigare namn: Hälsocentralen Tre älvar
- <sup>10</sup> Tidigare namn: Matfors Vårdcentral
- <sup>11</sup> Apalby Friskcenter
- <sup>12</sup> Tidigare namn: Rehab Dalslands Sjh
- <sup>13</sup> Tidigare namn: Ågårdsskogens VC, Lidköping
- <sup>14</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg
- <sup>15</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab Haninge
- <sup>16</sup> Tidigare namn: Salems vårdcentral, Rönninge
- <sup>17</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm
- <sup>18</sup> Enhet 63 är uppdelad på enhet 370 och 371
- <sup>19</sup> Tidigare namn: Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen
- <sup>20</sup> Artrosskolan har upphört fr. o. m. 2011-09-01
- <sup>21</sup> Enhet 61 är uppdelad på enhet 302 och 303
- <sup>22</sup> Vårdcentralen upphörde 121031
- <sup>23</sup> Tidigare namn: Tallhöjdens sjukgymnastik, Södertälje
- <sup>24</sup> Björknäs, Sandens och Erikslunds vårdcentraler ingår i enheten
- <sup>25</sup> Enheten uppdelad i enheterna 214, 228, 248 och 325
- <sup>26</sup> Stortorget Din hälsocentral, Södertull Din hälsocentral, Gävle Strand Din Hälsocentral, Sättra Din Hälsocentral, Strömsbro Din hälsocentral och Valbo Din Hälsocentral ingår i enheten
- <sup>27</sup> Hagfors, Sunne, Munkfors och Ekshärad ingick i enheten
- <sup>28</sup> Ingick tidigare i enhet 53
- <sup>29</sup> Även Borensberg, Boxholm, Mjölby och Ödeshög ingår i enheten
- <sup>30</sup> Vårdcentralerna Lokstallarna och Nyhälsan (Nässjö) ingår i enheten
- <sup>31</sup> Söderhamn Din hälsocentral och Linden Din hälsocentral (Bergvik) ingår i enheten
- <sup>32</sup> Patienterna har gått artrosskola på enhet 61 Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga
- <sup>33</sup> Rapporterat som enhet 56 Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar
- <sup>34</sup> Patienterna registreras på enhet 36 Samrehab Vimmerby
- <sup>35</sup> Enheten har anslutits under 2014
- <sup>36</sup> Tidigare namn: Carema Rehab, Henån
- <sup>37</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab Skövde
- <sup>38</sup> Tidigare namn: Primärvårdsrehab, Uppvidinge/Lenhovda. Åseda ingick tidigare i enheten.

15 april 2013 bytte den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen namn till **Närhälsan**.





## ”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 gångsvårigheter av andra orsaker än artros, eller har besvär från både höft och knä. 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 patientdemografin (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 variabels största respektive minsta värde  $\pm 1$  standarddeviation (SD). Case-mix presenteras för de patienter som utgör underlag för värdekompass. 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 variabels största respektive minsta värde  $\pm 1$  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 kompletta registreringar på minst 50 patienter på samtliga variabler efter tre månader presenteras.

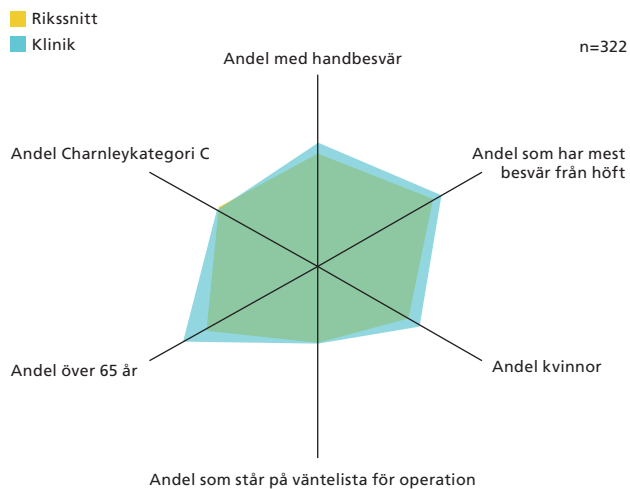
### Värdekompassen innehåller följande variabler:

- EQ5D-vinst efter 3 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 21 på sidan 124.

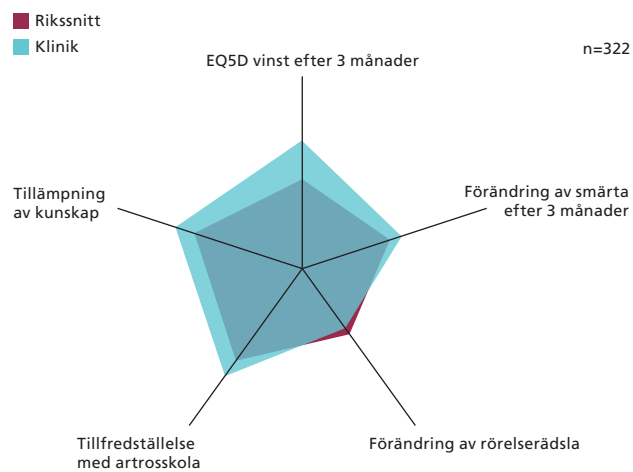
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

### Karlskrona Rehabcenter

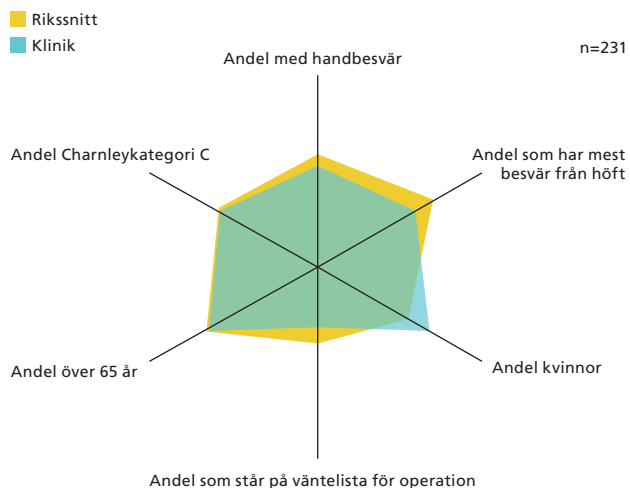


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

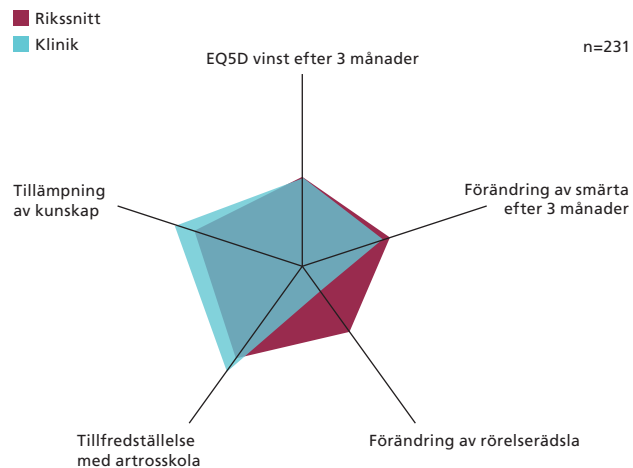
### Karlskrona Rehabcenter



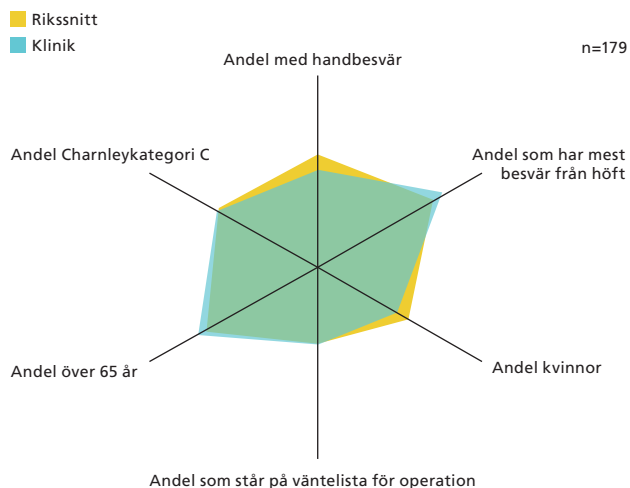
### Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn



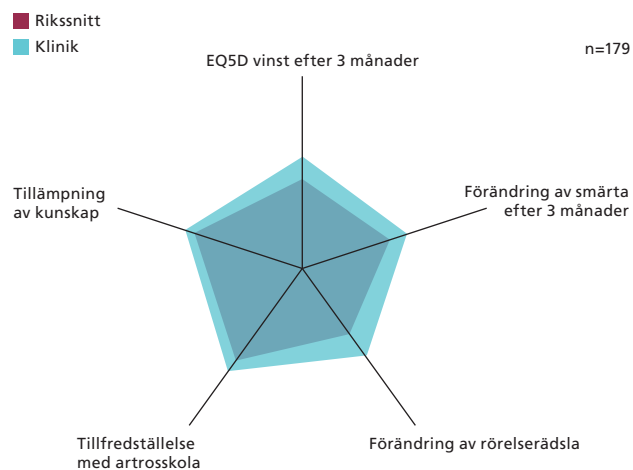
### Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn



### Primärvårdsrehab, Falun

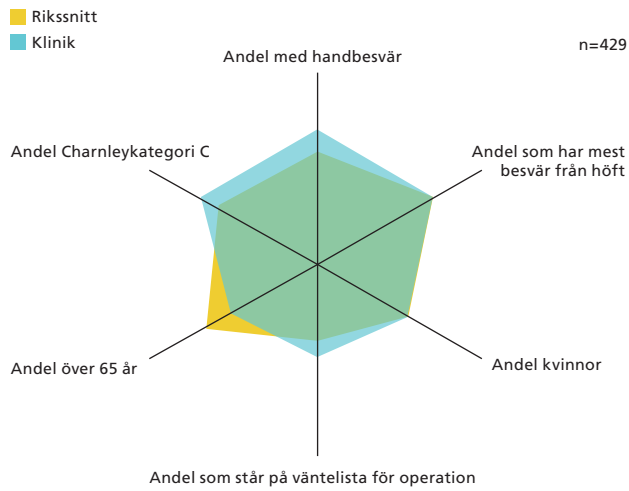


### Primärvårdsrehab, Falun



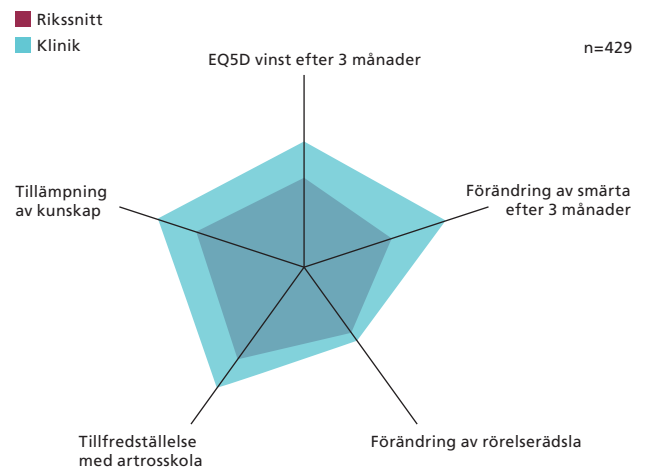
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**HabRehab Gotland**

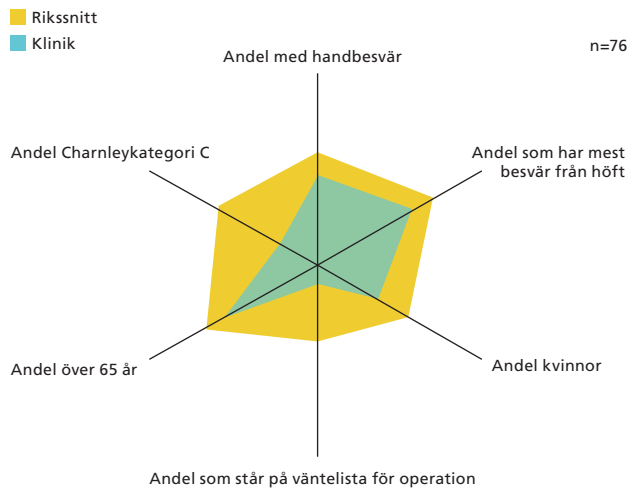


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

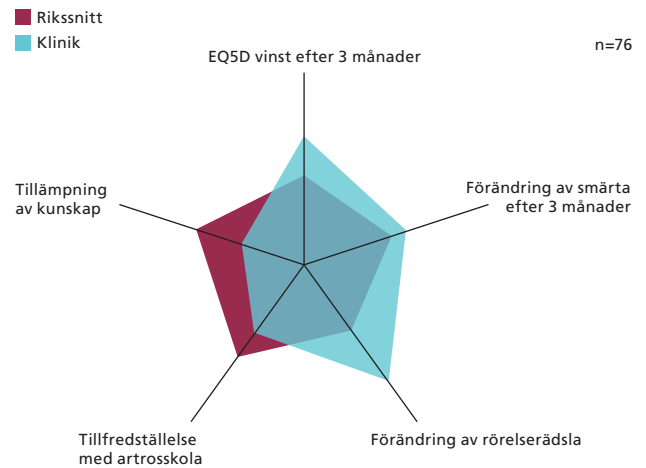
**HabRehab Gotland**



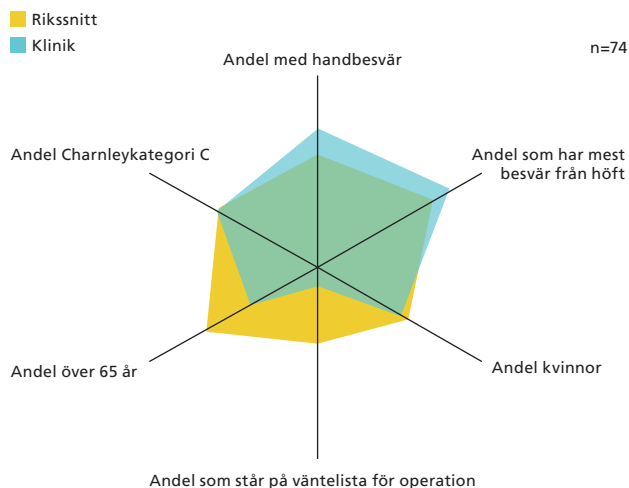
**Hälsa & Rehab, Kungsbacka**



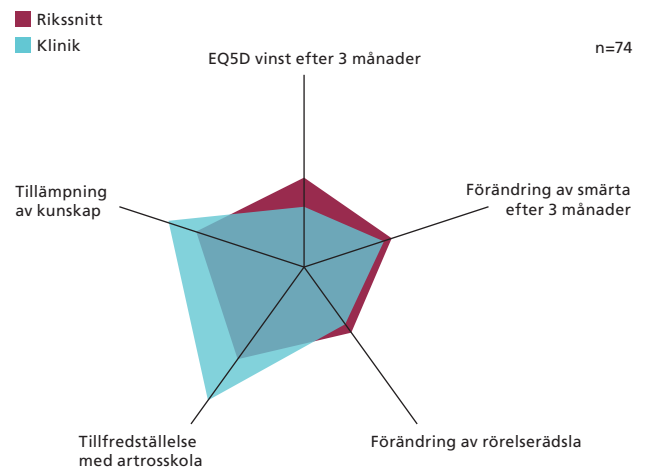
**Hälsa & Rehab, Kungsbacka**



**Vårdcentralen Laholm**

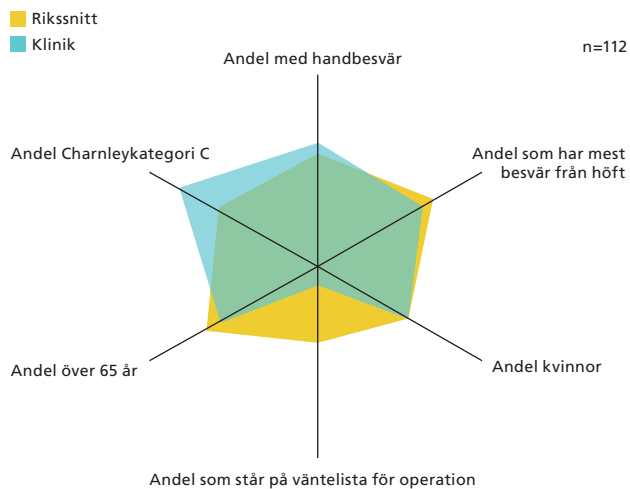


**Vårdcentralen Laholm**



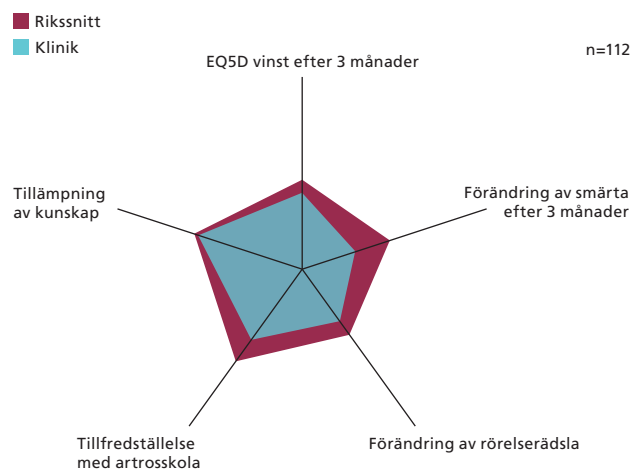
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

### Bräcke Hälsocentral

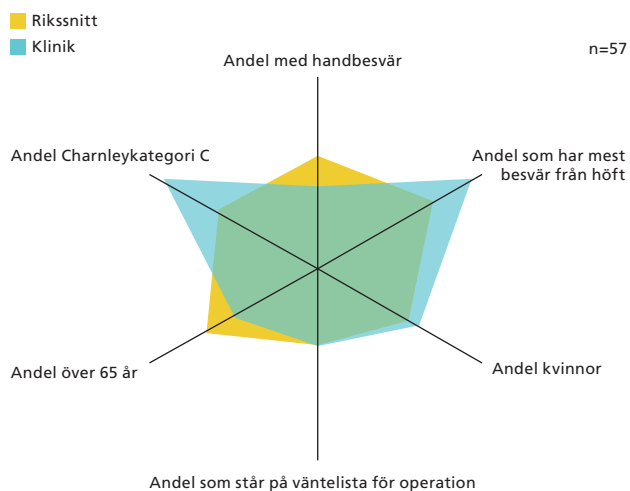


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

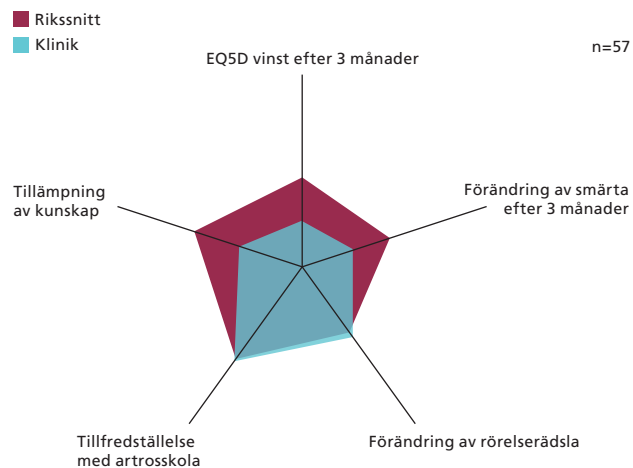
### Bräcke Hälsocentral



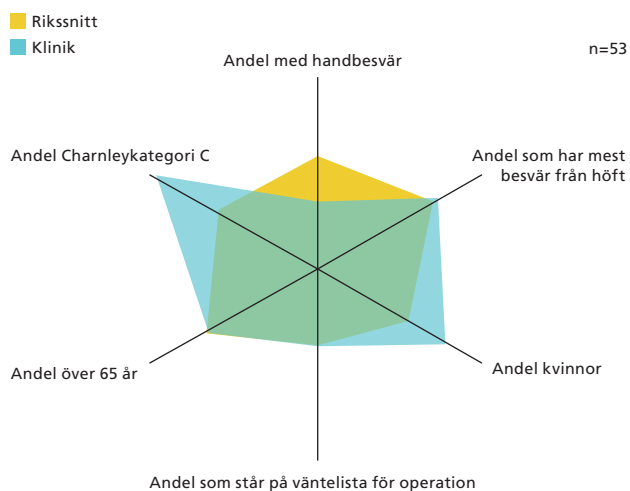
### Hälsocentralen Lugnvik, Östersund



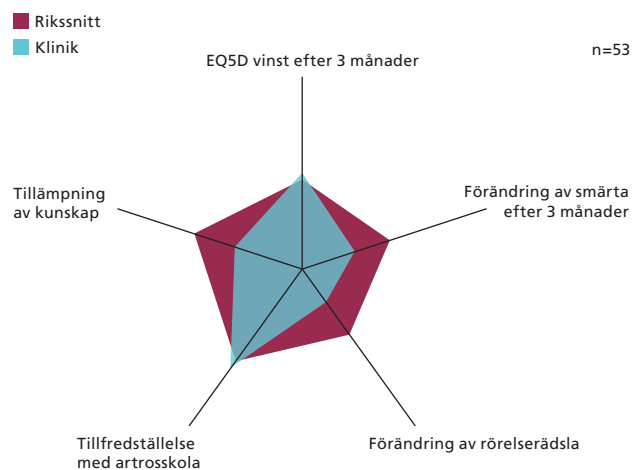
### Hälsocentralen Lugnvik, Östersund



### Hälsocentralen Zätagränd, Östersund

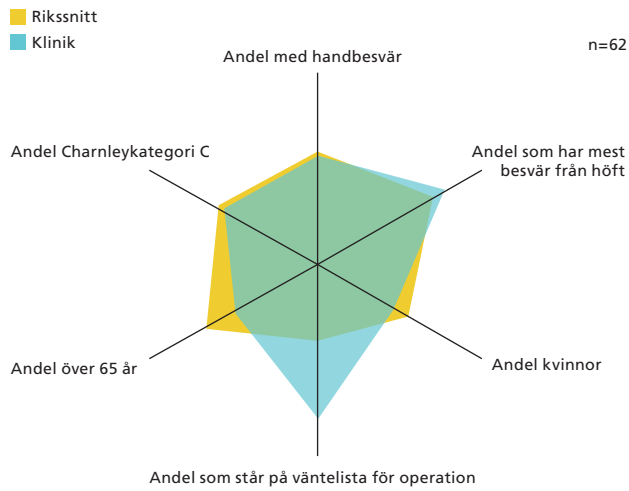


### Hälsocentralen Zätagränd, Östersund



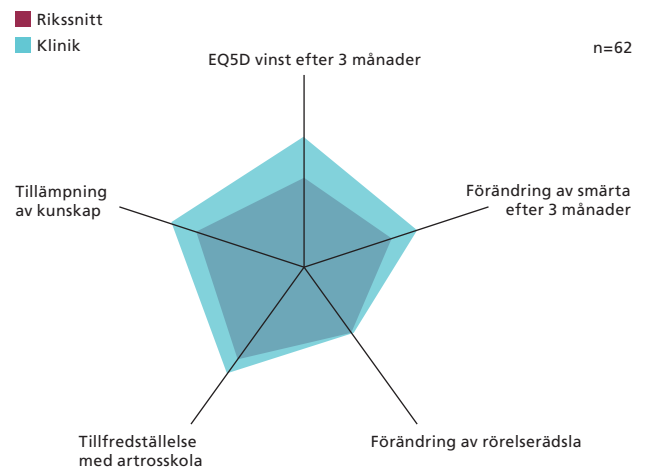
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Nya Närvården i Strömsund/Hoting**

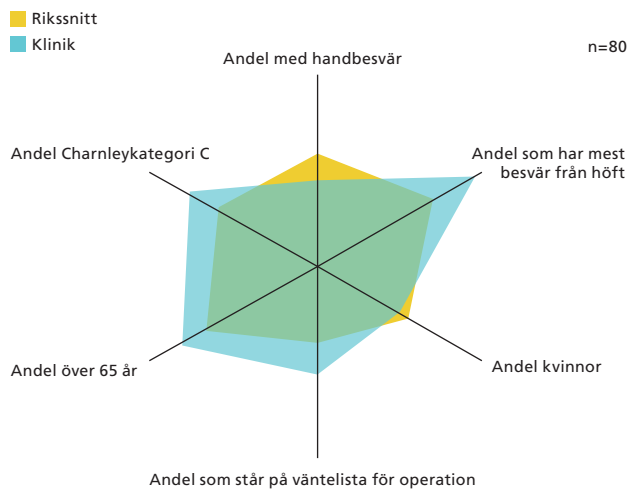


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

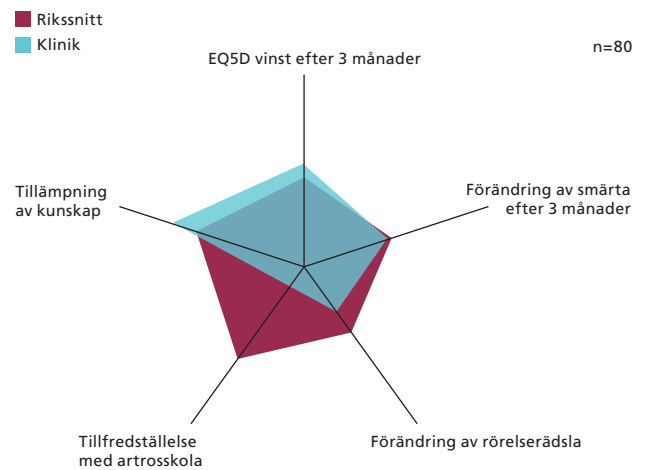
**Nya Närvården i Strömsund/Hoting**



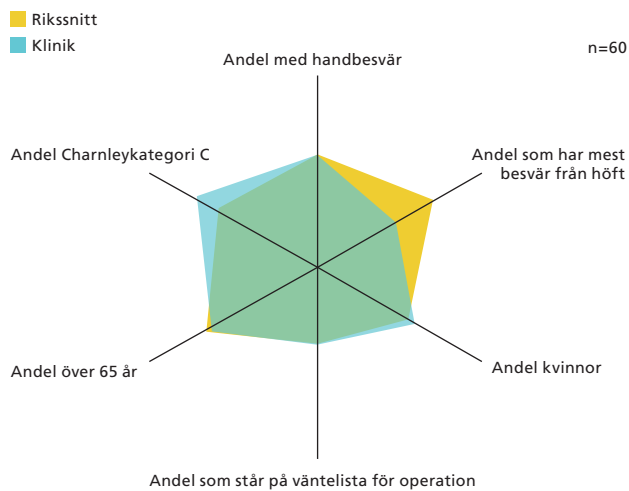
**Odensala Hälsocentral, Östersund**



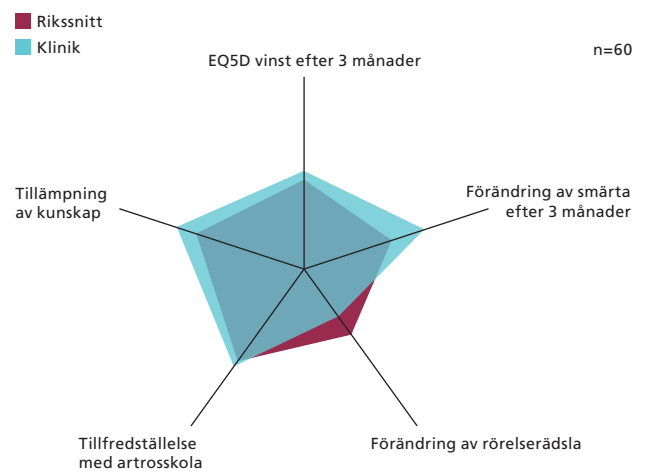
**Odensala Hälsocentral, Östersund**



**Strömsunds Hälsocentral**

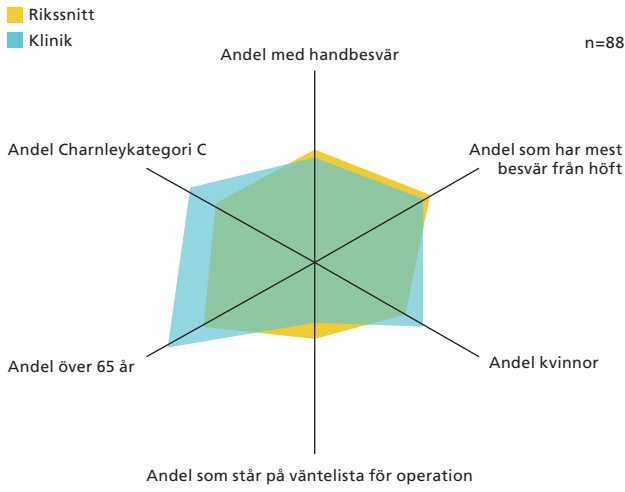


**Strömsunds Hälsocentral**



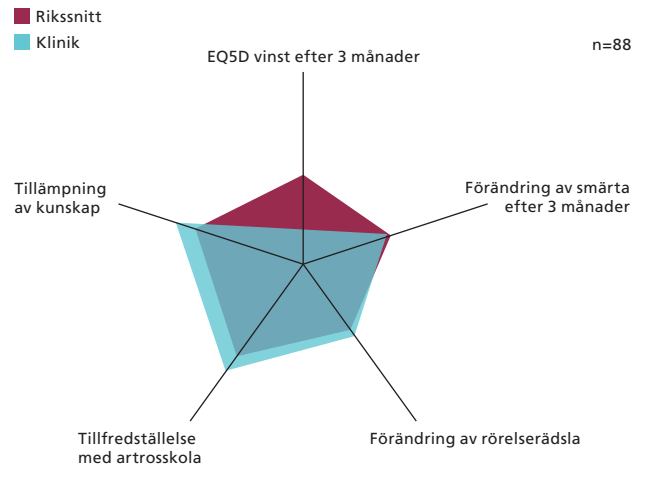
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum**

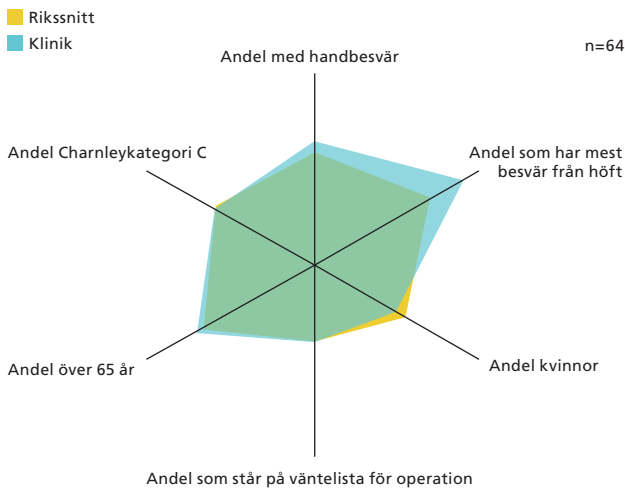


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

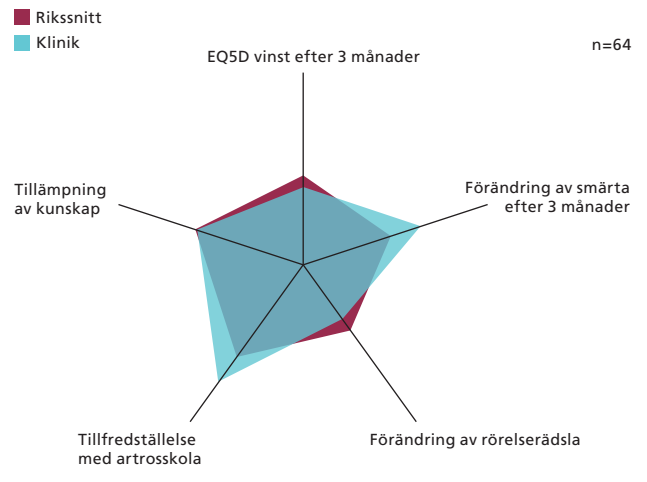
**Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum**



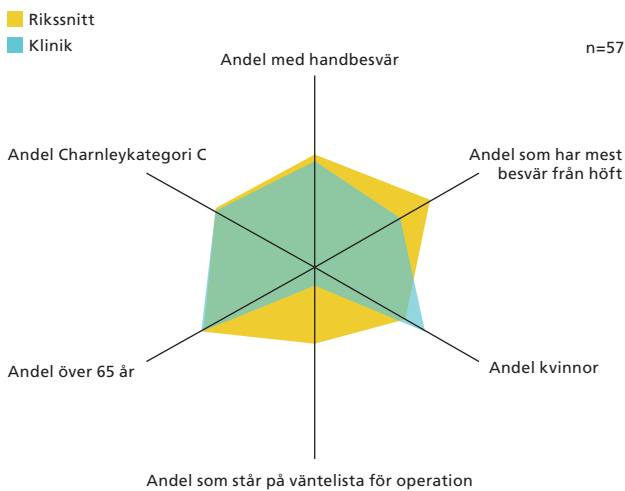
**Väster vårdcentral, Värnamo**



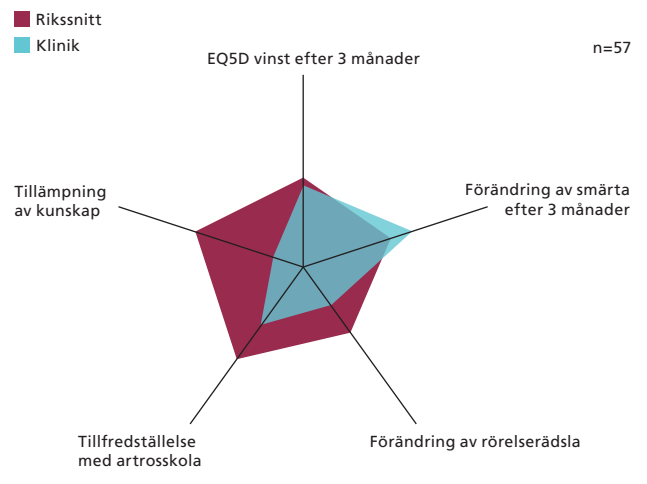
**Väster vårdcentral, Värnamo**



**Distriktsrehab Kalmar/Torsås**

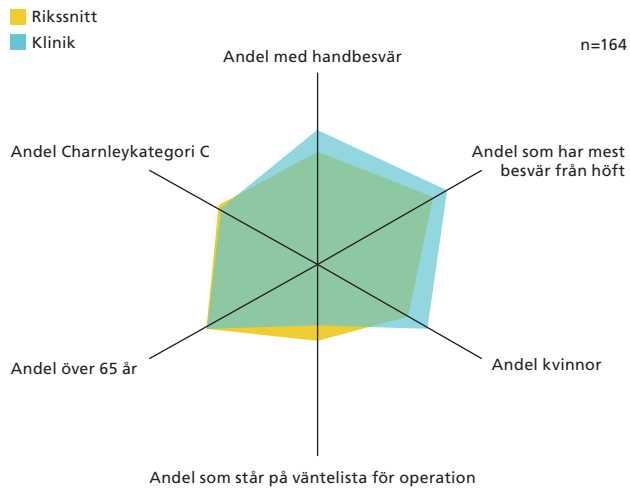


**Distriktsrehab Kalmar/Torsås**



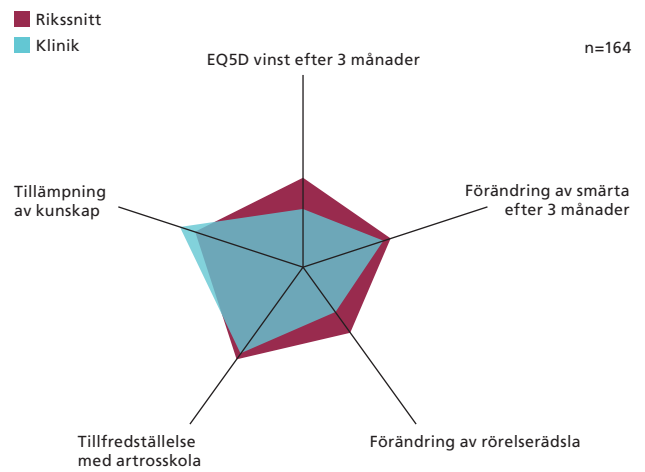
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Samrehab Mönsterås**

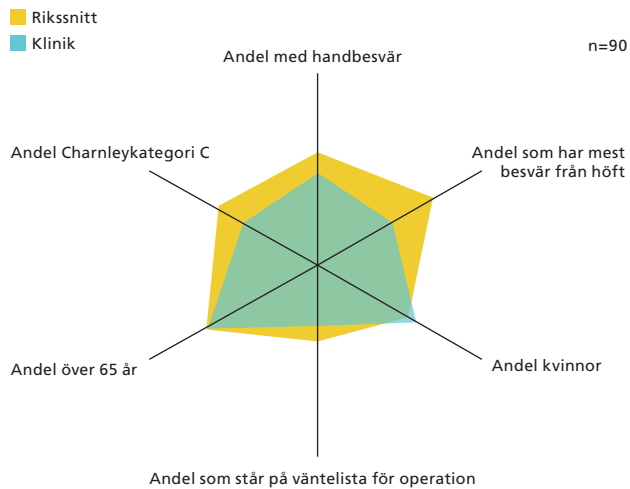


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

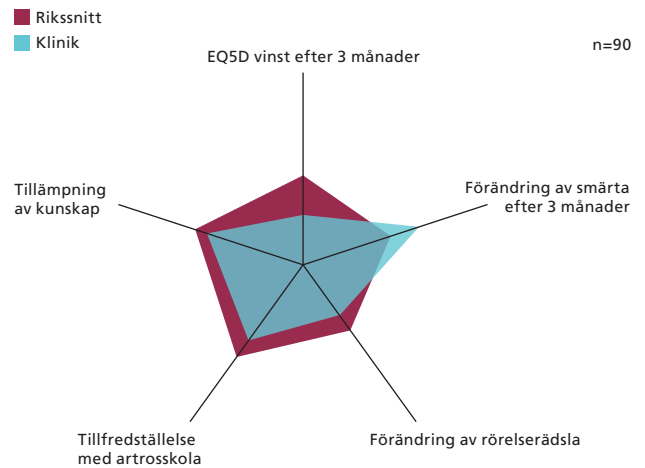
**Samrehab, Mönsterås**



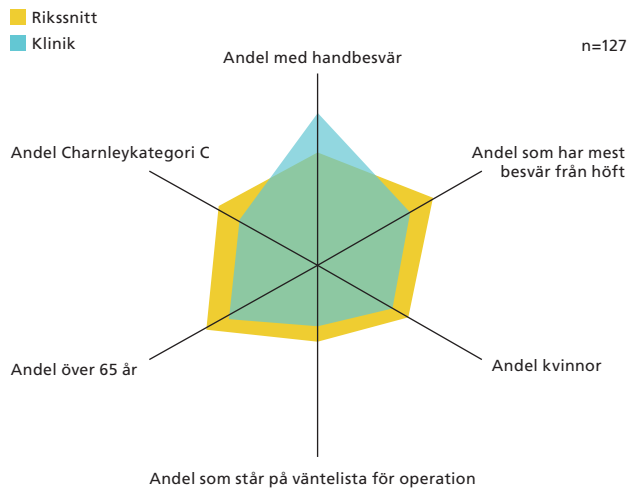
**Samrehab Oskarshamn**



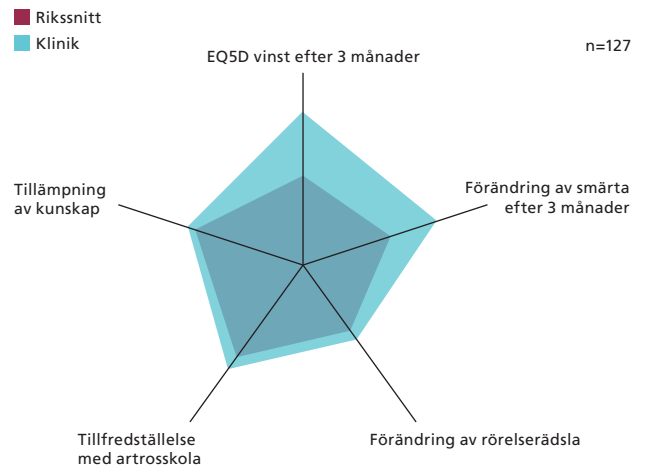
**Samrehab, Oskarshamn**



**Samrehab Vimmerby**

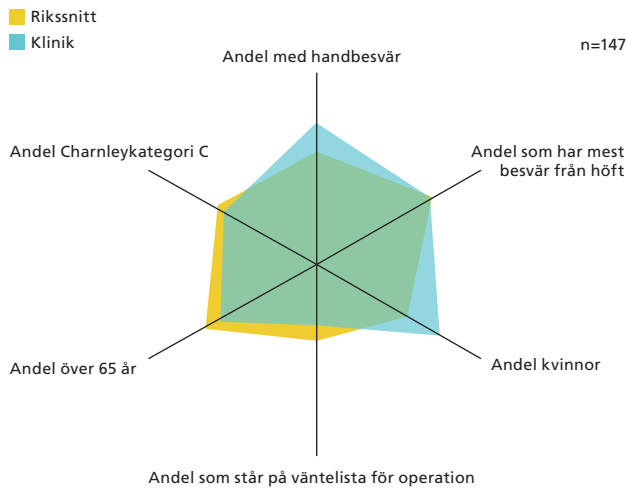


**Samrehab Vimmerby**



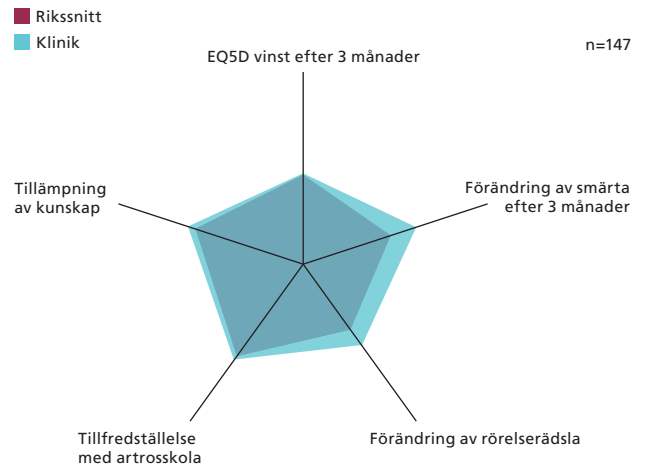
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Västerviks sjukhus**

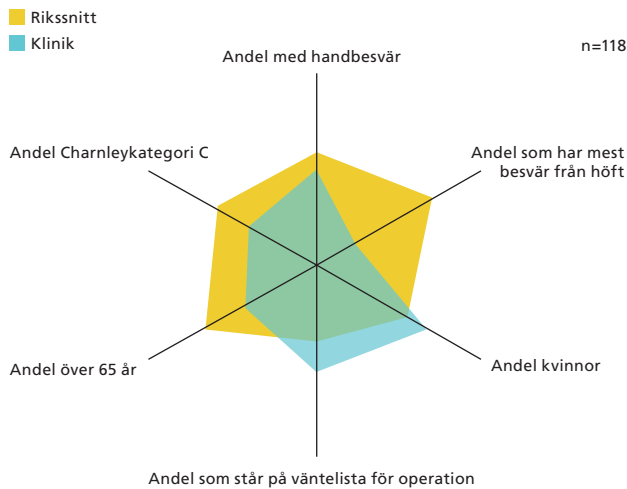


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

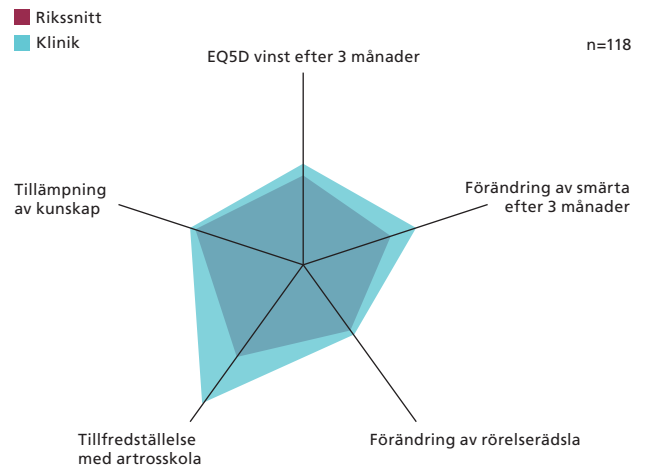
**Västerviks sjukhus**



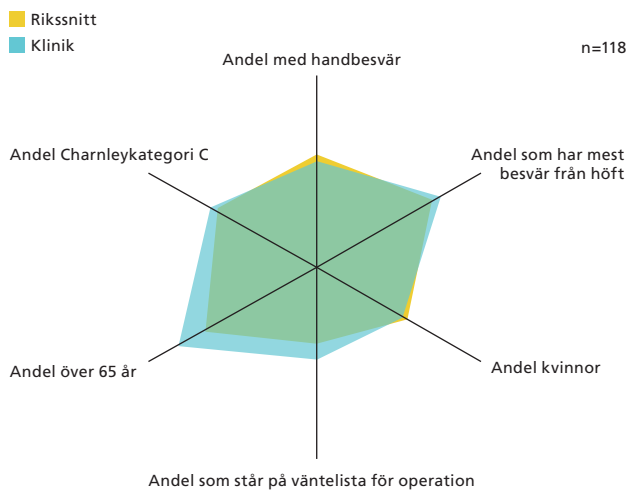
**Idrottskliniken, Växjö**



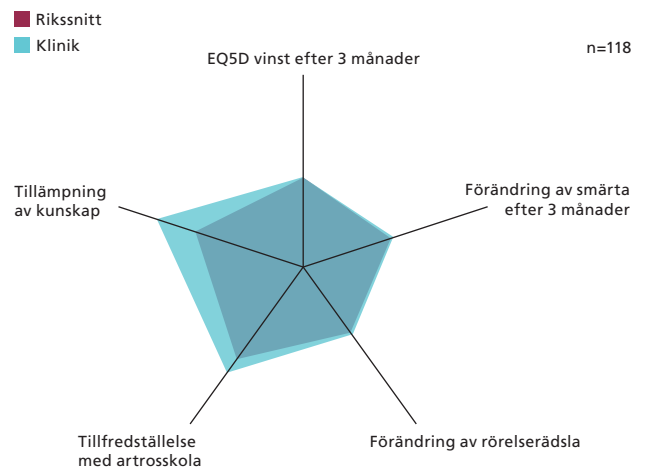
**Idrottskliniken, Växjö**



**Vårdcentralen Hovshaga, Växjö**



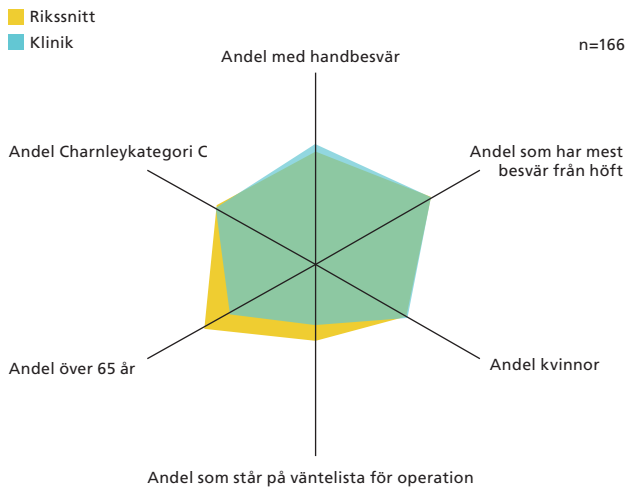
**Vårdcentralen Hovshaga, Växjö**





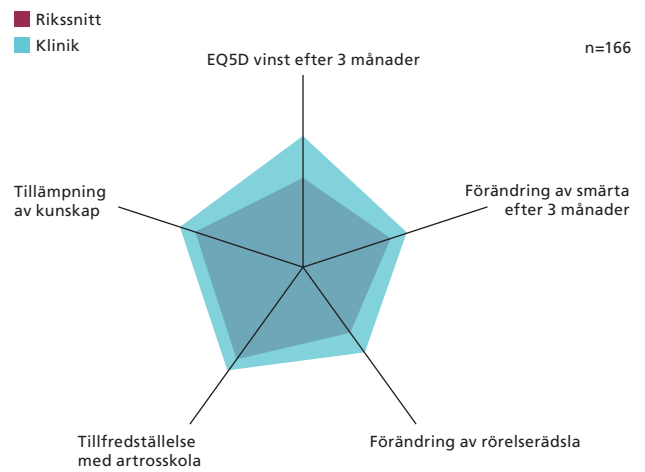
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Capio Citykliniken, Lund**

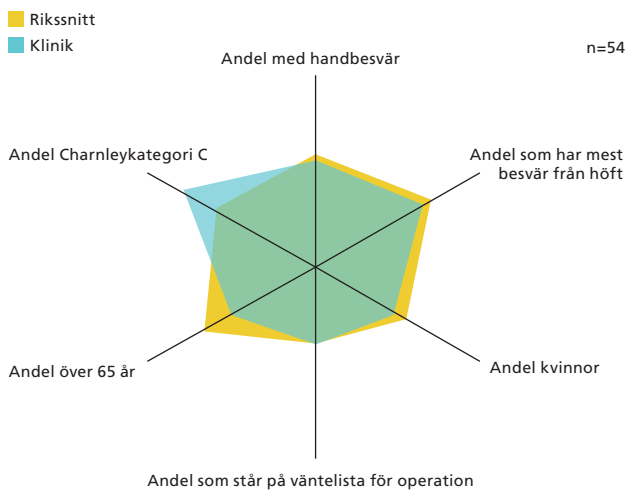


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

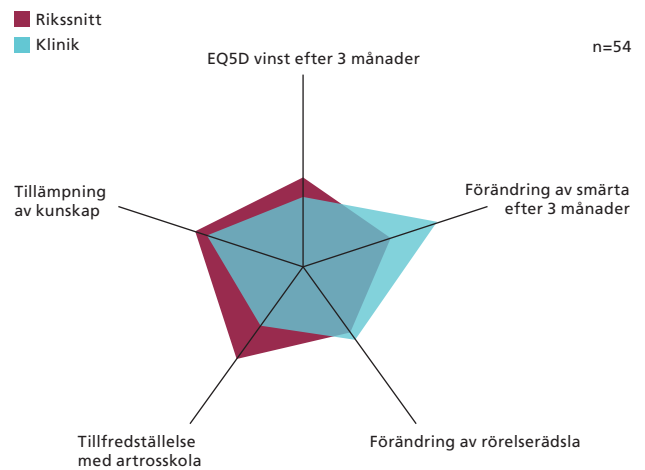
**Capio Citykliniken, Lund**



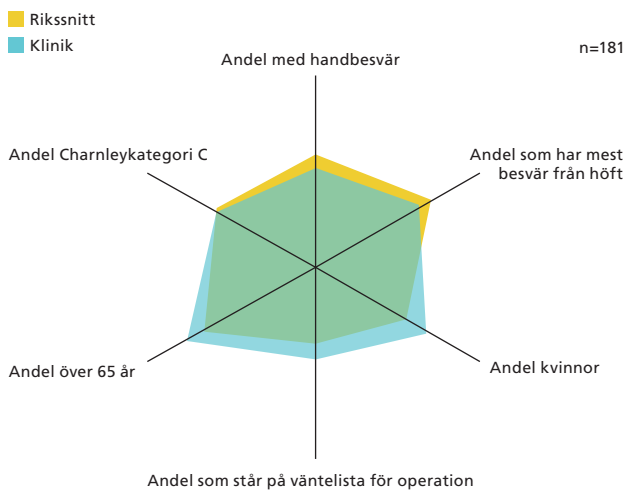
**Capio Citykliniken, Malmö Centrum**



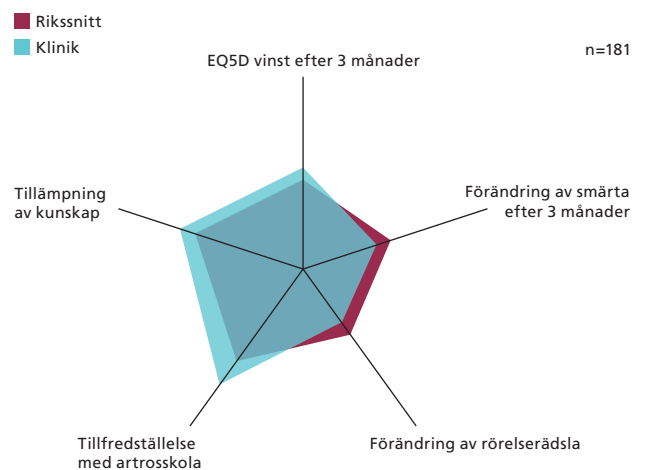
**Capio Citykliniken, Malmö Centrum**



**Deltagruppen Helsingborg**

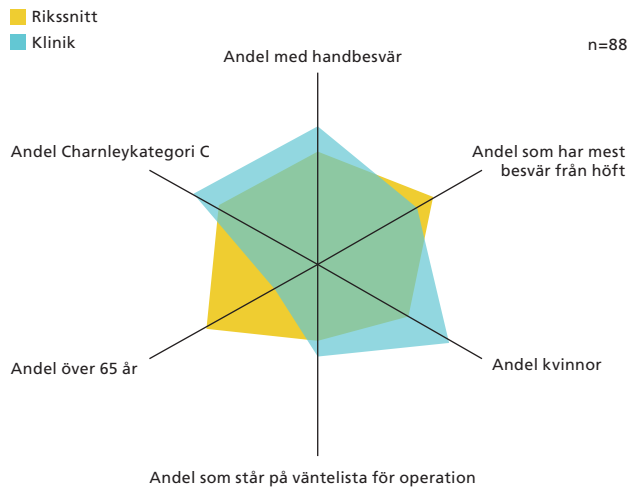


**Deltagruppen Helsingborg**



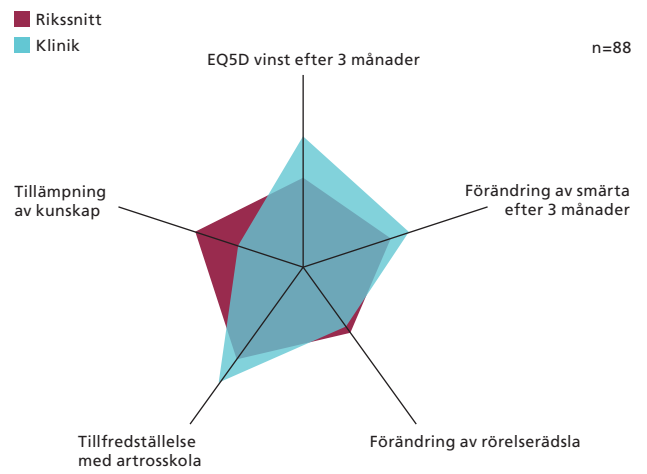
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Fysiocenter, Malmö**

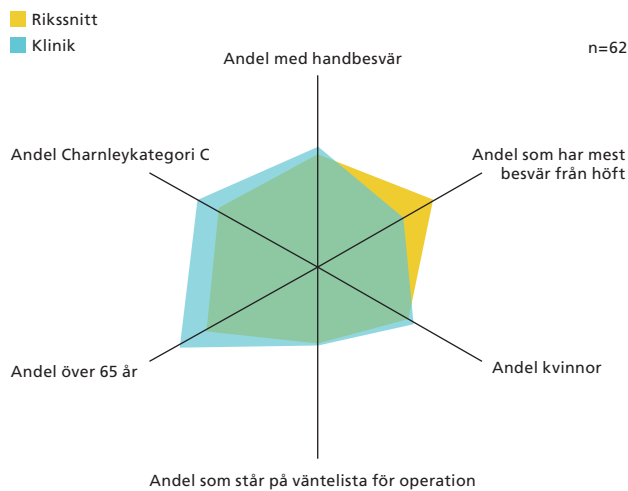


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

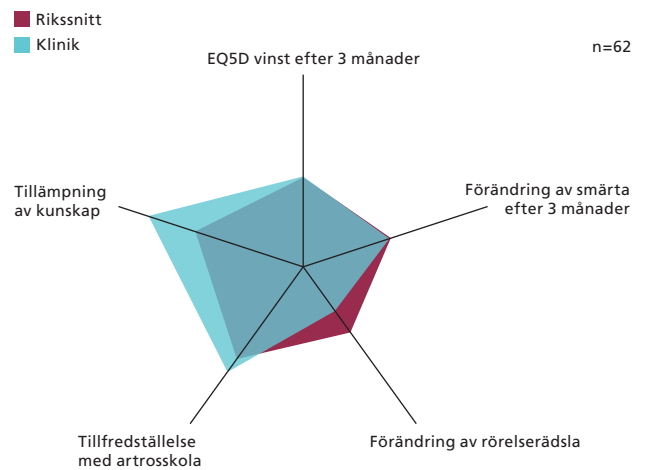
**Fysiocenter, Malmö**



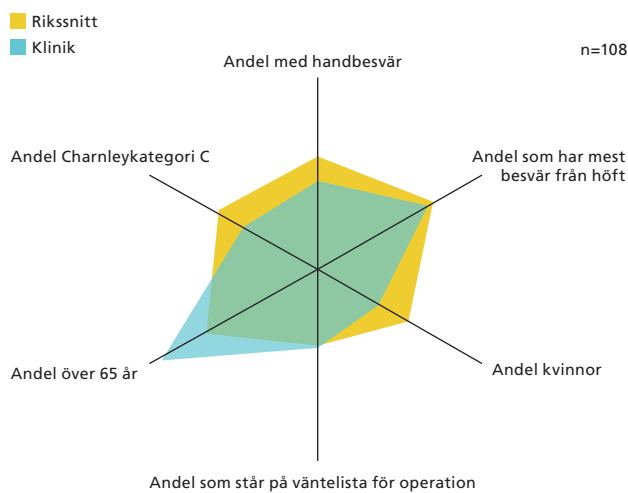
**Klippans Vårdcentral**



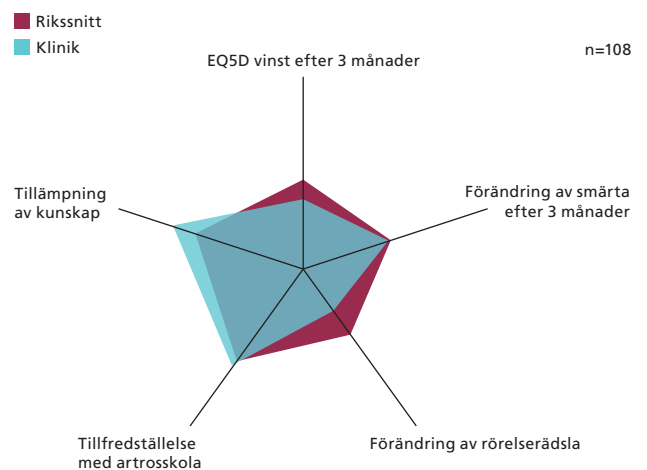
**Klippans Vårdcentral**



**Lomma Vårdcentral**

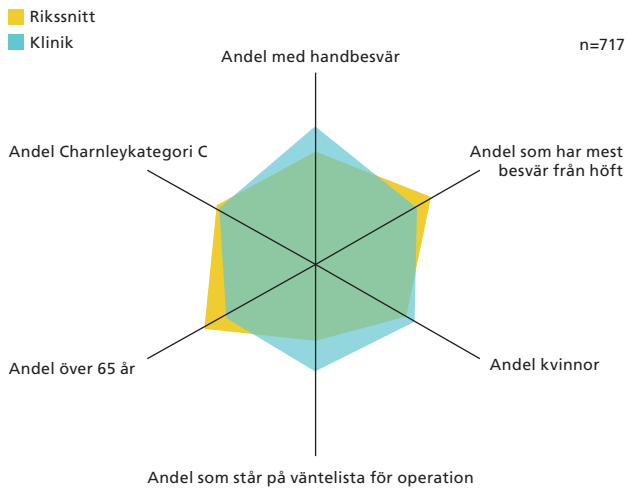


**Lomma Vårdcentral**



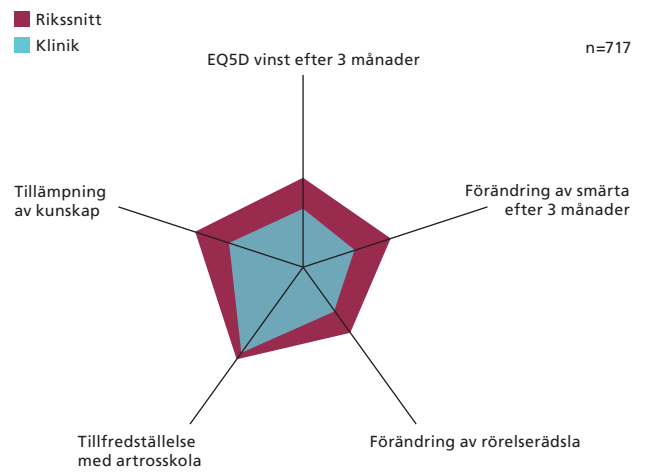
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Malmö Abels Rehab**

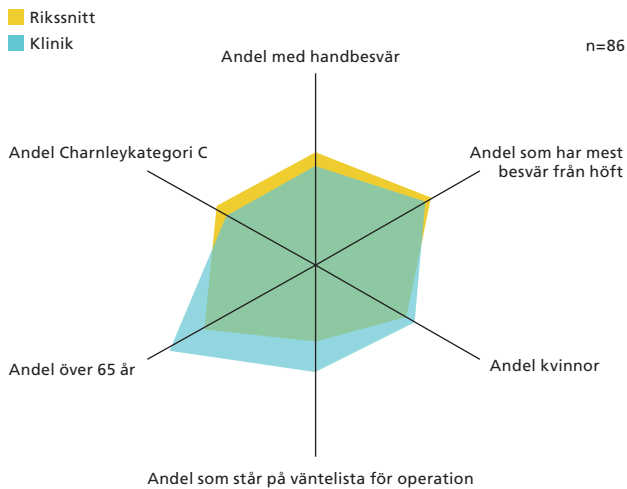


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

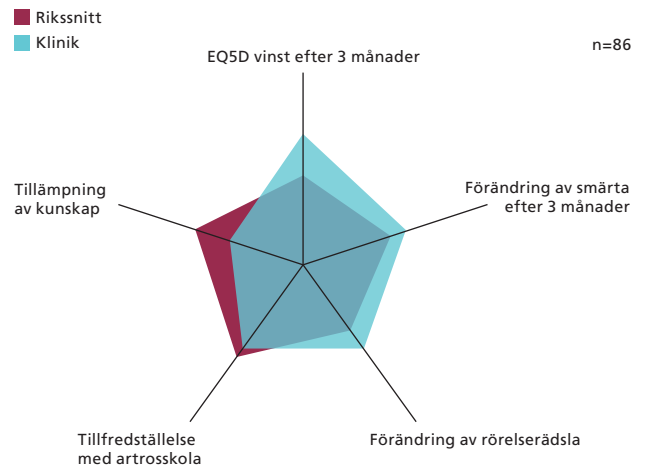
**Malmö Abels Rehab**



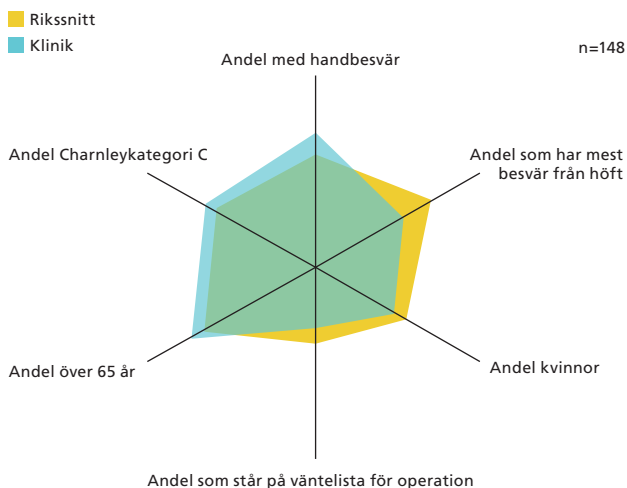
**Näsets Läkargrupp**



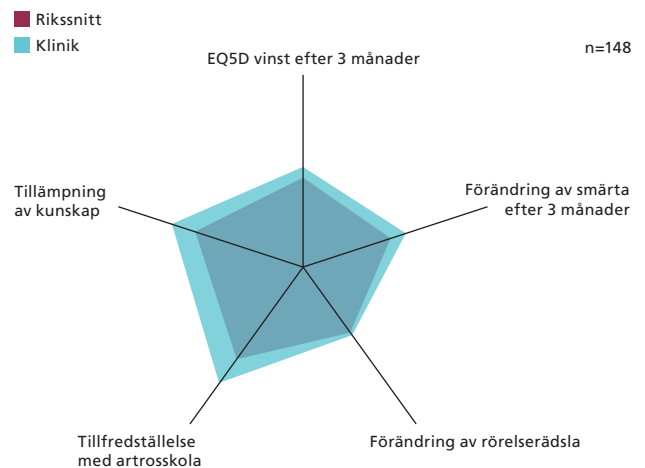
**Näsets Läkargrupp**



**Sjöcrona Vårdcentral Höganäs**

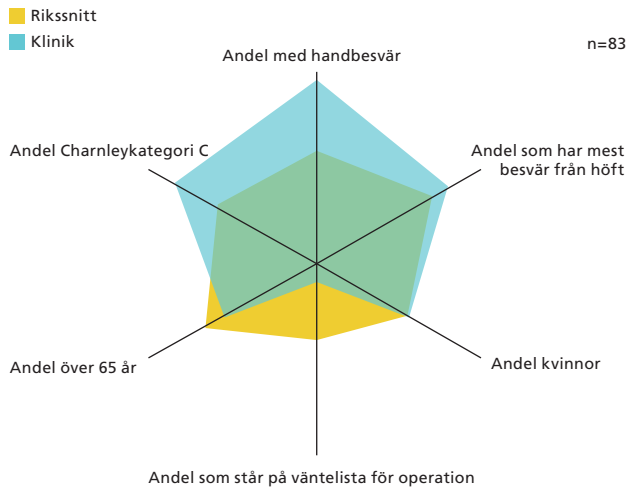


**Sjöcrona Vårdcentral Höganäs**



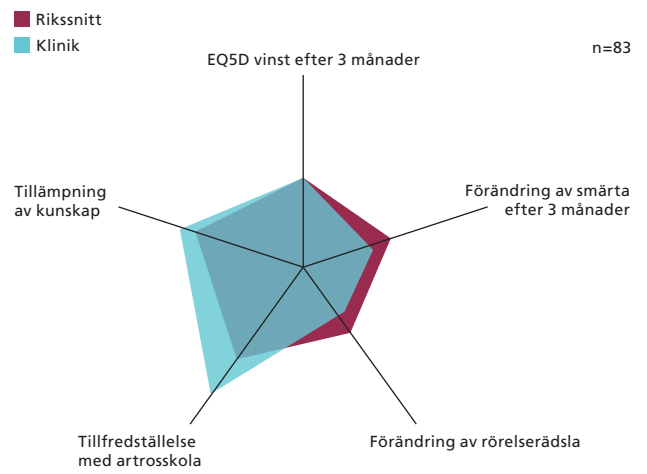
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Solljungahälsan, Örskelljunga

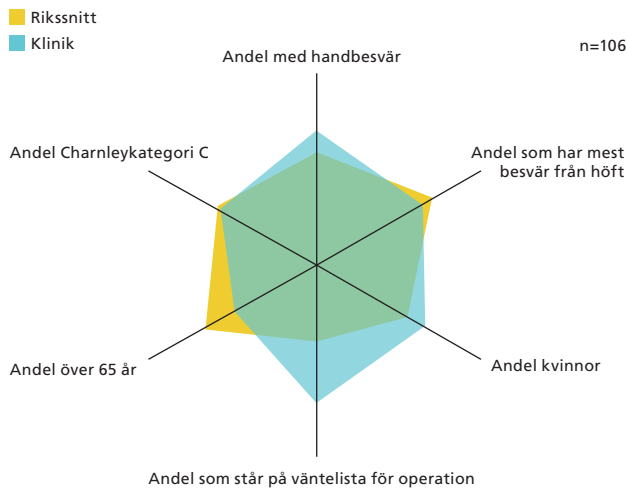


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

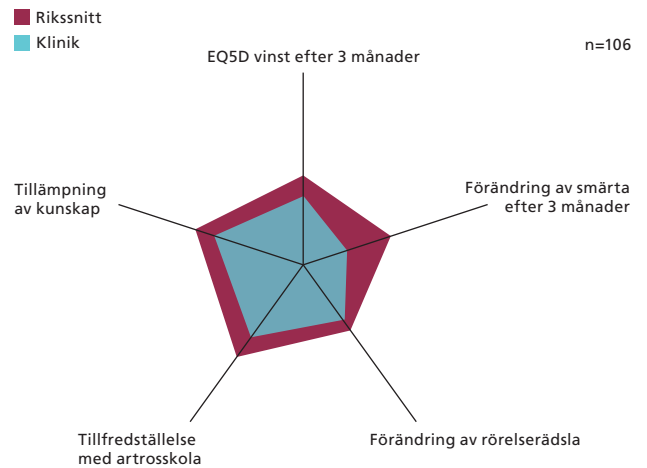
Solljungahälsan, Örskelljunga



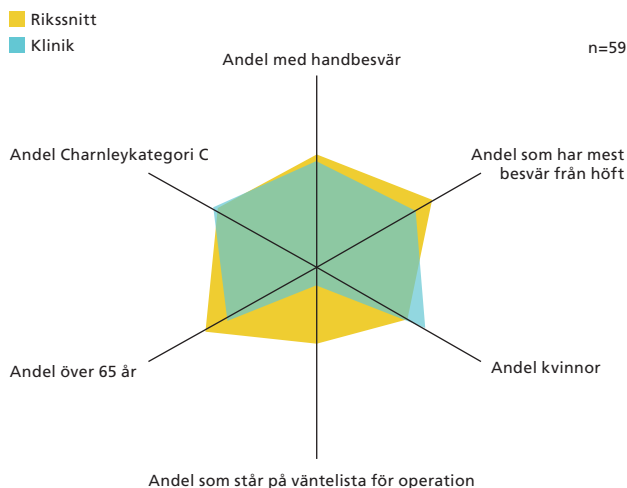
Trelleborg Lyftet Rehab



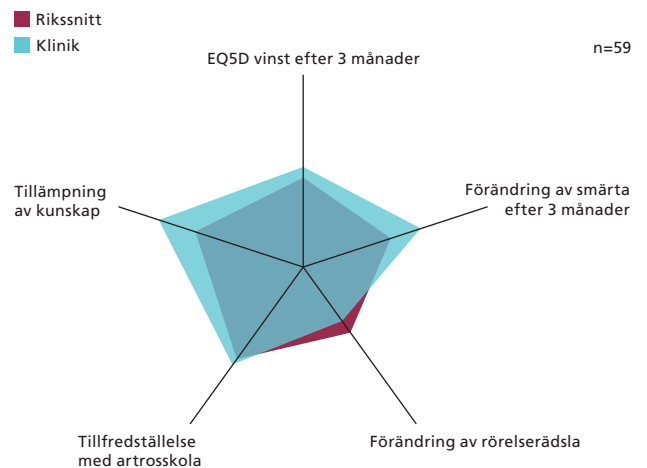
Trelleborg Lyftet Rehab



Vårdcentralen Hörby

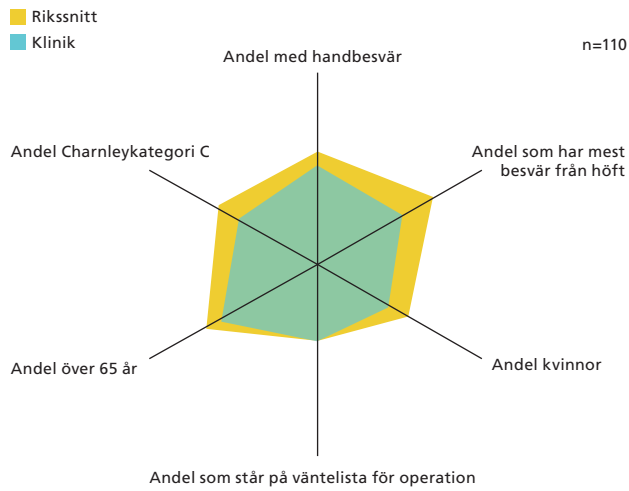


Vårdcentralen Hörby



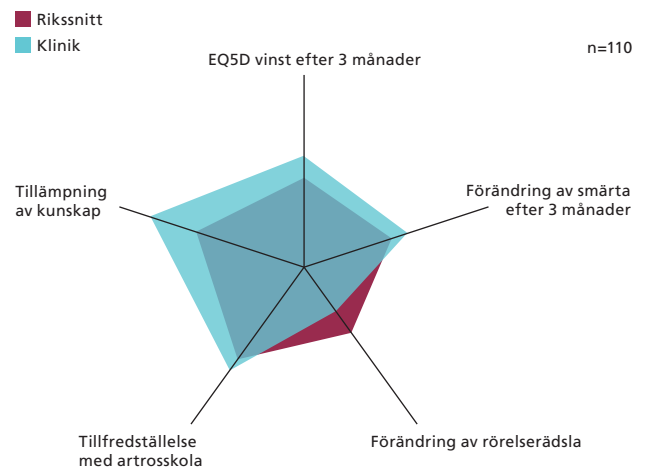
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Vårdcentralen Sjöbo**

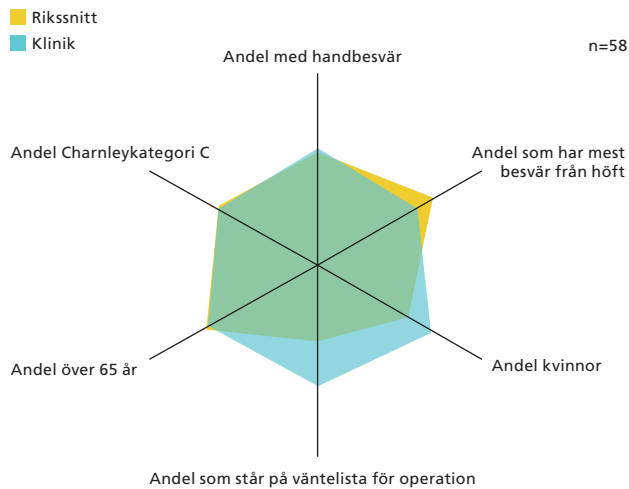


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

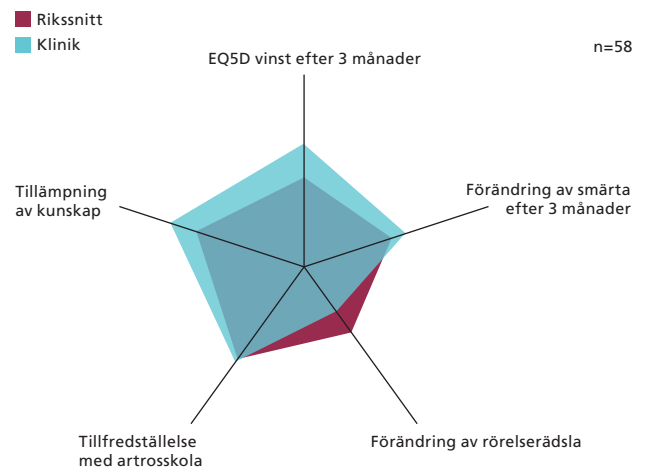
**Vårdcentralen Sjöbo**



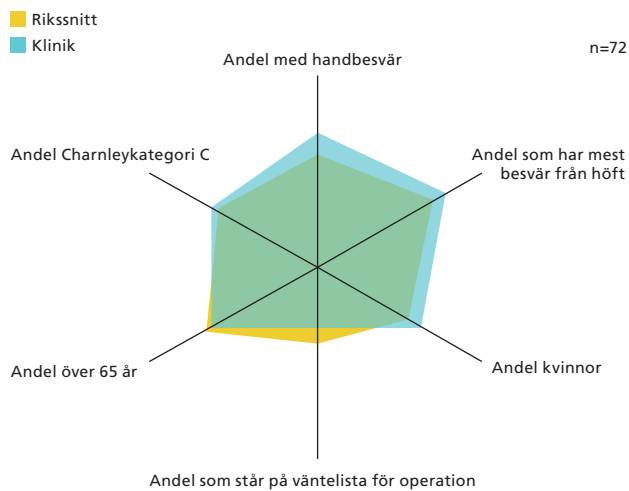
**Vårdcentralen Skurup**



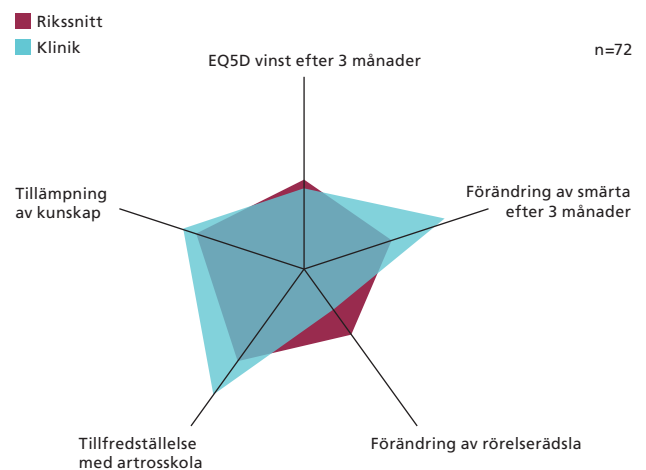
**Vårdcentralen Skurup**



**Vårdcentralen Tollarp**

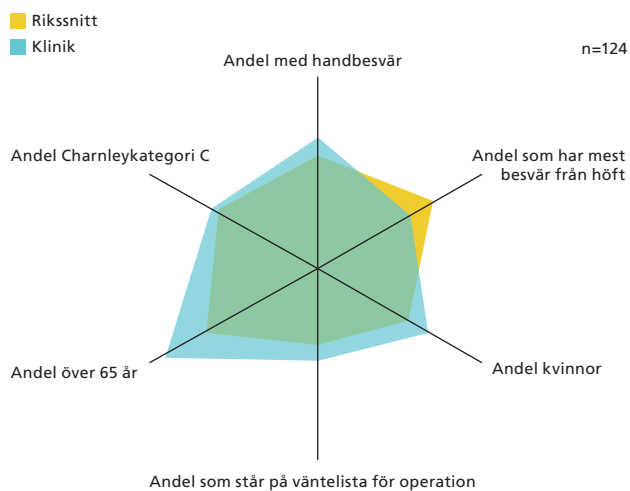


**Vårdcentralen Tollarp**



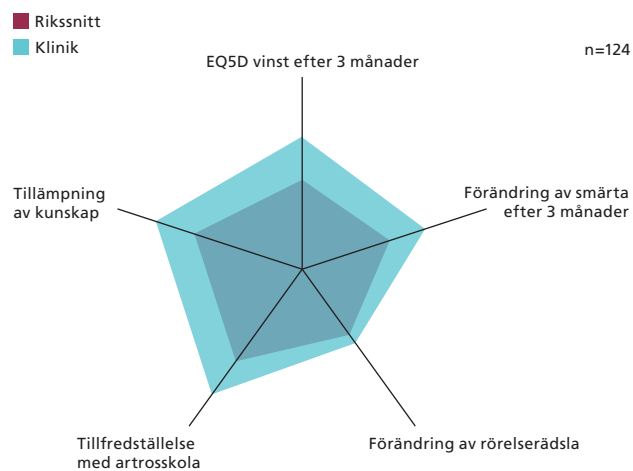
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

### Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad

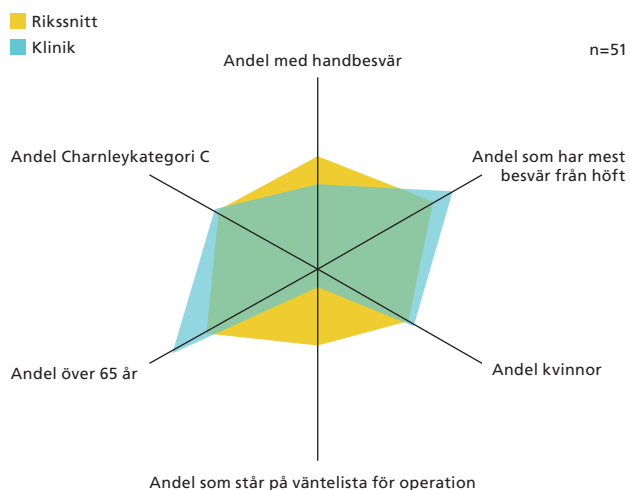


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

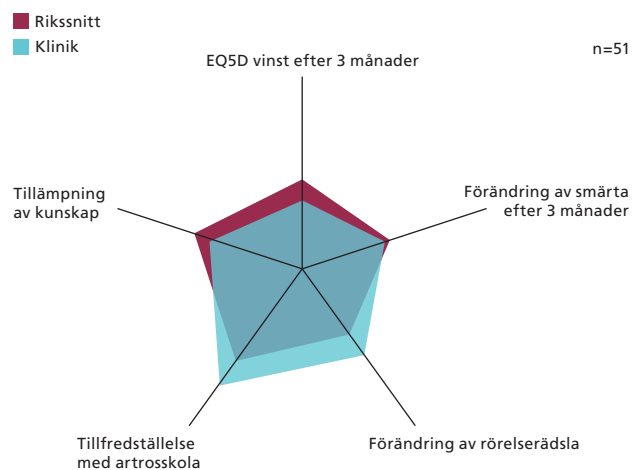
### Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad



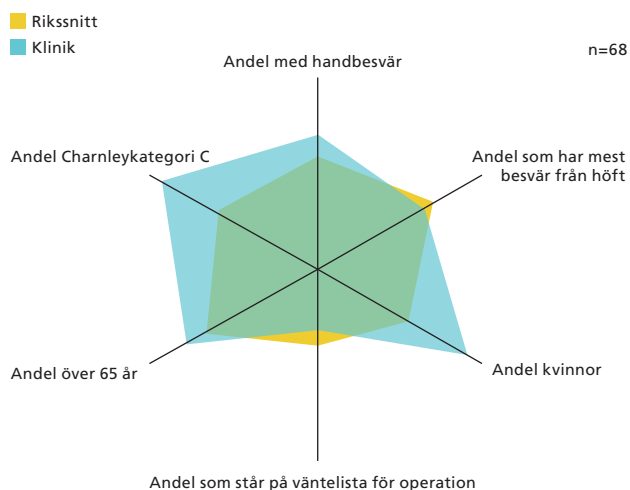
### Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta



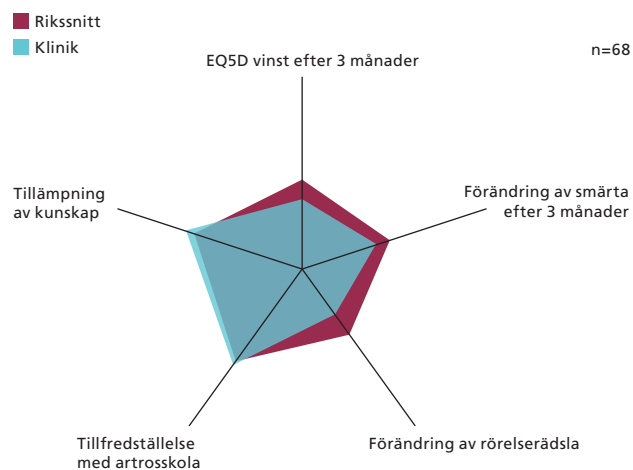
### Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta



### Dalen Rehab Södra, SLSO

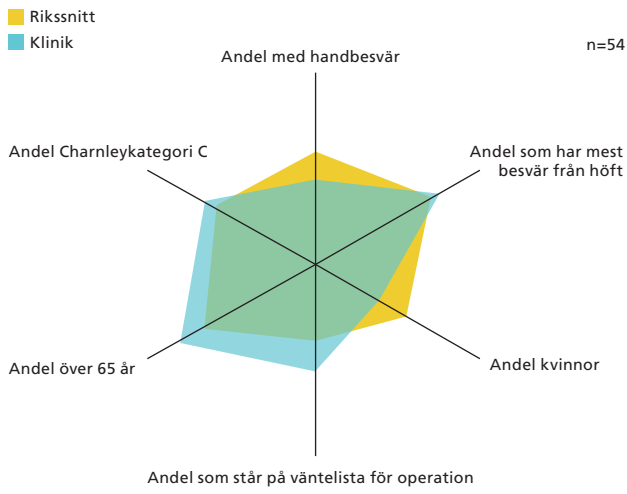


### Dalen Rehab Södra, SLSO



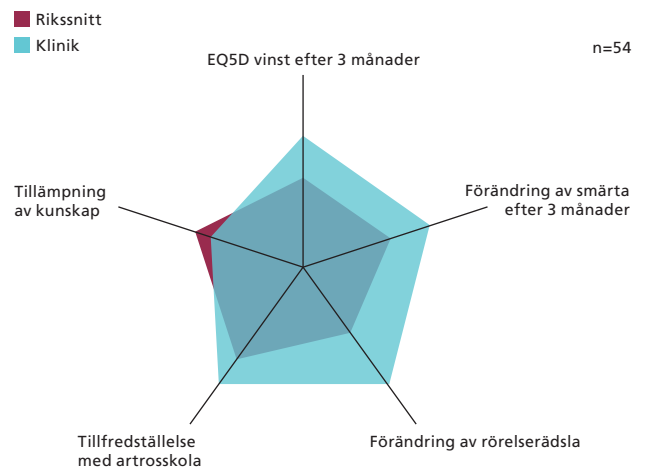
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Haninge Rehab**

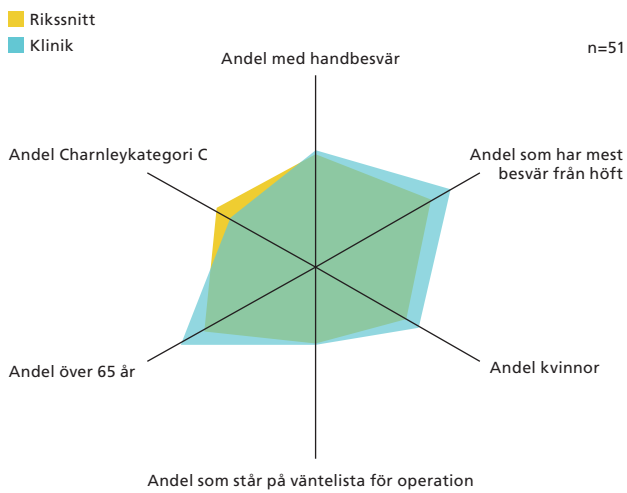


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

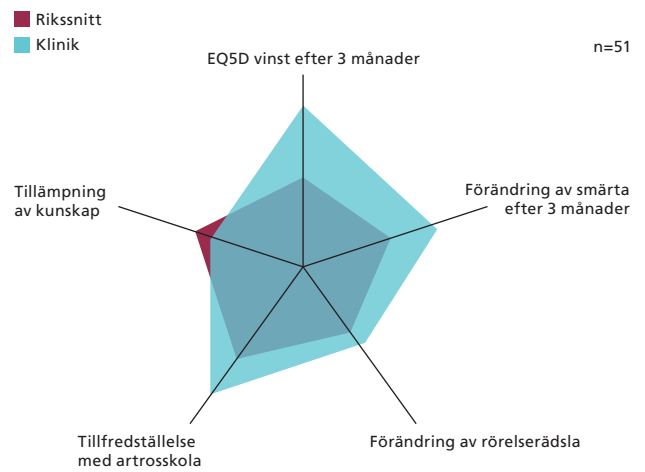
**Haninge Rehab**



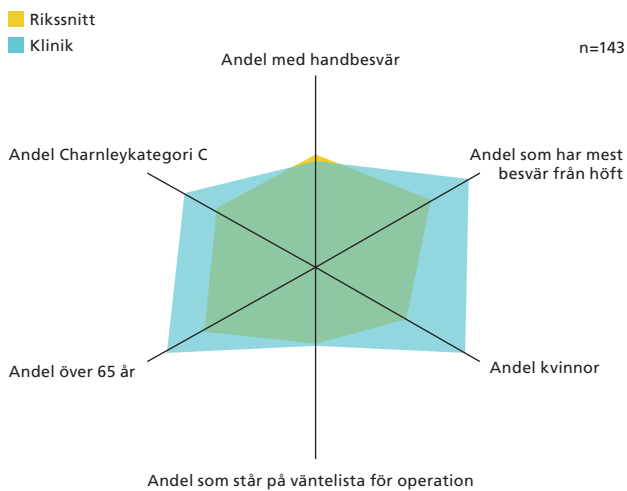
**Nynäshamns Vårdcentral, Rehabenheten**



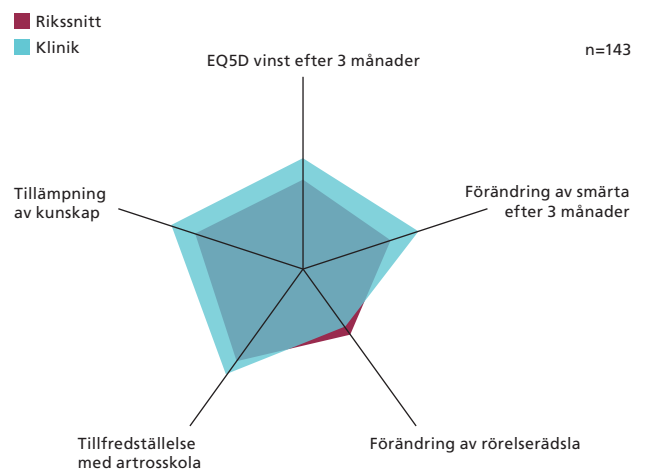
**Nynäshamns Vårdcentral, Rehabenheten**



**Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm**

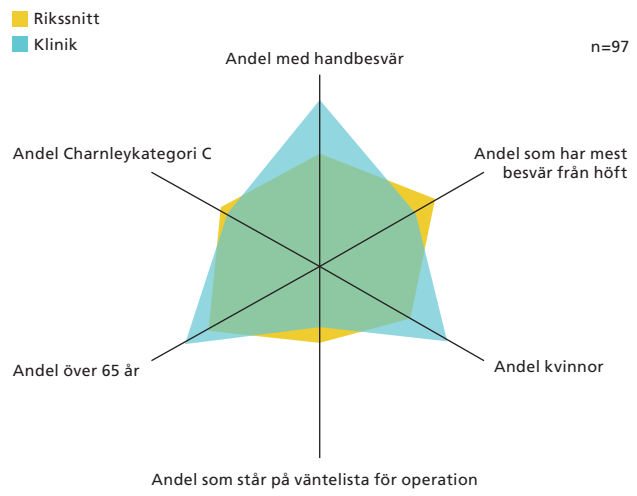


**Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm**



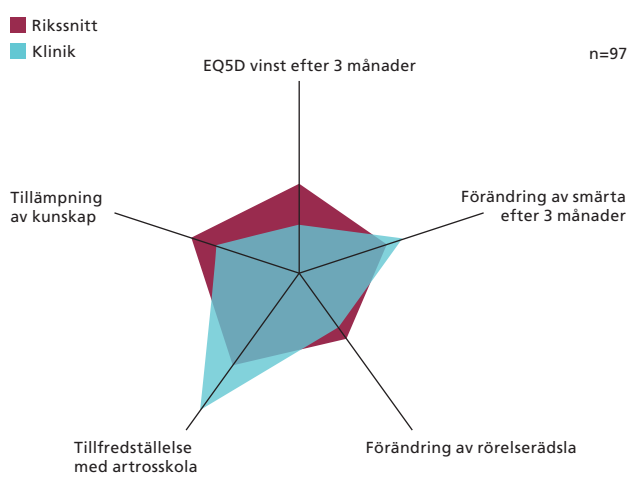
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus**

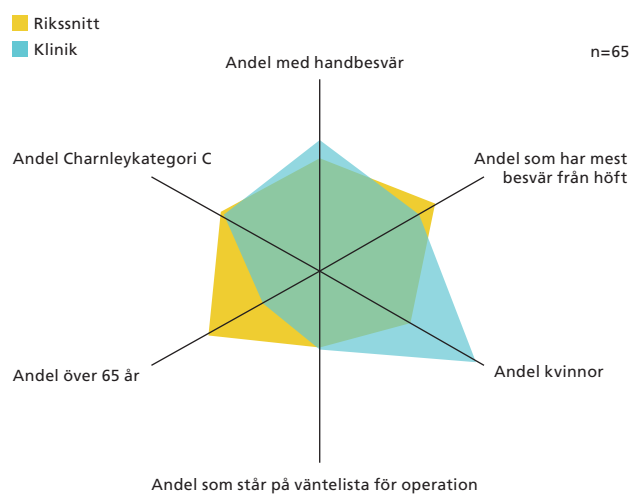


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

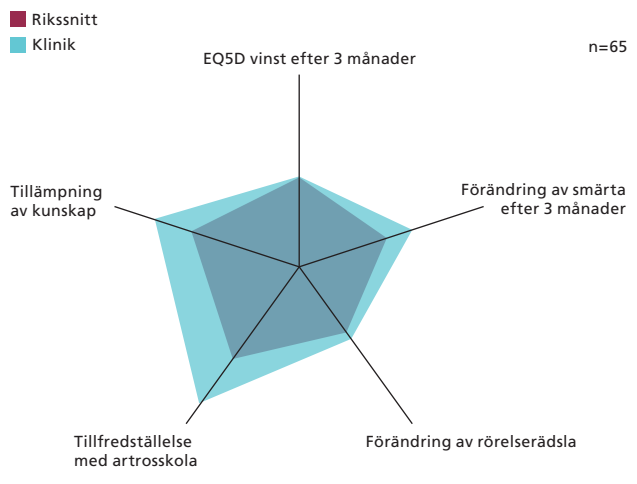
**Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus**



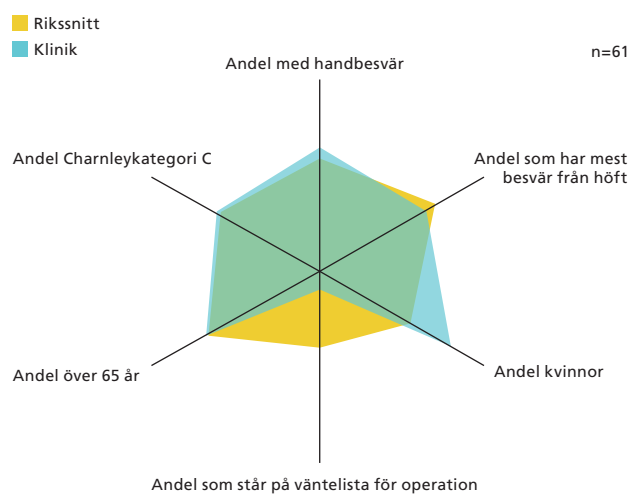
**Ena Sjukgymnastik, Enköping**



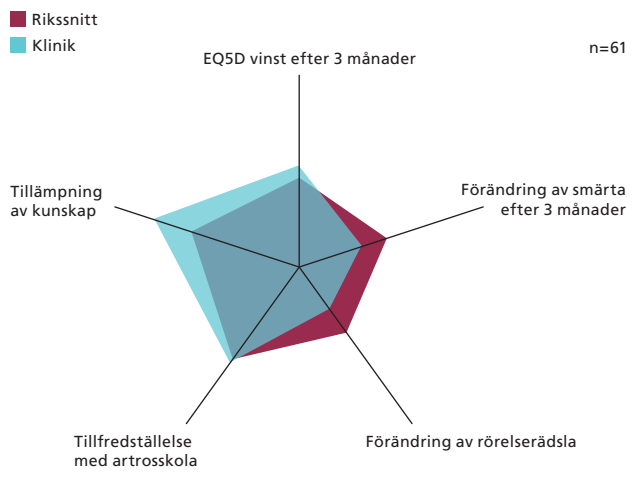
**Ena Sjukgymnastik, Enköping**



**Gimo Vårdcentral**



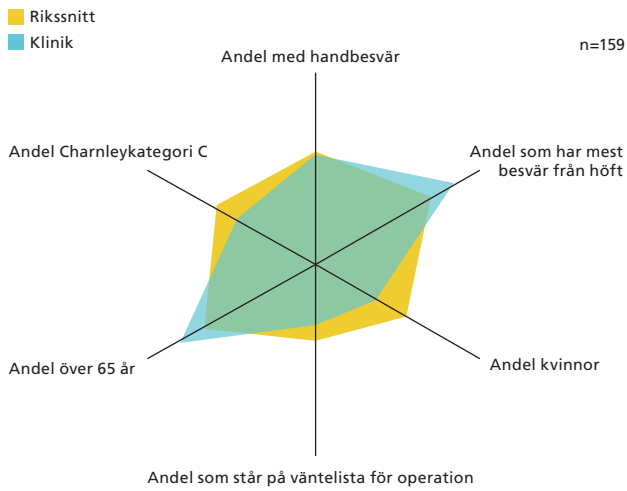
**Gimo Vårdcentral**





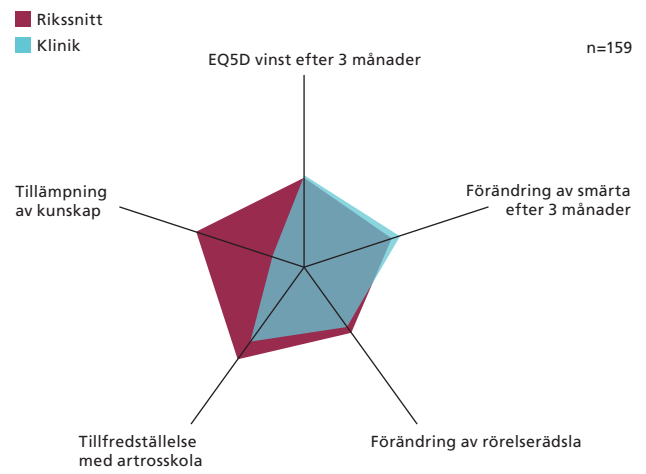
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Primärvårdsrehab Norra, Värmland**

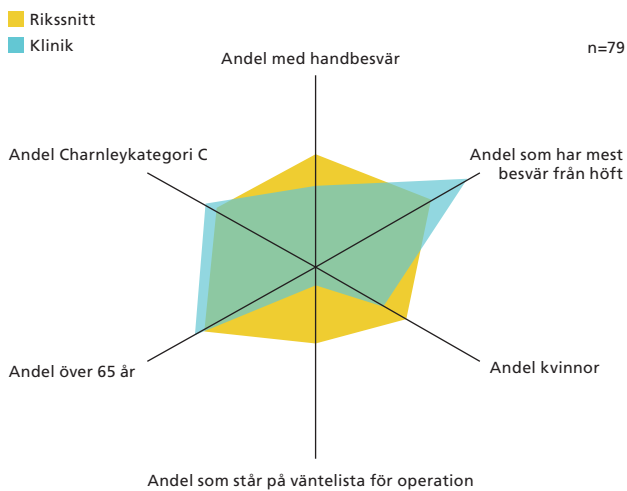


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

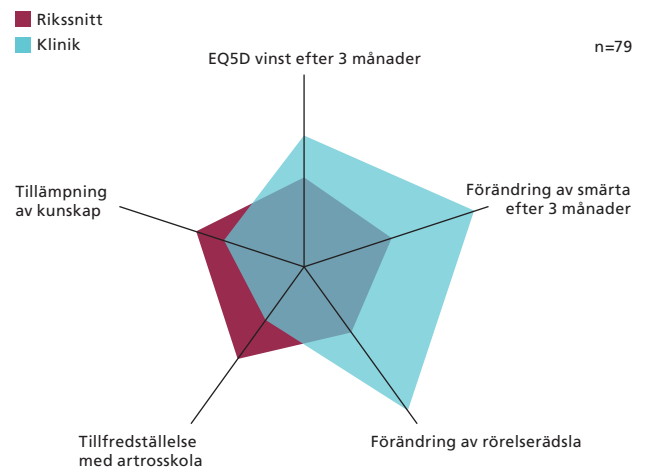
**Primärvårdsrehab Norra, Värmland**



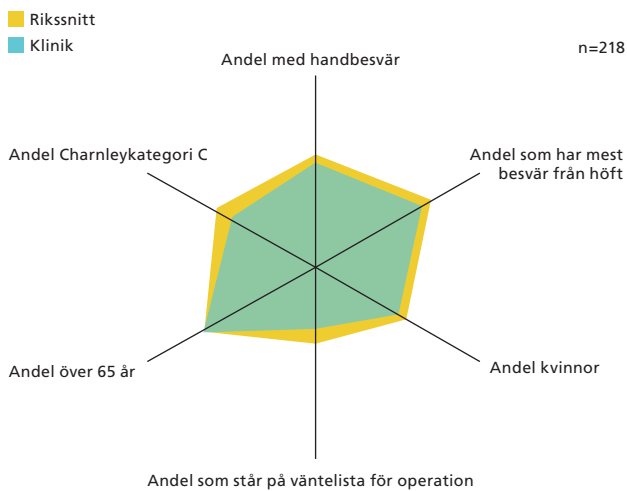
**Rehabenheten, Kristinehamn**



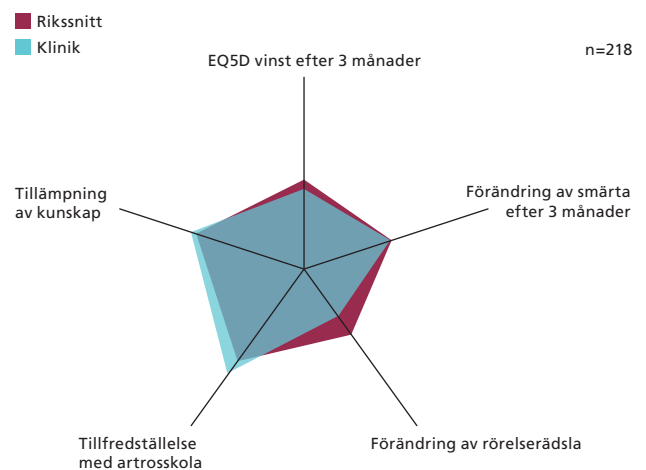
**Rehabenheten, Kristinehamn**



**Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika**

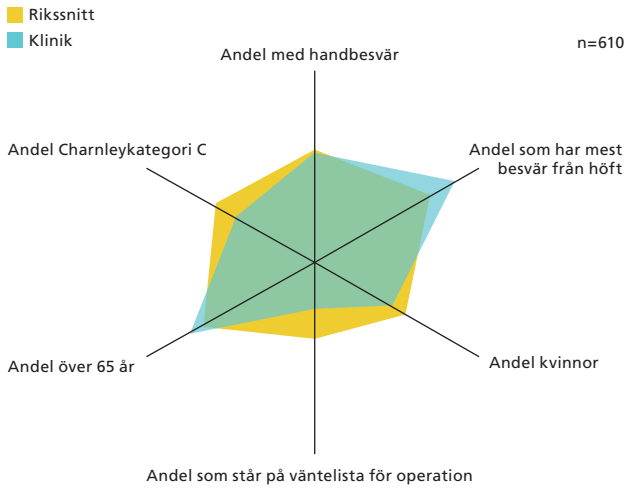


**Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika**



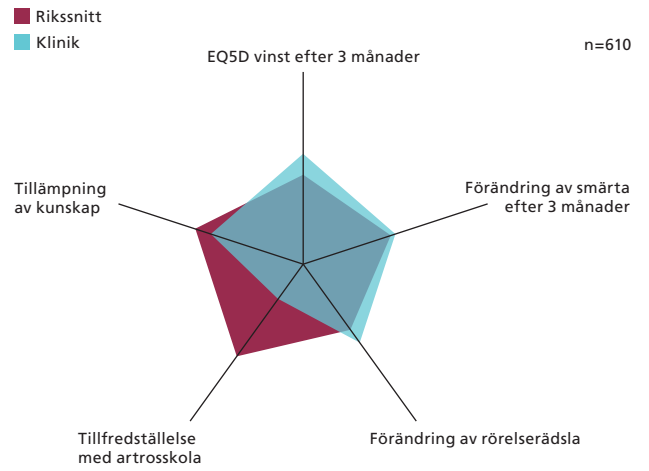
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Vårdcentralen Gripen, Karlstad CSK

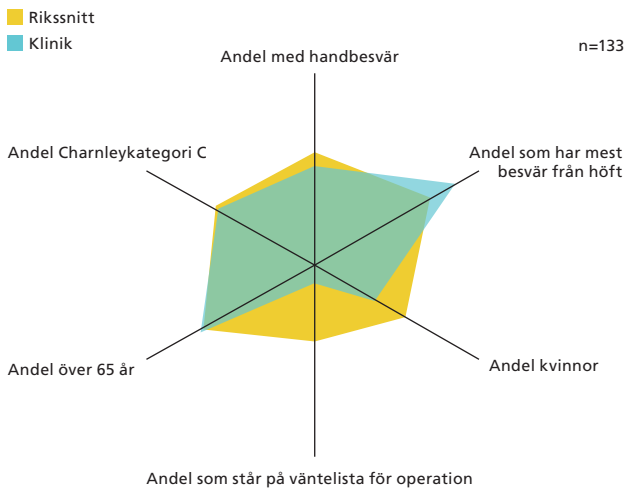


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

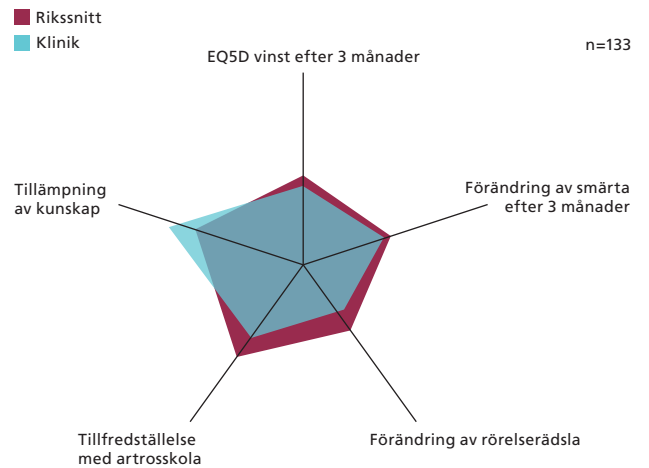
Vårdcentralen Gripen, Karlstad CSK



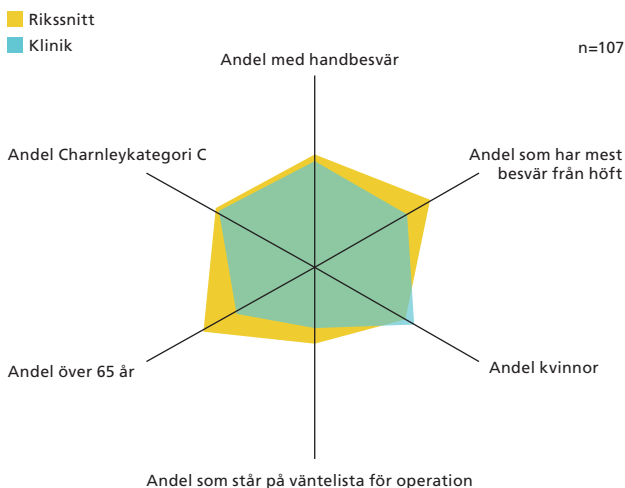
Dragonens nya hälsocentral, Umeå



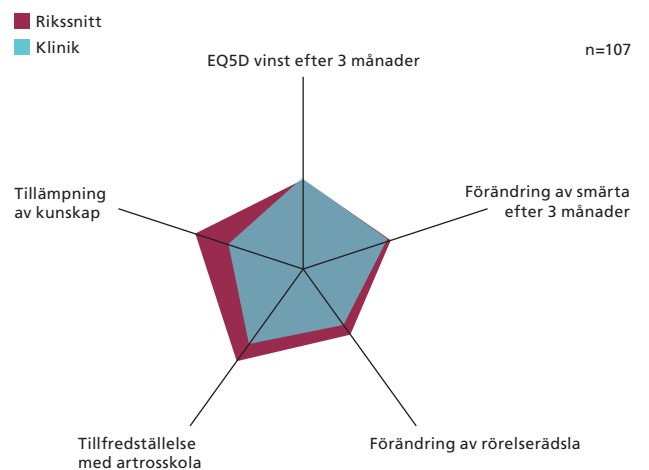
Dragonens nya hälsocentral, Umeå



Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå

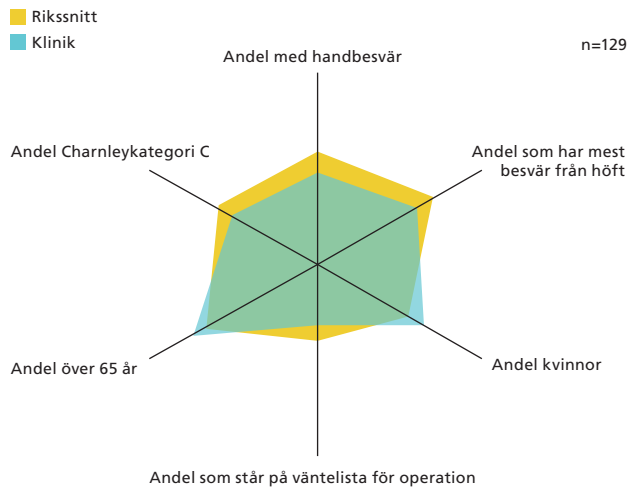


Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå



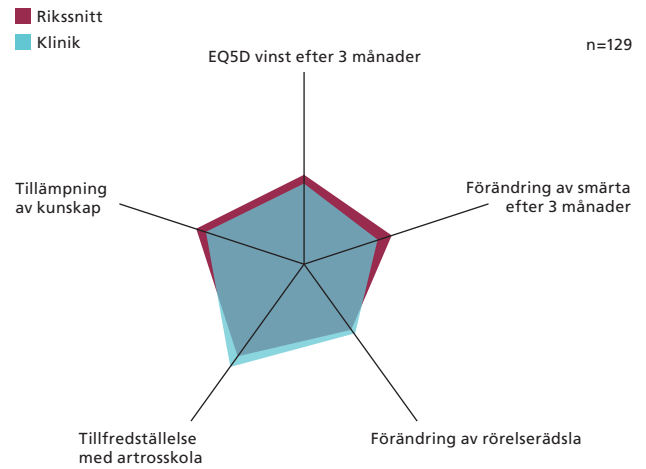
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Tegs Hälsocentral, Umeå**

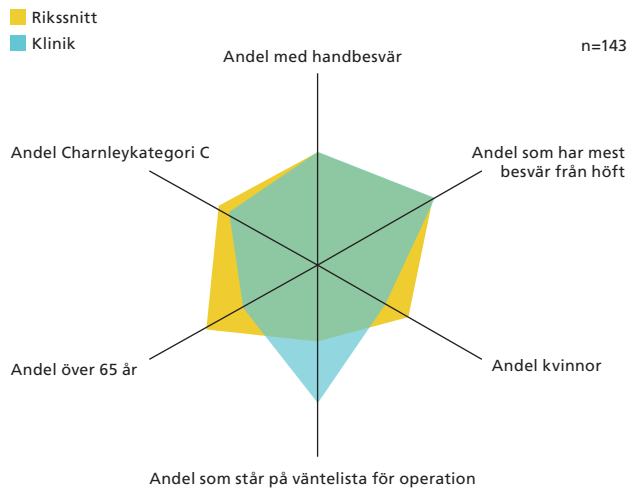


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

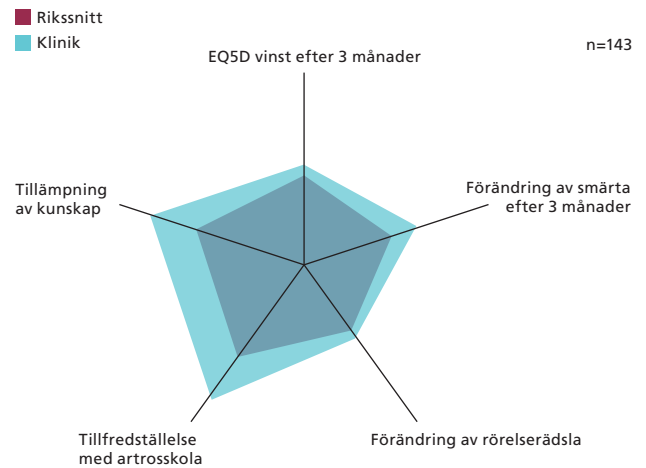
**Tegs Hälsocentral, Umeå**



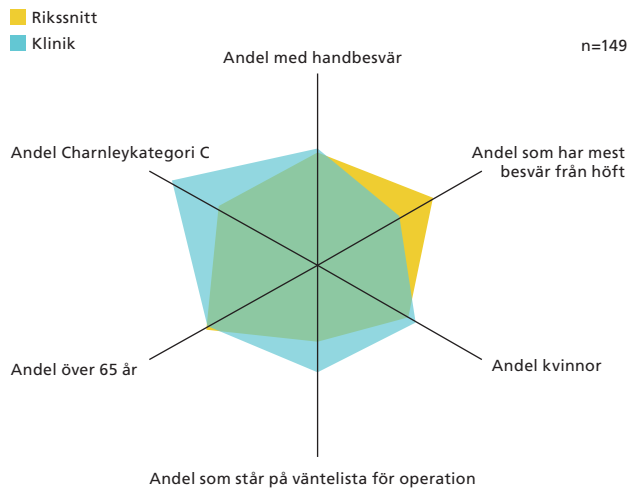
**Matfors Vårdcentral**



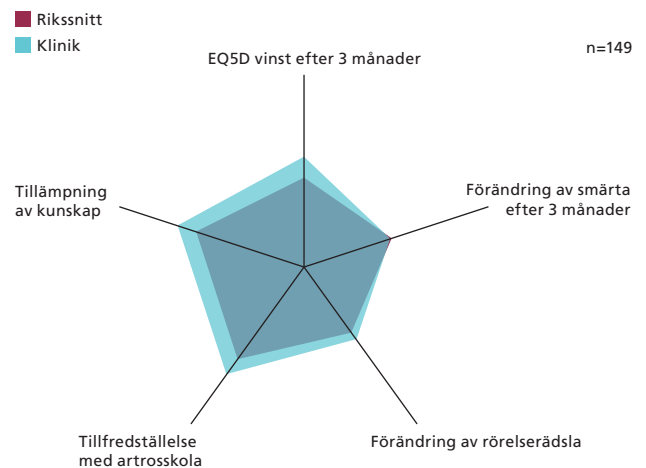
**Matfors Vårdcentral**



**Västmanlands sjukhus, Köping**

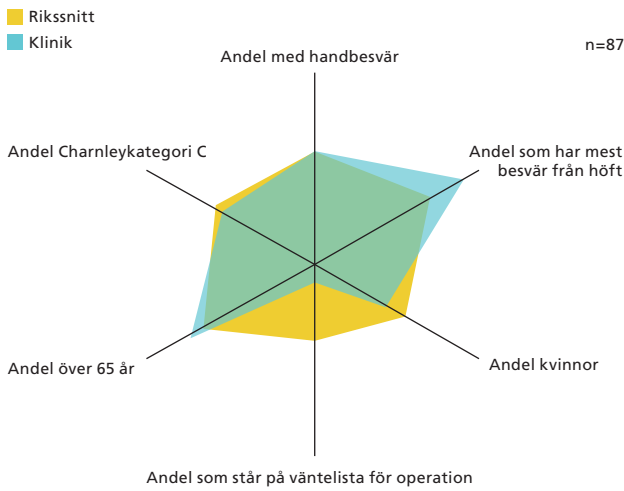


**Västmanlands sjukhus, Köping**



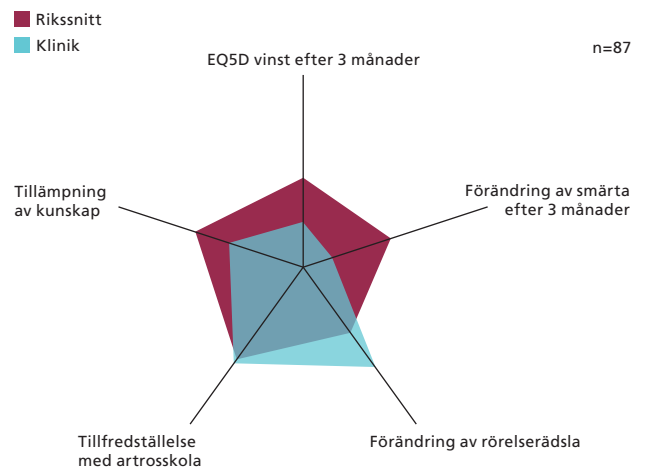
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Distriktssjukgymnastiken Uddevalla**

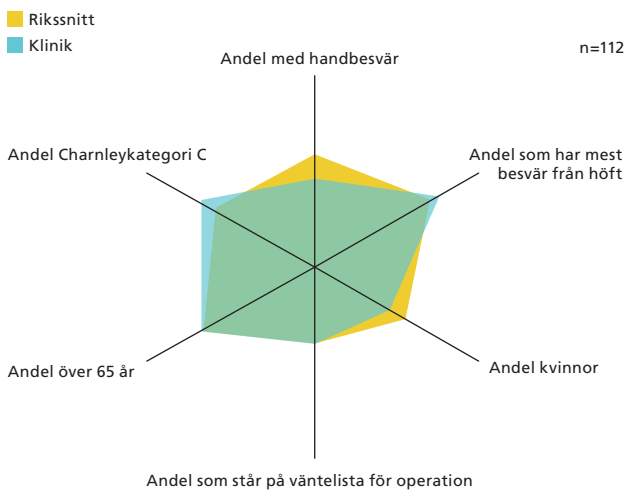


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

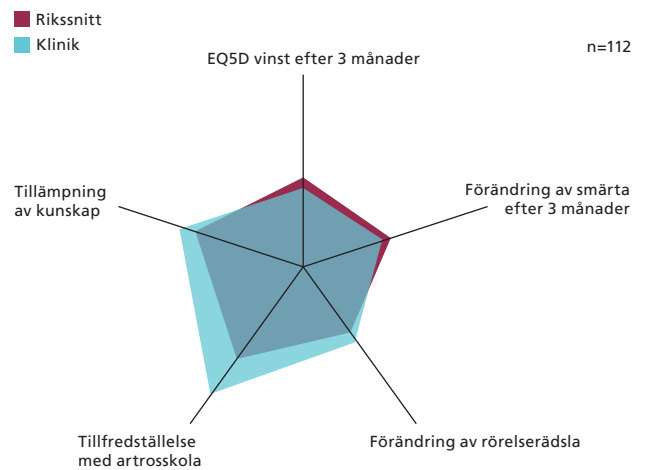
**Distriktssjukgymnastiken Uddevalla**



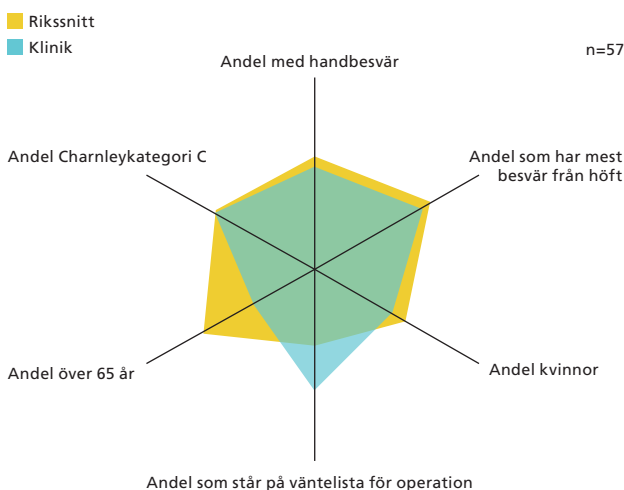
**Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal**



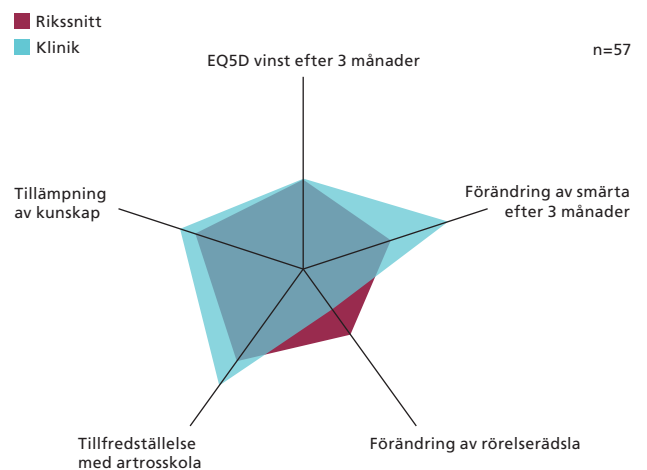
**Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal**



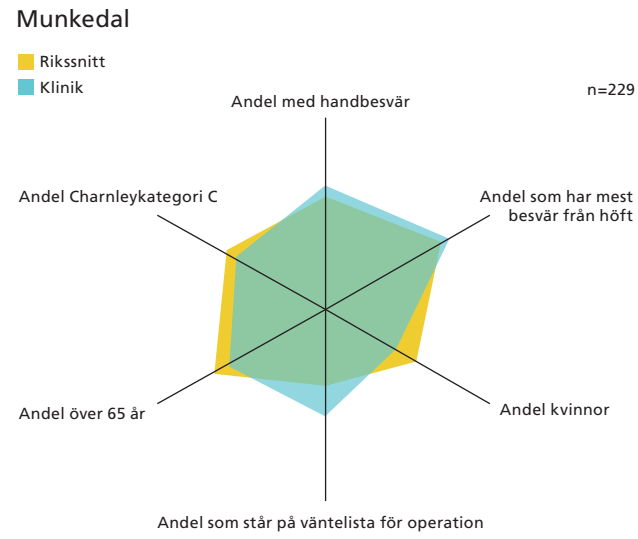
**Kortedala Rehab Göteborg**



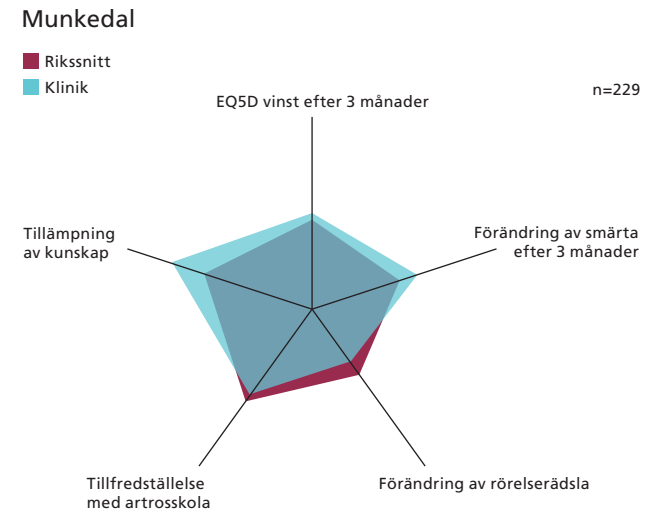
**Kortedala Rehab Göteborg**



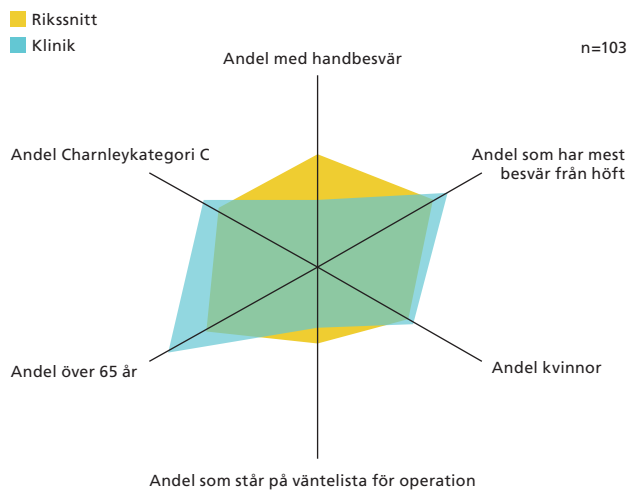
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



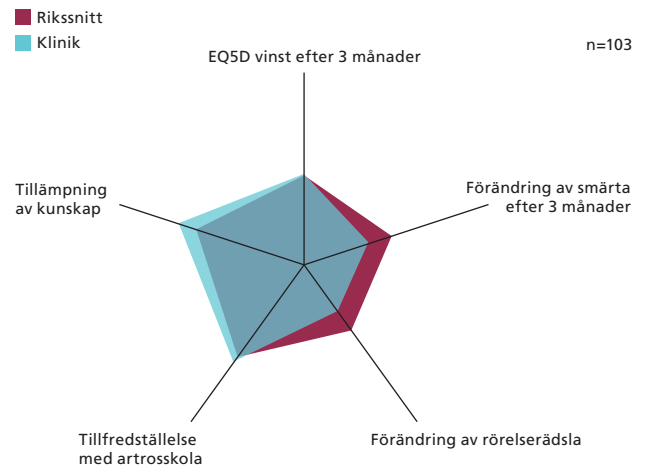
**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.



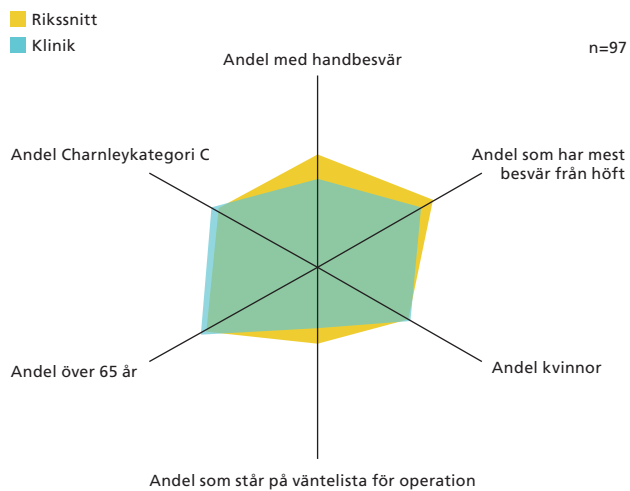
### NärRehab Lerum



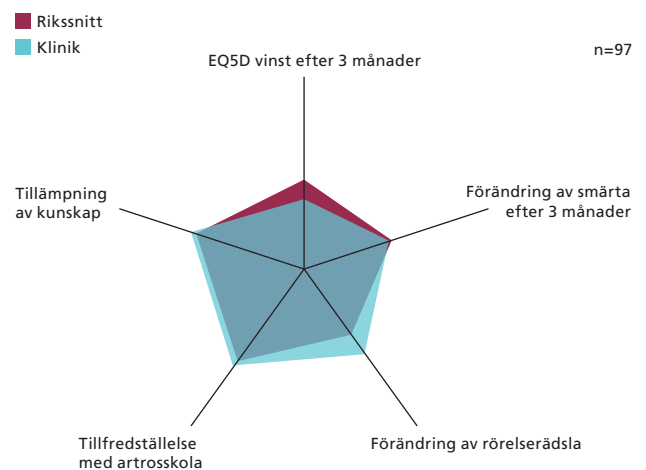
### NärRehab, Lerum



### NärRehab Sörhaga, Alingsås

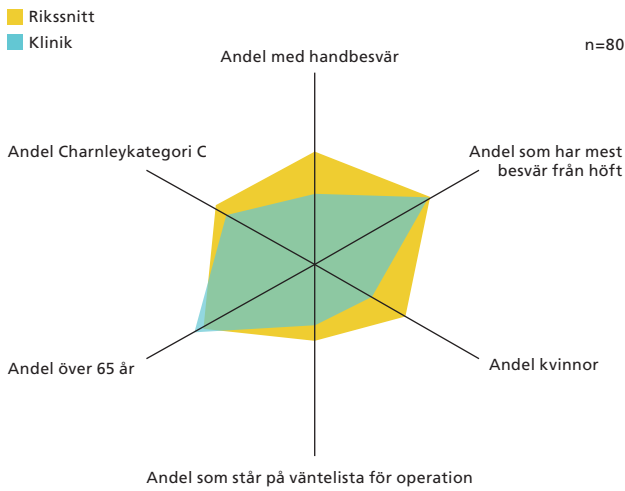


### NärRehab Sörhaga, Alingsås



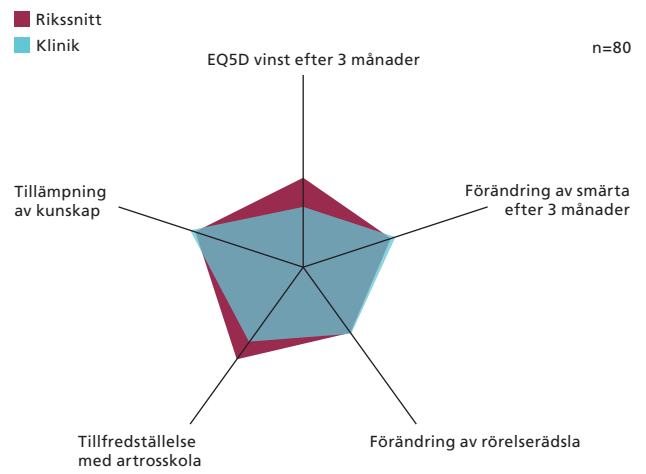
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**NärRehab Ängabo, Alingsås**

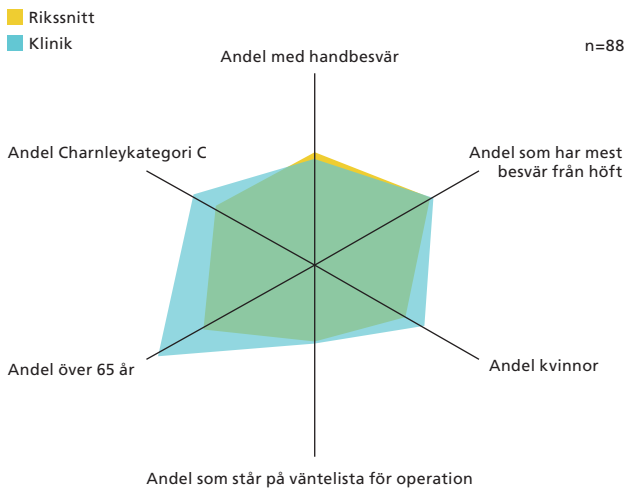


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

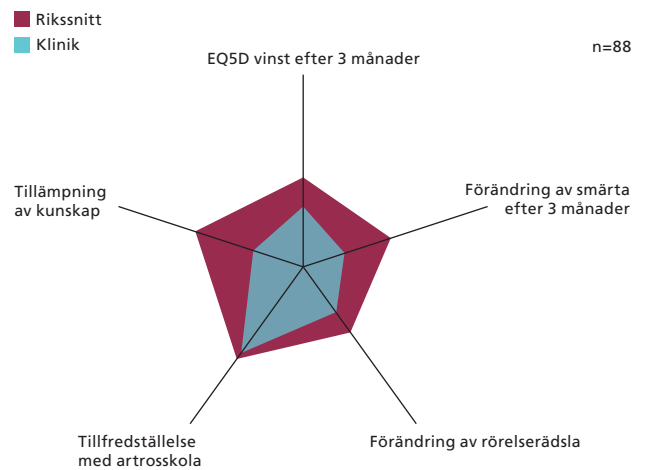
**NärRehab Ängabo, Alingsås**



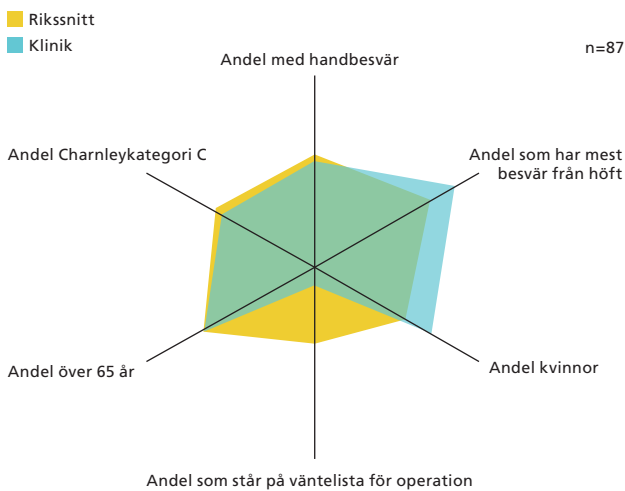
**Primärvårdsrehab Eriksberg, Göteborg**



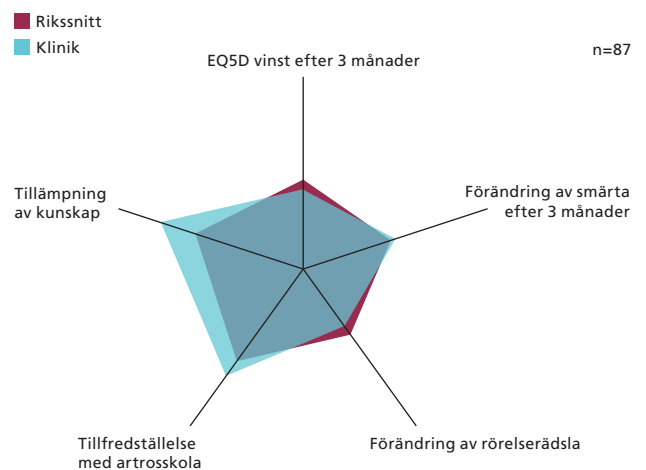
**Primärvårdsrehab Eriksberg, Göteborg**



**Primärvårdsrehab Fyrbodals Ämål**

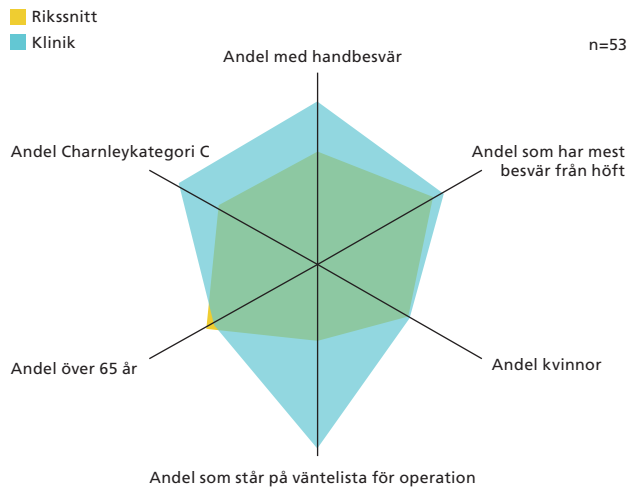


**Primärvårdsrehab Fyrbodals Ämål**



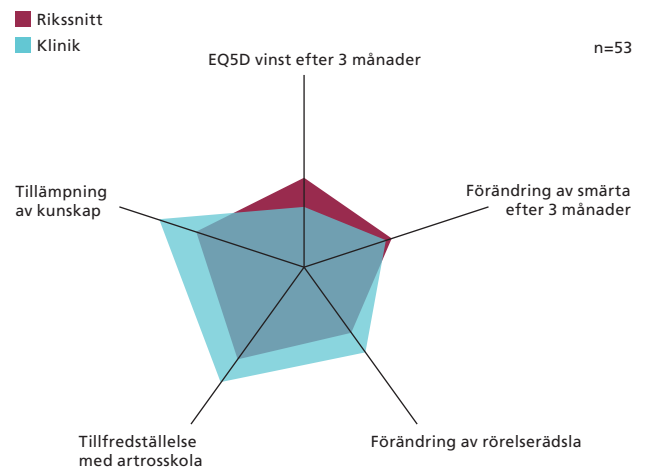
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Primärvårdsrehab Gibraltar, Göteborg**

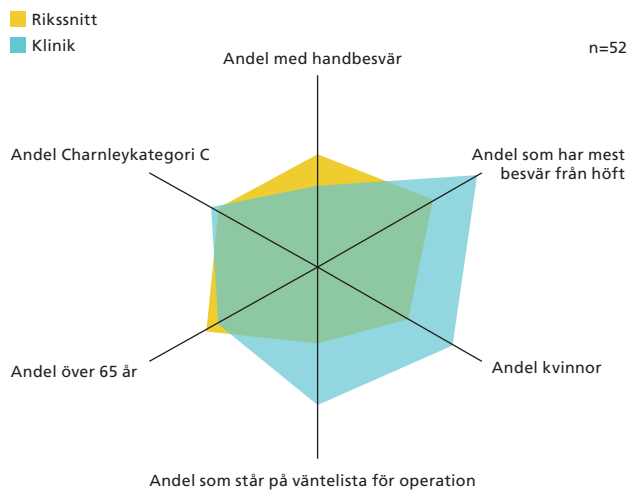


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

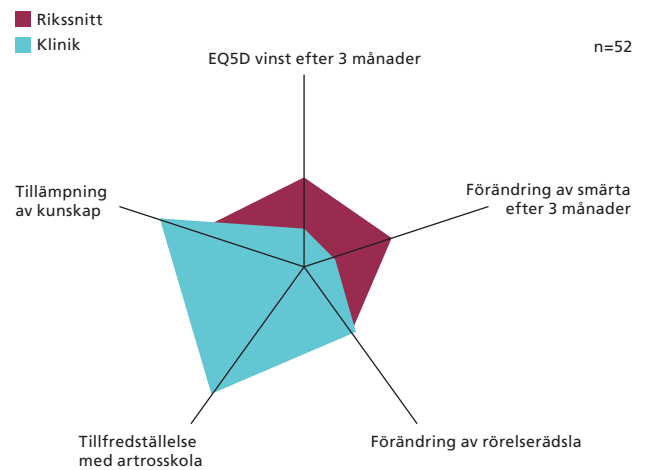
**Primärvårdsrehab Gibraltar, Göteborg**



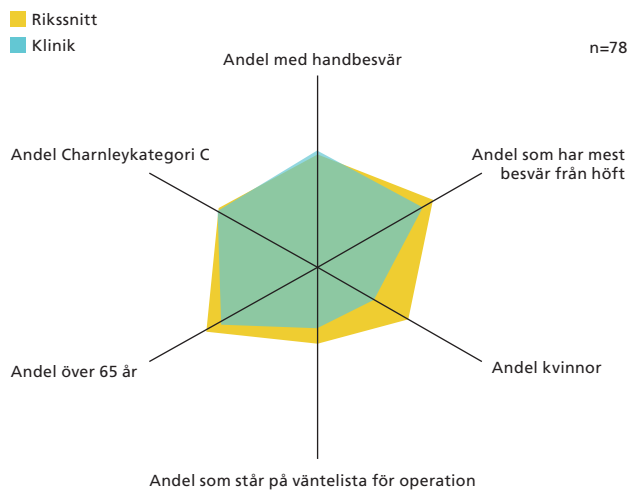
**Primärvårdsrehab Mariestad**



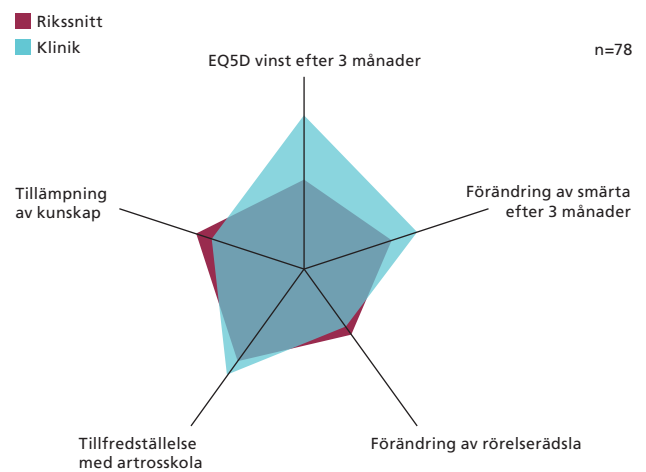
**Primärvårdsrehab, Mariestad**



**Rehab Dalslands Sjukhus**

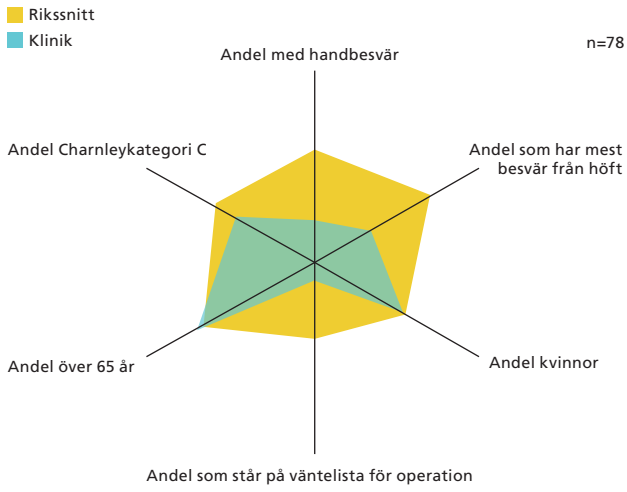


**Rehab Dalslands Sjukhus**



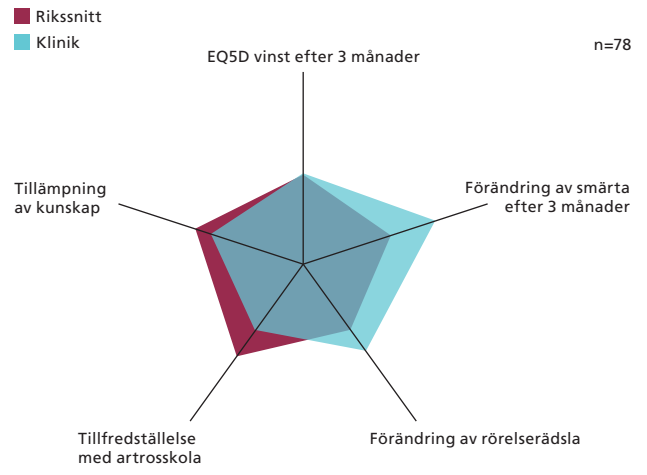
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Samrehab Mark/Svenljunga**

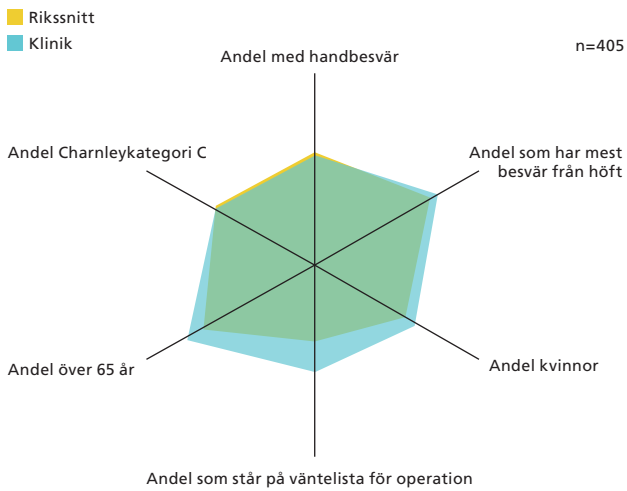


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

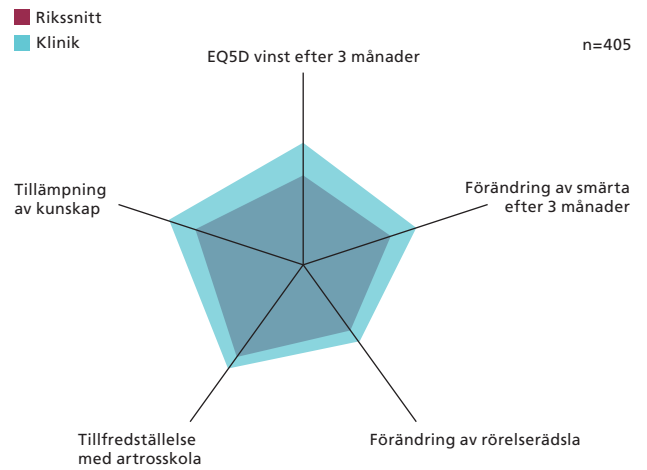
**Samrehab Mark/Svenljunga**



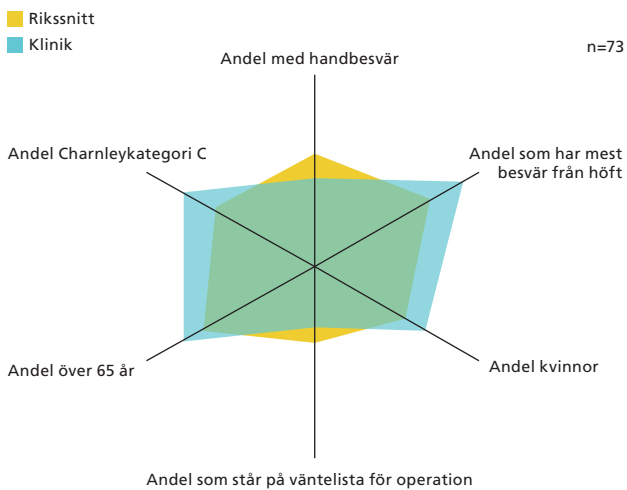
**Trollhättan**



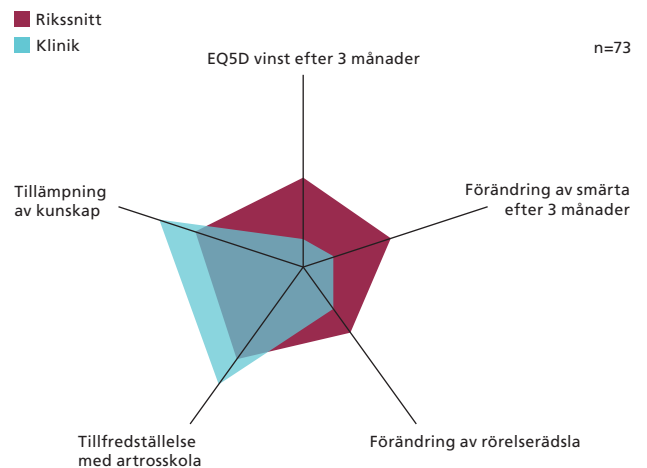
**Trollhättan**



**Ågårdsskogens Vårdcentral, Lidköping**



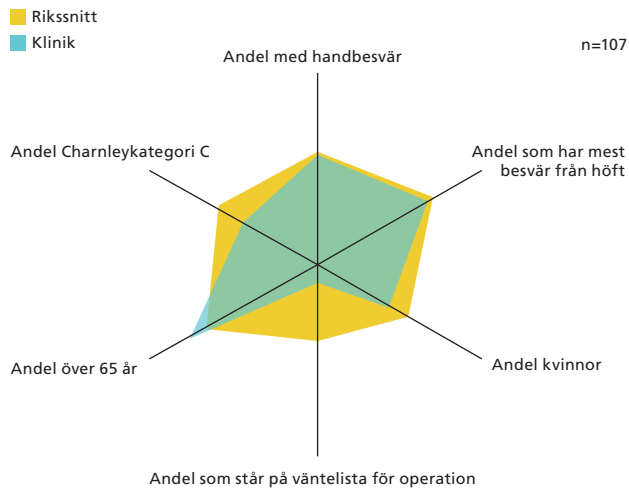
**Ågårdsskogens Vårdcentral, Lidköping**





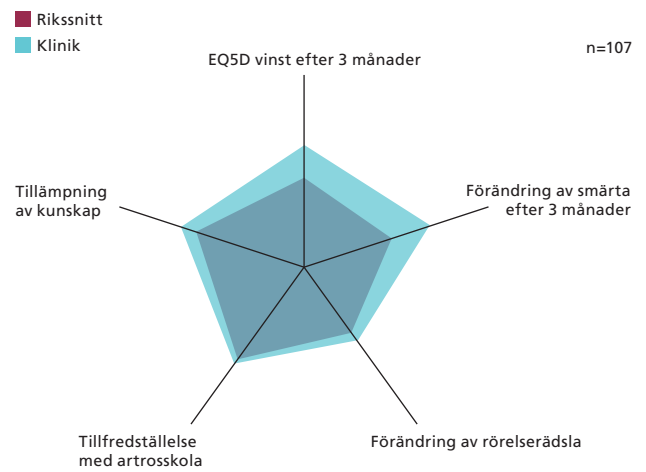
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Hallsbergs Vårdcentral**

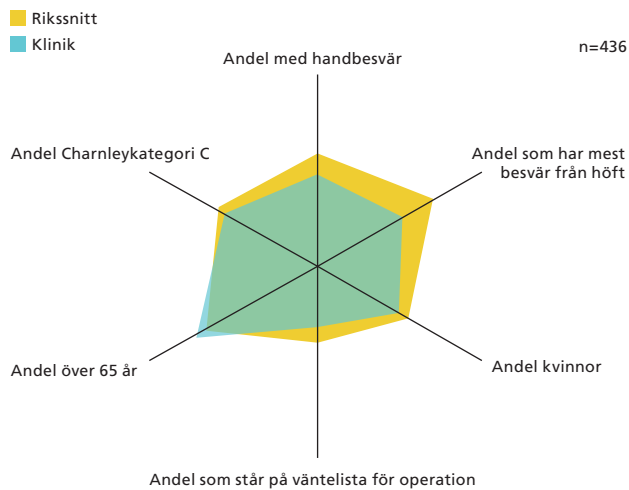


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

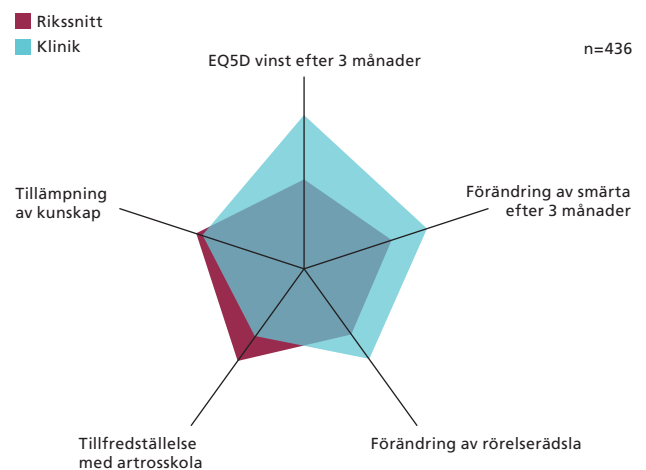
**Hallsbergs Vårdcentral**



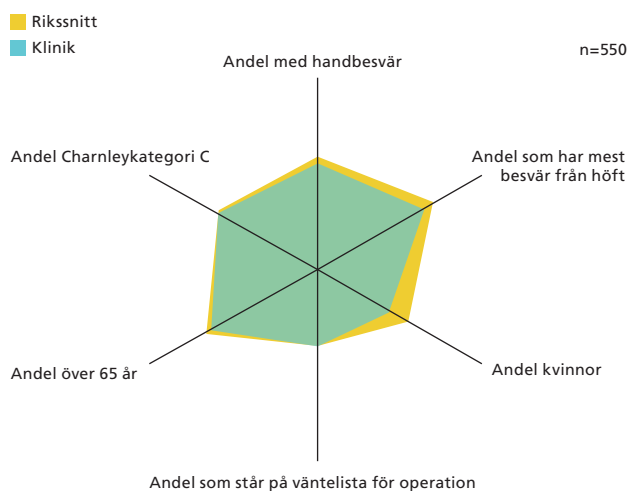
**Hageby Vårdcentral, Norrköping**



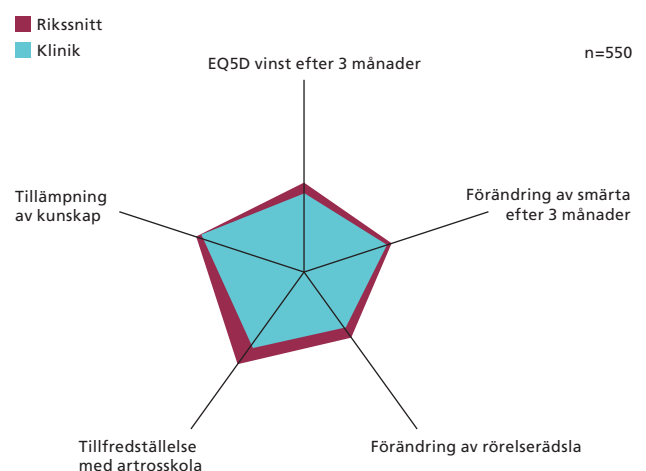
**Hageby Vårdcentral, Norrköping**



**Motala Lasarett**

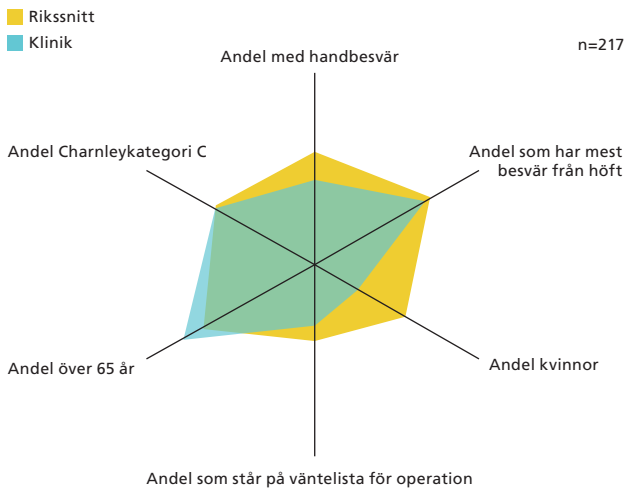


**Motala Lasarett**



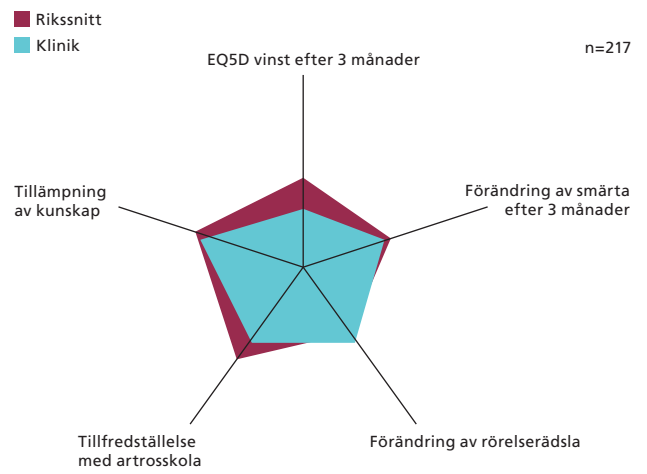
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

**Rehab Finspång**

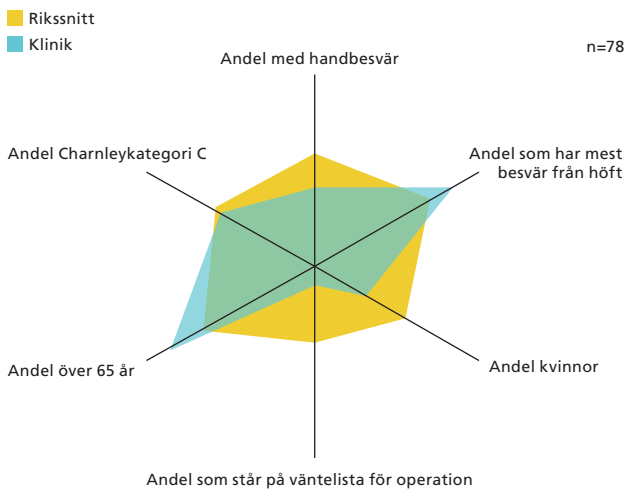


**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

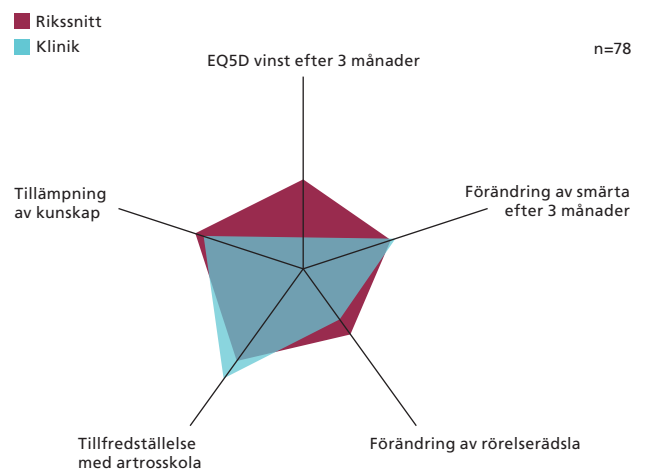
**Rehab Finspång**



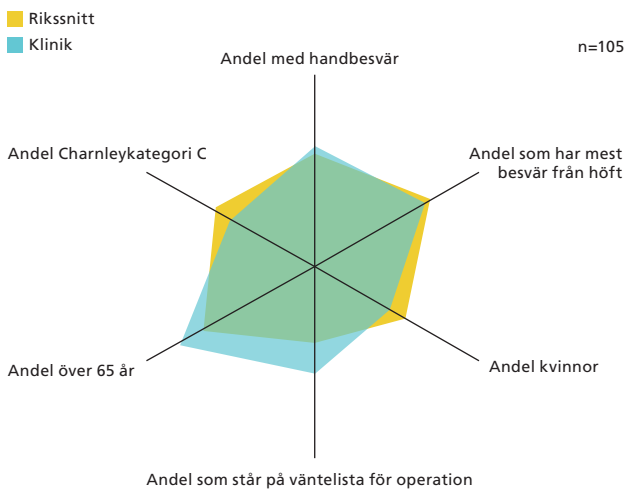
**Rehab Support, Linköping**



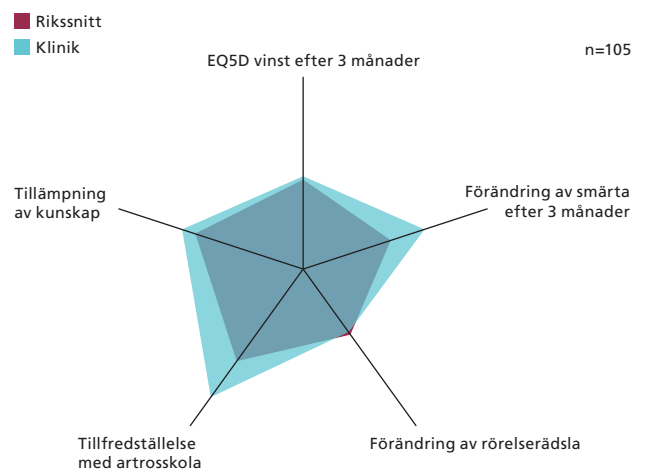
**Rehab Support, Linköping**



**Rehabpartner i Söderköping AB**

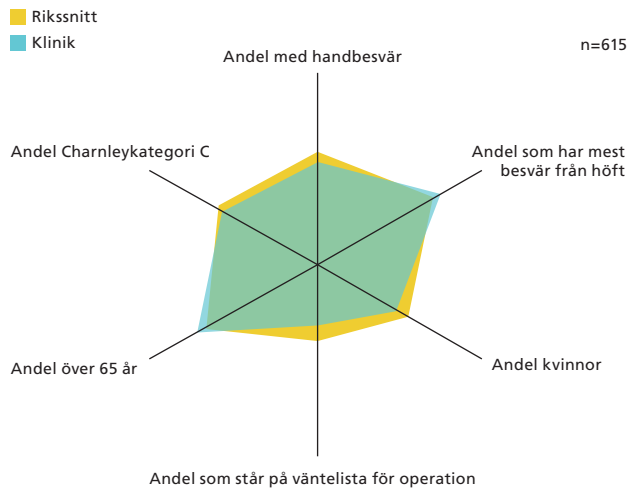


**Rehabpartner i Söderköping AB**



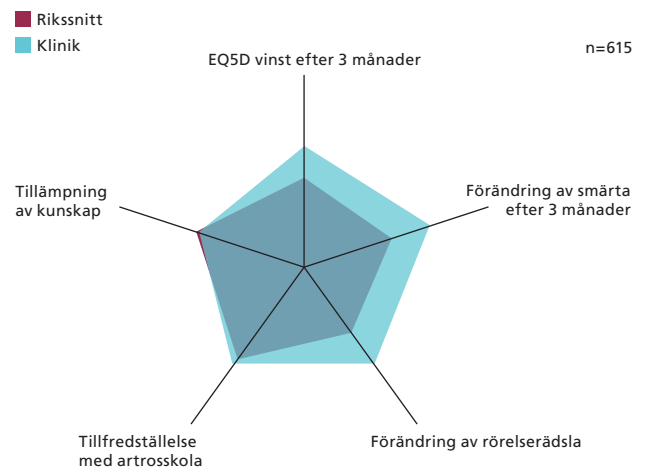
**Figur 31.** Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (**Case-mix**) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Rörelse och hälsa Linköping



**Figur 32.** Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta= bättre resultat.

Rörelse och hälsa Linköping



**Tabell 21.** Ackumulerad data för indikatorerna i värdekompasserna på kliniknivå. Alla förändringar gäller uppföljning vid tre månader.

Enhet	Antal	EQ5D vinst	Förändring av smärta	Tillfredställelse med artrosskola (%)	Tillämpning av kunskap (%)	Förändring av rörelserädsla (%)
Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	51	0,04	-10	96	88	-16
Bräcke HC	112	0,04	-7	87	90	-7
Capio Citykliniken, Lund	166	0,09	-12	94	93	-15
Capio Citykliniken, Malmö Centrum	54	0,04	-15	85	87	-13
Dalen Rehab Södra, SLSO	68	0,04	-9	93	91	-6
Deltagruppen Helsingborg	181	0,06	-8	96	94	-8
Distriktsrehab Kalmar/Torsås	57	0,04	-12	86	75	-4
Distriktssjukgymnastiken Uddevalla	87	0,02	-4	93	84	-22
Dragonens nya hälsocentral, Umeå	133	0,05	-9	88	95	-8
Ena Sjukgymnastik, Enköping	65	0,06	-13	100	97	-12
Fysiocenter, Malmö	88	0,09	-12	97	82	-10
Gimo Vårdcentral	61	0,06	-7	93	98	-5
HabRehab Gotland	429	0,09	-17	97	99	-13
Hageby Vårdcentral, Norrköping	436	0,11	-14	87	89	-17
Hallsbergs Vårdcentral	107	0,08	-15	93	93	-11
Haninge Rehab	54	0,09	-14	96	87	-23
Hälsa & Rehab, Kungsbacka	76	0,09	-12	87	82	-22
Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	112	0,05	-9	98	94	-13
Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	57	0,02	-6	93	81	-12
Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	53	0,06	-6	94	83	-2
Idrottskliniken, Växjö	118	0,07	-12	100	92	-12
Karlskrona Rehabcenter	322	0,09	-12	95	95	-10
Klippans Vårdcentral	62	0,06	-10	95	100	-7
Kortedala Rehab Göteborg	57	0,05	-16	96	93	-4
Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	88	0,02	-10	95	95	-13
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	107	0,05	-10	89	84	-9
Lomma Vårdcentral	108	0,04	-9	93	95	-5
Malmö Abels Rehab	717	0,03	-7	91	84	-6
Matfors Vårdcentral	143	0,07	-13	100	99	-13
Motala Lasarett	550	0,05	-10	89	90	-10
Munkedal	229	0,06	-12	91	96	-8
Nya Närvården i Strömsund/Hoting	62	0,09	-13	95	95	-10
Nynäshamns VC, Rehabenheten	51	0,12	-15	98	88	-14
NärRehab Sörhaga, Alingsås	97	0,04	-10	93	91	-16
NärRehab Ängabo, Alingsås	80	0,03	-11	89	91	-12
NärRehab, Lerum	103	0,05	-8	93	93	-6
Näsets Läkargrupp	86	0,09	-11	90	84	-14
Odensala HC, Östersund	80	0,06	-9	79	96	-6
Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm	143	0,07	-13	94	95	-9
Primärvårdsrehab Eriksberg, Göteborg	88	0,03	-5	90	78	-7
Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	87	0,05	-11	95	97	-10
Primärvårdsrehab Gibraltar, Göteborg	53	0,03	-10	96	98	-15
Primärvårdsrehab Norra, Värmland	159	0,06	-11	89	77	-9

**Tabell 21 forts.** Ackumulerad data för indikatorerna i värdekompasserna på klinikinivå. Alla förändringar gäller uppföljning vid tre månader.

Enhet	Antal	EQ5D vinst	Förändring av smärta	Tillfredställelse med artrosskola (%)	Tillämpning av kunskap (%)	Förändring av rörelserädsla (%)
Primärvårdsrehab, Falun	179	0,08	-12	94	93	-16
Primärvårdsrehab, Mariestad	52	0,01	-4	98	98	-12
Rehab Dalslands Sjh	78	0,11	-13	94	88	-9
Rehab Finspång	217	0,03	-9	89	89	-13
Rehab Support, Linköping	78	0	-12	95	92	-8
Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	97	0,02	-12	99	85	-8
Rehabenheten, Kristinehamn	79	0,09	-18	84	86	-28
Rehabpartner i Söderköping AB	105	0,05	-14	99	94	-11
Rörelse och hälsa Linköping	615	0,09	-14	94	90	-19
Samrehab Mark/Svenljunga	78	0,06	-15	87	88	-16
Samrehab Vimmerby	127	0,11	-15	94	91	-13
Samrehab, Mönsterås	164	0,03	-9	91	93	-7
Samrehab, Oskarshamn	90	0,02	-13	89	88	-8
Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	218	0,05	-10	95	92	-7
Sjöcrona VC Höganäs	148	0,06	-12	97	95	-11
Solljungahälsan, Örkelljunga	83	0,06	-8	98	94	-8
Strömsunds hc	60	0,07	-14	93	95	-7
Tegs Hälsocentral, Umeå	129	0,05	-9	94	89	-12
Trelleborg Lyftet Rehab	106	0,04	-5	89	87	-9
Trollhättan	405	0,08	-13	94	95	-13
VC Gripen, Karlstad CSK	610	0,08	-11	81	88	-14
VC Hörby	59	0,06	-13	93	97	-8
Väster vårdcentral, Värnamo	64	0,04	-13	97	91	-8
Västerviks sjh	147	0,06	-13	93	92	-14
Västmanlands sjukhus, Köping	149	0,07	-9	95	93	-12
Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	118	0,05	-10	94	97	-12
Vårdcentralen Laholm	74	0,03	-10	99	97	-9
Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	231	0,06	-10	94	94	-3
Vårdcentralen Sjöbo	110	0,07	-12	94	99	-7
Vårdcentralen Skurup	58	0,09	-11	93	95	-7
Vårdcentralen Tollarp	72	0,05	-17	99	93	-6
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	124	0,09	-14	98	98	-13
Ågårdsskogens VC, Lidköping	73	0	-4	97	97	-7
<b>Riket</b>	<b>11085</b>	<b>0,06</b>	<b>-11</b>	<b>92</b>	<b>91</b>	<b>-11</b>

\* Antalet patienter <50



Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg

### **Registercentrum Västra Götaland**

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

[www.registercentrum.se](http://www.registercentrum.se)