

BOA-registret

Årsrapport 2015

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

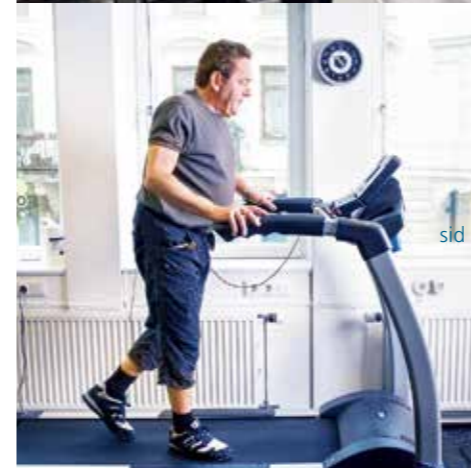


Välkommen att ta del av BOA-registrets årsrapport

Data från BOA-registret kan åskådliggöra variationer i vårdens omhändertagande av patienter med artros i höft, knä eller hand. Registrets främsta fokus är patientrapporterat resultat efter artrosskola, som erbjuds av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvården.

Årsrapporten för BOA-registret 2015 har fått ett delvis nytt utseende. Denna tryckta version lyfter fram några goda exempel, ett par särskilt intressanta fynd och redovisar hur resultaten ser ut i de olika regionerna och landstingen för ett antal utvalda indikatorer. Vi hoppas att det upplevs inspirerande och väcker nyfikenhet. Den som vill kan läsa mer på webbplatsen www.boaregiset.se, där vi redovisar ytterligare statistik i en webbaserad årsrapport, som även innehåller resultat för de 445 mottagningar som hittills har rapporterat till registret. Under hösten 2016 kommer det att vara möjligt för alla som är intresserade att på webbplatsen följa utvecklingen över tid, eller se statistik i realtid för en särskild mottagning.

Årsrapporten vänder sig i första hand till vårdpersonal som möter patienter med artros, men också till andra intresserade. Syftet är att inspirera och motivera till förbättringsarbete, för att optimera vården och för att de uppskattningsvis en miljon människor som lever med artros i Sverige ska kunna leva ett gott och aktivt liv.



Välkommen att ta del av BOA-registrets resultat.....	2
Innehållsförteckning	3
BOA 2.0 – större, starkare, snyggare	4 – 5
Nyheter ur statistiken	6 – 7
Morten och Henrik leder ett förbättringsarbete.....	8–10
Tre frågor om BOA-registret	11
REGISTERDATA 2015	13
Om artros och artrosskola	14 – 16
Indikatorer och resultat på landstingsnivå	
Tolkning av resultat.....	17
Bakgrund och metodbeskrivning	
Patienter.....	43
Variabler och datainsamling	43
Beräkningar för figurer och tabeller.....	43
Deltagande och rapportering	
Täckningsgrad.....	45
Forskning	45

REDAKTION

Rapportförfattare: Carina Thorstensson, registerhållare, docent, carina.thorstensson@registercentrum.se
Catharina Bergsten, årsrapportsredaktör, catharina.bergsten@registercentrum.se

Statistik: Ludwig Andersson, ludwig.andersson@registercentrum.se

Projektledare: Monika Hellstrand, utvecklingsledare, monika.hellstrand@registercentrum.se

Foto: Paul Björkman (omslag samt sidan 3, 5, 6, 7, 10, 12 och 13), Roger Lundholm (sidan 4), Morten Thorup och Henrik Törnqvist (sidan 3, 8 och 9).

Layout och produktion: Ibiz reklambyrå **Tryck:** Litorapid **Tryckår:** 2016

ISSN: 2001-1067 **ISBN:** 978-91-979909-5-0

“Patienten får ett färdigt koncept och tydlig information.”



Carina Thorstensson

Säkrare data och mer lättillgänglig statistik som bättre speglar verkligheten, det blir resultatet när BOA-registret uppgraderas till BOA 2.0.

– Under 2016 sjsätts många spännande nyheter i vår största satsning någonsin, säger Carina Thorstensson, registerhållare.

Text: Catharina Bergsten

Sedan starten 2010 har BOA-registret producerat mycket värdefull statistik. Men efter fem års verksamhet har data-mängden ökat så kraftigt att den blivit svåröverskådlig.

–Vi har haft många och ibland lite tråkiga utdata, vilket har gjort det svårt

BOA 2.0 – större, starkare, snyggare

att hitta relevant information. Framöver ska vi servera informationen på ett mer aptitligt och lättillgängligt sätt, berättar Carina Thorstensson.

All statistik samlas nu under en flik på hemsidan. Först ges information om utvalda indikatorer och målnivåer – sådant som Socialstyrelsen eller styrgruppen på BOA-registret tycker att verksamheterna bör följa. Dessutom syns nyckeltal som BOA-registret vet att användarna vill ha.

–Vi har haft fokusgrupper med verksamhetschefer och andra användare för att ta reda på vad för slags information de efterfrågar. Nu kan man klicka sig fram till data om en viss målnivå och se resultat ända ned till enhetsnivå, förklarar Carina Thorstensson.

Sidorna är öppna för alla, även om fysioterapeuter och annan personal som arbetar med artrosskolan är den främsta målgruppen. Men läkare och övrig vårdpersonal på enheterna kan vara intresserade av att ta del av resultaten, liksom politiker och andra beslutsfattare som behöver beslutsunderlag.

– Patienter, anhöriga och journalister kan också hitta bra material på hem-

sidan, säger Carina Thorstensson.

Själva registret är naturligtvis låst och kräver autentisering med e-legitimation och lösenord – en säkerhetsuppgradering eftersom användarna tidigare bara behövde login och lösenord.

Minskad risk för fel

Hittills har BOA bara kunnat registrera personer med artros i höft och knä. Men från och med 2016 kan även personer med artros i händerna registreras. Därmed kommer arbetsterapeuterna in i BOA och det blir fler som kan registrera.

– På sikt kommer vi att kunna följa resultat för personer med artros i fler leder, som i fötter, axlar och käkar. I det arbetet hoppas vi på samverkan med andra register, säger Carina Thorstensson.

En viktig nyhet under 2016 är att strukturen för registret har gjorts om. Den nya strukturen minskar risken för ologiska och felaktiga inmatningar, vilket ger en ökad datakvalitet.

–Vi kan också registrera en person flera gånger. Någon kanske har hoppat av artrosskolan tidigare men börjat där igen, och någon kommer tillbaka till artrosskolan för behandling av en annan led. Med de här ändringarna kommer registret att spegla verkligheten på ett bättre sätt, säger Carina Thorstensson.

En annan funktion som bidrar till bättre verklighetsspeglning är den nya möjligheten att markera om en deltagare har fyllt i sitt frågeformulär med hjälp av tolk. BOA har dessutom börjat översätta en del av deltagarmaterialet till andra språk. Först ut är engelska, arabiska, somaliska och spanska.

– Förändringarna innebär att fler personer kan komma med i registret. Vi har ju många nya svenskar som inte

har kunnat ingå tidigare eftersom ifyllandet av frågeformuläret kräver kunskaper i svenska, förklarar Carina Thorstensson.

Nyttan i fokus

I BOAs frågeformulär har skalorna uppdaterats från VAS (visuell analog smärtskala) till NRS (numeric rating scale) och från EQ5D-3L till EQ5D-5L (som mäter förändringar i hälsorelaterad livskvalitet). Syftet är att förbereda för digital inmatning och öka känsligheten i instrumenten.

Carina Thorstensson vill gärna lägga till att det inte bara är innehållet i registret och på hemsidan som uppdateras under året – också BOAs form har fått ett lyft. En ny, modern logotyp har tagits fram och hemsidan har fräschats upp. Årsrapporten har utvecklats och blivit mer lättillgänglig med nyheter och nytta i fokus.

Sammantaget innebär BOA 2.0 att registerhanteringen blir bättre och säkrare för både patienter och användare.

– Det blir enklare och roligare att följa verksamheten. Användarna kan till exempel se om de har missat uppföljningar av patienter och de kan lättare upptäcka förbättringsmöjligheter som sparar tid och pengar, säger Carina Thorstensson.

Utöver alla förändringar som ingår i BOA 2.0 har artrosskolan fått en åtgärdskod från Socialstyrelsen (GB020 Artrosskola). Med hjälp av den kan användarna validera sina data i förhållande till vad som står i journalen.

–Vi har ansökt om en kod tidigare men nu har vi äntligen fått gehör. Det känns som att alla bitar faller på plats under 2016, säger Carina Thorstensson stolt.

Och trots att hon just nu är fullt upptagen med att lansera BOA 2.0 kan Carina Thorstensson inte låta bli att avslöja vad hon vill satsa på i nästa steg;

– Många fysioterapeuter efterfrågar en möjlighet att fylla i frågeformulären på nätet. En sådan e-tjänst vill vi gärna ta fram, helst tillsammans med 1177 Vårdguiden. ■

Hemsidan är öppen för alla, även om fysioterapeuterna är den främsta målgruppen.



BOA 2.0 I KORTHET:

- Resultaten presenteras på ett mer överskådligt sätt.
- Strukturen för registrering har gjorts om.
- Statistiken speglar verkligheten på ett bättre sätt.
- Access till registret kräver e-legitimation.
- Hemsidan har byggts om.
- BOA har fått en ny logotyp.

www.boaregistret.se





Ju mer smärta man har, desto större förbättringar verkar artrosskolan ge.

Variationerna är stora mellan landstingen när det gäller självrapporterad sjukskrivning vid knä- och höftartros. En orsak kan vara olika rutiner i vården.

Ackumulerad statistik visar att andelen personer i arbetsför ålder som är sjukskrivna för höftbesvär när de kommer till den första träffen på artrosskolan, varierar kraftigt mellan olika landsting. Lägst andel sjukskrivna finns på Gotland, som har sju procent. I Jämtland är motsvarande siffra hela 21 procent.

–Vi skulle gärna vilja gräva djupare för att hitta orsakerna till skillnaderna. Det skulle till exempel kunna handla om olika rutiner i vården, olika vårdflöden eller hur man implementerat vårdprogram. Men skillnaderna skulle också kunna bero på utbildning, inkomst och attityder. Kanske finns det ett större motstånd mot att söka vård i Jämtland, så att besvärerna är större när man väl kommer till artrosskolan, säger Carina Thorstensson, registerhållare.

Även när det gäller knäbesvär har Gotland låga siffror; andelen sjukskrivna vid första besöket är här sex procent. I Gävleborg och Uppsala är den 19 procent.

–Vården kan vara mindre benägen att sjukskriva människor på Gotland. Men det kan också finnas bra aktionsplaner där. Artros går ju inte över för att personen är sjukskriven. Sjukskrivning kan snarare vara ett tecken på att vården

inte vet hur problemet ska hanteras, säger Carina Thorstensson.

Hon tycker att det är viktigt att läkarna tänker på att en person kan sjukskrivas i sjukdomsförebyggande syfte så kort tid som några timmar de dagar i veckan som artrosskolan äger rum, så att deltagandet blir möjligt.

–Utmaningen är att i tid få patienten att fundera över vad hon eller han kan göra för att öka sina möjligheter att fortsätta arbeta, säger Carina Thorstensson.

Att artrosskolan faktiskt inverkar på sjukskrivningstalet visar ackumulerad statistik för hela riket. Av dem som var sjukskrivna för knäbesvär vid det första besöket på artrosskolan, hade 25 procent kommit i arbete vid uppföljning efter ett år.

Gammal men glad

Den nya statistiken från BOA-registret visar att det är de allra äldsta personerna i registret som skattar sin hälsorelaterade livskvalitet högst, jämfört med andra åldersgrupper. Detta fastän de äldre rapporterar större svårigheter med exempelvis gång och smärta.

–Resultatet gäller både höft- och knäpatienter och är kanske lite oväntat. Men det verkar som att de äldre väger in fler livsaspekter i sina svar, kommenterar Carina Thorstensson.

Hon förklarar att många äldre kanske ser artrosen som en liten del i ett större sammanhang, medan de yngre kan uppleva att den stör mer i vardagen. Yngre har fler krav och tidspress på sig,



äldre har mer tid att göra sådant de vill. Mycket kan handla om förväntningar.

– Men det är förstås positivt att många äldre anser sig leva ett gott liv, trots artros, säger Carina Thorstensson.

En tredje nyhet hon gärna vill nämna är förändringar i smärta efter avslutad artrosskola.

– Ju mer smärta man har, desto större förbättringar verkar artrosskolan ge, säger Carina Thorstensson.

Hon påpekar dock att BOA-registret visar förändringar i medelvärden och att eventuella skillnader mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper inte har studerats. Det hon är riktigt nyfiken på är andelen patienter som har förbättrats så att det blir kliniskt betydelsefullt.

–Det är ett bra uppslag för ett framtida forskningsprojekt, säger hon.

Bortfallet bör minska

Andelen registreringar i BOA-registret ökar hela tiden, men det finns en stor förbättringspotential när det gäller bortfall. Statistiken visar nämligen att 37 procent av alla patienter som påbörjar artrosskola aldrig kommer i mål. De registreras inte i några uppföljningar, men de är inte heller markerade som avhoppare eller som opererade.

– Erfarenheten säger att bortfallen till stor del beror på vårdens rutiner;

patienter blir inte kallade till återbesök och formulären blir liggande utan att registreras. Många enheter vet nog inte om att de har ett kraftigt bortfall, men om vi alla anstränger oss kan vi få in de där 37 procenten i registret och då får vi mycket mer kunskap och kan jobba ännu bättre för en god vård, säger Carina Thorstensson. ■

NÅGRA NYHETER I KORTHET:

- Andelen personer i arbetsför ålder som är sjukskrivna vid första besöket på artrosskolan varierar kraftigt mellan landstingen.
- De äldsta personerna i BOA-registret skattar sin hälsorelaterade livskvalitet högre än personer i andra åldersgrupper.
- Smärta mätt med VAS minskar efter avslutad artrosskola. Ju mer smärta patienten har inledningsvis, desto större förbättring anges.
- Bortfallet mellan första besök och tre månader är i snitt 37 procent. Det kan minska med bättre rutiner i vården.

Nyheter ur statistiken

Sjukskrivning vid artros varierar stort mellan landstingen

Text: Catharina Bergsten

Morten Thorup och Henrik Törnqvist leder ett förbättringsarbete

”Resultatet blev inte som väntat, utan mycket bättre”

Morten Thorup

Henrik Törnqvist

När Fysioterapimottagningen i Säffle började arbeta strukturerat med artrosskolorna och BOA-registret ökade patienternas upplevda hälsa. Nu följer man noga den statistik som BOA-registret levererar.

Text: Catharina Bergsten

”En 75-årig kvinna hade börjat träningen på allra lägsta nivå. Efter tre månader gick kabeln till benpressen av när hon lyfte 100 kg...”

Fysioterapimottagningen i Säffle startade sitt förändringsarbete hösten 2013 då ny forskning påvisade stora hälsorisker för personer med artros. Gruppen är överrepresenterad när det gäller många sjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och diabetes.

– Det framkom i forskning på nationell och internationell nivå, som sedan bekräftades av LIV-studien i Värmland, säger Morten Thorup, leg sjukgymnast.

Han och hans kollegor insåg att personer med artros inte hade prioriterats tillräckligt högt på mottagningen, även om personalen hade goda ambitioner. Stor arbetsbelastning eller semesterperioder kunde till exempel innebära att artrosskolorna låg på is.

– Det fanns också omotiverade skillnader när det gällde vilken behandling patienterna fick. En del rekommenderades individuell träning som första behandling, men mjukdelsbehandling eller akupunktur kunde också förekomma. Vi följde inte de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, berättar Morten Thorup.

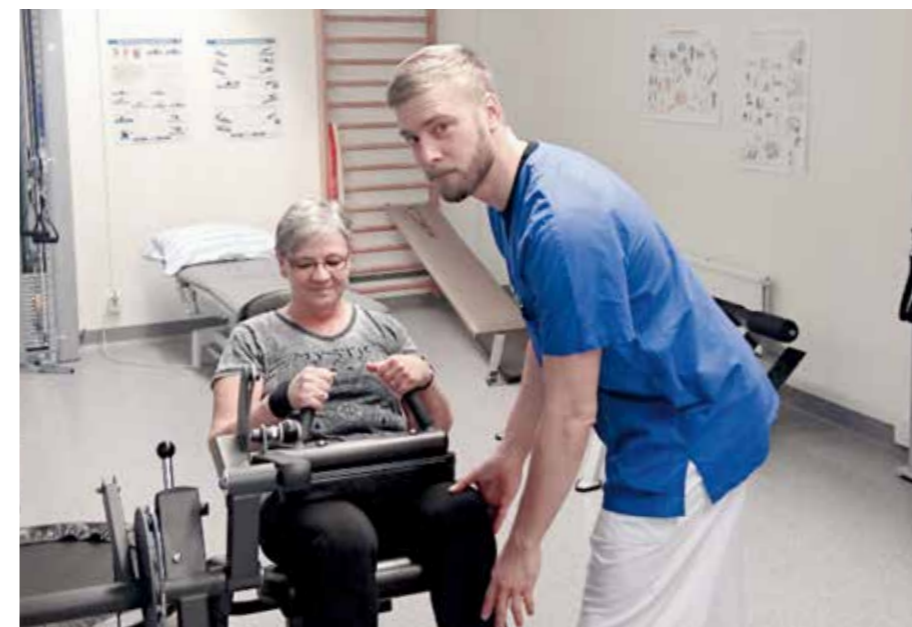
Fysioterapimottagningen konstaterade att det fanns en bristande tillförsämrhet till BOA-registrets policydokument. Eftersom det saknades rutiner för arbetet gjorde varje sjukgymnast så gott

den kunde, men pressade scheman kunde medföra att ingen registrering gjordes. Som ett resultat av detta försvades kvalitetssäkringen.

– Den främsta orsaken var en allmän upplevelse av att ”Vi hinner inte!” Registreringen upplevdes som ett merarbete som inte tillförde mottagningen något – men nu gör den det eftersom vi har tillförlitliga data, säger Henrik Törnqvist, leg sjukgymnast.

En lokal vårdrutin

När Fysioterapimottagningen väl bestämt sig för att förbättra verksamheten var första steget en analys utifrån en LEAN-filosofi. Sex fysioterapeuter finns på mottagningen, varav tre hanterade patientgruppen. Man gjorde en nulägesanalys, en problemanalys och identifierade slutligen ett önskat läge. Analysen omfattade bland annat flödesfaktorer, tillströmningen av patienter, BOAs krav på tidsramar samt personalresurser. För att nå ett önskat läge med planerade tider för kallelser, artrosskolor och gruppträning, minskade väntetider för patienterna och ökade personalresurser för patientgruppen förbereddes en rad åtgärder. Här ingick planerade artrosskolor i slutet av varje månad, artrosskola och träningsgrupp även under



semesterperioder, att artrospatienter koncentrerades till två fysioterapeuter och att en vårdrutin för artrospatienter togs fram.

– Vi bröt ned det länsövergripande vårdprogrammet till en lokal rutin, anpassad efter våra förutsättningar. Konsekvensen blev en lathund som gör det enkelt att jobba enhetligt och rätt. Den innebär bland annat att vi följer behandlingspyramiden med fysisk träning som förstahandsval och tre månaders handledd träning, säger Henrik Törnqvist.

För att klara målsättningen förstod personalen att den måste gå från att vara verksamhetsfokuserad till att vara patientfokuserad. Det innebar främst att korta ledtiderna – även under arbetsintensiva perioder och semestrar.

– Vi började boka in artrosskolorna långt i förväg och sedan fick annan verksamhet anpassas efter det. Nu klarar vi att erbjuda tid till artrosskola inom 30 dagar från nybesök, säger Henrik Törnqvist.

Men frågan var förstas om patienterna verkligen skulle komma även under julhelgen och sommaren, när

möjligheten antligen fanns.

– Ja, de kom allihop! Sammantaget blev resultatet inte som väntat, utan mycket bättre! säger Morten Thorup glatt.

Patienterna mår bättre

Den viktigaste och mest positiva erfarenheten av arbetet tycker Morten och Henrik är att mycket få patienter i dag efterfrågar någon tilläggsbehandling.

– De har insett att det är träningen som ÄR behandlingen. Inte förrän efter tre månader övervägs annan behandling som t.ex. akupunktur eller TENS, och då bara om resultaten har uteblivit. Vi har också möjlighet att remittera direkt till röntgen eller ortoped, men det är få patienter som behöver detta, säger Henrik Törnqvist.

Han ser en ökad andel patienter som fortsätter med gruppbasad träning, friskvård eller gymträning efter att de har avslutat sin träning på mottagningen. Ny statistik ur BOA-registret visar också att patienterna har förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet efter ett år (ett höjt EQ-5D index vid 1-årsuppföljningen).

RESULTAT:

Resultat av förbättringsarbetet 2013–2015:

- Antalet personer som genomgår artrosskolor på fysioterapimottagningen i Säffle har tredubblats mellan åren 2013 och 2014.
- Antalet patienter på mottagningen i Säffle som registrerats i BOA-registret har fördubblats, och under 2015 har 90 procent av deltagarna på artrosskolan registrerats i BOA-registret.
- Tiden från första besök till första registrering är 28 dagar, vilket är ungefär halva tiden jämfört med riket i övrigt. Tiden mellan första besöket och tremånadersuppföljning är 100 dagar.
- EQ-5D index har höjts mellan inskrivningen och 1-årsuppföljningen.
- År 2014 deltog 65 procent av de som gick artrosskola i Säffle i långvarig övervakad träning mot tidigare några få procent.
- År 2015 var 80 procent av de som gått artrosskola fysiskt aktiva efter ett år, en ökning med tio procentenheter mot 2014.
- Under 2014 och 2015 hade mottagningen i stort sett inga felregistreringar i BOA-registret.

Utdata i BOA-registret som mottagningen följer extra noga:

- Ökas den fysiska aktivitetsnivån vid ettårsuppföljningen jämfört med inskrivningen?
- Hur många registreringar gör vi under 2016, främst tremånaders- och ettårsuppföljningar?
- Ökar deltagandet i gruppträningen jämfört med tidigare år?



FAKTA

Flera mottagningar i landet har aktivt arbetat med lokala förbättringsarbeten med hjälp av BOA-registret:

- Primärvårdsrehab Falun
- Nynäs Rehabcenter
- VC Gripen, Karlstad
- Ängabo Rehabmottagning
- Vrigstad Läkarmottagning, Rehabenheten
- HabRehab Gotland
- VC Sälen-Lima
- Kortedala Rehab
- Närhälsan Rehabmottagning Trollhättan
- Rehab väst LIM
- Matfors HC
- Abels rehab, Malmö
- Rörelse och hälsa Linköping
- Fysioterapimottagningen Säffle

Dessutom har ett flertal landsting/regioner gjort översyn av vårdrutiner och vårdprogram samt tagit olika initiativ för att förbättra omhändertagandet av patienter med artros:

- Jämtland
- Västra Götaland
- Värmland
- Västmanland
- Kalmar
- Region Skåne
- Dalarna
- Blekinge
- Västernorrland
- Örebro

– Vår strategi att patienten ska förändra sitt beteende långsiktigt ger alltså resultat. Vi är mer intresserade av det, än av kortsiktiga vinster. Även nöjdheten med artrosskolan och tillämpningen av kunskapen har ökat, berättar Morten Thorup.

Inga felregistreringar i BOA-registret

Men det är inte bara patienternas hälsa som har förbättrats – mottagningens registreringar i BOA-registret har också utvecklats och ökat rejält. Nu går patienten och sjukgymnasten tillsammans igenom BOA-formuläret under det första besöket

och kontrollerar att allt är ifyllt. Det granskas även av vårdadministratör som skriver in formulärsvarerna i datorn.

– Tack vare dubbla kontroller har risken för felregistreringar minskats avsevärt och antalet fel är nu nästan noll, säger Morten Thorup.

En anledning till de goda resultaten som presenteras i rutan här intill, tror han är att patienten i dag vet vad som ska hända inom de närmaste tre månaderna och vad han eller hon förväntas göra. Patienten får ett färdigt koncept

och tydlig information redan vid första besöket.

– Det kan vara motiverande i sig. Träningen känns genomförbar och man vet att den följs upp.

Den tid som förbättringsarbetet har frigjort har mottagningen bland annat använt till systematiska submaximala konditionstester (Åstrands ergometer-test) på alla patienter med höft och/eller knäledsartros. Uppföljning sker efter sex respektive 12 månader, med syfte att ta reda på om upprepade konditionstester kan motivera patienterna att träna långsiktigt.

– Här har vi en solshens-historia med en 75-årig kvinna som hade börjat träningen

på allra lägsta nivå. Efter tre månader gick kabeln till benpressen av när hon lyfte 100 kg... Det var visserligen en gammal kabel, men ändå! säger Henrik Törnkvist och skrattar.

Nu funderar Morten och Henrik över hur det framgångsrika konceptet ska kunna överföras till andra patientgrupper.

– Vi har sett att struktur ger en ökad vårdkvalitet och att det sparar tid och resurser, så vi är mycket motiverade att arbeta vidare, säger Morten Thorup. ■

”En lathund gör det enkelt att jobba enhetligt och rätt.”



1. Varför har ni valt att satsa på BOA-registret?

2. Varför är BOA-registret ett bra verktyg för att förbättra vården?

3. Vad hoppas ni kunna åstadkomma genom att använda BOA-registret?



MARIA BJERSTAM

Hälso- och sjukvårdsstrateg
Region Skåne, Avd. för hälso-
och sjukvårdsstyrning

1. BOA är en bra grund för kvalitetsdata för patienter med artros. Vi anser att alla patienter med artros bör erbjudas kvalificerad fysioterapi – gärna i form av artrosskola.

2. BOA innehåller kvalitativ information som kan vara ett stöd för verksamheterna när de utvecklar sitt arbete för patienter med artros. Precis som för flertalet kvalitetsregister så innebär hög täckningsgrad i BOA-registret att resultaten kan följas upp och metoderna kan utvecklas och förbättras.

3. Bättre behandling för patienter med artros och sannolikt också hälsoekonomiska fördelar i termer av bland annat bättre behandlingsresultat och rätt behandling till rätt patient.



JONAS ANDERSSON

Regionråd (L)
Västra Götalandsregionen

1. BOA-registret har utvecklats i Västra Götalandsregionen och vi ser goda effekter i form av ett mer evidensbaserat omhändertagande av patienter som fått artros i lederna. Med rätt stöd och behandling kan enskilda människor få ett friskare och mer aktivt liv.

2. Det hjälper både patienter och personal att göra rätt. Som med alla andra kvalitetsregister får det störst effekt när personal också analyserar och använder resultaten från registret för att utveckla verksamheten och jämföra sig med andra vårdgivare. Jämförelser driver utvecklingen framåt.

3. En mer kvalitetssäkrad behandling av patienter med artros och en mer likvärdig och jämlik vård. Med rätt insatser från rätt personalgrupper till rätt patienter använder vi också kompetens och resurser smartare så att vi får en högre kvalitet till en lägre kostnad. Patienter med artros kan slippa onödiga besök, onödig medicinering och onödiga operationer.



LISELOTT SJÖQVIST

Bitr. sjukhuschef,
Västmanlands Sjukhus
Landstinget Västmanland

1. Därför att det är viktigt att kunna följa upp de kvalificerade insatser som görs för att öka kunskapen om artros hos patient och vårdgivare. BOA-registret är ett kvalitetsverktyg kopplat till ett koncept där patientens medverkan och ökad förståelse för sin sjukdom förbättrar livskvaliteten. Dessutom resulterar det i att operationer genomförs i rätt tid och på rätt patienter. För de patienter som måste genomgå en operation ger artrosskolan kortare vårdtid, snabbare rehabilitering och minskad sjukskrivning.

2. Det ger en bra visualisering över det egna landstingets insatser i jämförelse med andra. Det är dessutom ett mycket bra benchmarkingverktyg.

3. BOA-registret fungerar som en drivkraft i vårt ständiga förbättringsarbete kring omhändertagandet av personer med artros. Det skapar förutsättningar att ge vård på rätt vårdnivå och patienterna blir mer delaktiga.

Registerdata 2015

Aktuell forskning visar att var fjärde vuxen över 45 år i Sverige har artros i någon led, vilket motsvarar ungefär 1 miljon människor. Artros är en livslång sjukdom vilket gör att andelen som lever med artros ackumuleras i de högre åldersgrupperna. Baserat på uppgifter från ett antal vårddatabaser i landet uppskattas att 150 000 unika personer söker öppenvård årligen på grund av artros i höft eller knä. Det är endast 15–20 % av dem som någonsin blir aktuella för protesoperation. Kunskap om sjukdomen och hur den kan behandlas, samt individuellt anpassad träning kan bidra till en bättre hälsorelaterad livskvalitet oavsett om operation blir aktuellt eller ej. Dessa insatser erbjuds i artrosskolor, som bygger på tillgänglig evidens och leds av speciellt utbildade fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvården. Effekten av dessa artrosskolor utvärderas genom patientrapporterade resultat i BOA-registret.

Det finns stora variationer i landet när det gäller hur patienter med artros behandlas. I detta avsnitt åskådliggör vi några av dessa variationer genom ett antal utvalda indikatorer.

Resultaten presenteras separat för höft- och knäartros.

Om artros och artrosskola

Diagnos kan ställas utan röntgen

Utgångspunkten för artrosdiagnos är en samlad bedömning av anamnes, symtom och typiska kliniska fynd. Vanliga symtom är smärta, stelhet, nedsatt rörelseomfång och försämrad fysisk funktion. Det kan ta 10–15 år innan artros syns på röntgen. En klinisk bedömning, där man utesluter andra tänkbara orsaker till ledbesvären, kan bidra till att ställa diagnos många år tidigare. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2012) bör röntgen endast användas i oklara fall, eller inför remiss till specialist. Då statistik från BOA-registret visar att många fortfarande röntgas för att få sin diagnos har Socialstyrelsen rekommenderat att målnivån sänks stegvis. År 2013 var det något över 80 % som hade röntgats innan artrosskolan. Den aktuella målnivån anges som ett intervall: 50–70 % av patienterna har röntgats före artrosskola. Registerdata från 2015 visar att andelen som är röntgade innan de kommer till artrosskolan i genomsnitt är cirka 75 %, även om trenden är långsamt sjunkande. Endast två landsting når målnivån för knäartros (Värmland och Dalarna) medan fem når målnivån för höftartros (Västerbotten, Värmland, Jönköping, Örebro och Östergötland). Behandlingen är i huvudsak symtomatisk och bör initieras tidigt oavsett hur leden ser ut på röntgen. Diagnos artros kan ställas av fysioterapeut eller läkare i primärvård. Patienten kan söka fysioterapeut direkt för att få diagnos och behandling. Det är dock fortfarande relativt få som utnyttjar denna möjlighet. I genomsnitt är det knappt 5 % som anger att de kommer direkt till artrosskolan utan att ha sökt vård tidigare för sina besvär. De flesta av de landsting som når målnivån för röntgen ligger även i topp då det gäller andelen patienter som söker fysioterapeut och artrosskola direkt.

Många är sjukskrivna för artros

Artros har ofta felaktigt benämnts förslitning, vilket har medfört att många patienter är rädda att fysisk aktivitet kan skada leden ytterligare. En annan vanlig missuppfattning är att artros är naturligt åldrande. Tillsammans medför detta att många tror att det inte finns något att göra åt besvären. Artros är en sjukdom som kan drabba människor redan i 40-årsåldern eller ännu tidigare. Opublicerade data från registret visar att artrosskolan har bäst effekt på de yngre åldersgrupperna. Medelåldern för patienterna i registret har legat relativt stabilt runt 66 år i flera år och variationen mellan landstingen är relativt liten. En tänkbar förklaring kan vara att äldre individer med artros redan är patienter i vården och därför oftare kan komma ifråga för artrosskola. För att nå deltagare i arbetsför ålder, som inte tidigare sökt för sina besvär, kan det vara nödvändigt att vården erbjuder flexibla tider och

lösningar. Förebyggande sjukskrivning kan vara ett sätt. Det handlar om sjukskrivning under några timmar de dagar då artrosskolan ges. Artros föranleder inte sällan långa sjukskrivningar, i många fall utan andra åtgärder. Data från registret visar att var sjätte patient under 65 år är sjukskriven då de kommer till artrosskolan. Då det gäller höftartros är andelen sjukskrivna störst i Jämtland, Norrbotten och Västra Götaland, medan det för knäartros är störst andel sjukskrivna i Uppsala, Gävleborg och Sörmland. Andelen i de landsting med flest sjukskrivna är nära tre gånger så hög som för det landsting med lägst andel sjukskrivningar, som i båda fallen är Gotland. Tendensen i sjukskrivningsnivå efter artrosskolan är positiv för riket i stort, där i genomsnitt 25 % av dem som var sjukskrivna vid första besök anger att de åter är i arbete efter ett år. Resultaten skiljer sig emellertid åt mellan de olika landstingen, där exempelvis andelen sjukskrivna minskar över tid i Uppsala. Sörmland har en sjunkande tendens efter tre månader men ligger på samma nivå efter ett år, medan Gävleborg går i motsatt riktning och har en ökad andel sjukskrivna efter ett år. För att hitta förklaringen till dessa skillnader behöver rutiner och andra tänkbara bakomliggande faktorer analyseras mer i detalj i de olika regionerna.

Artros och fysisk inaktivitet

Artros är en vanlig orsak till inaktivitet, som i sin tur ökar risken för hjärt- kärlsjukdom, diabetes och för tidig död. Data från registret visar att tre av tio patienter har så låg fysisk aktivitetsnivå då de kommer till artrosskolan att det föreligger risk för deras hälsa. Störst andel inaktiva ses i Örebro, där 43 % av patienterna med höftartros anger att de ackumulerar mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka inför artrosskolan, medan motsvarande siffra för regionen med lägst andel, Gotland, är 9 %. Anpassad fysisk aktivitet är en grundsten i behandling av artros och så också i artrosskolan. Vid uppföljning efter tre månader har andelen otillräckligt fysiskt aktiva för riket i genomsnitt sjunkit till två av tio. Enheter och landsting uppmanas emellertid att kontrollera hur resultaten står sig över tid, då data visar att den fysiska aktivitetsnivån åter sjunker efter ett år. Örebro, som hade en stor förbättringspotential avseende patienter med höftartros, uppvisar också en stor andel patienter som har ökat sin aktivitetsnivå efter ett år. Gotland, som hade ett bra utgångsläge, har en större utmaning i att bibehålla andelen fysiskt aktiva efter ett år. Sett till den totala andelen av patienter med tillräcklig fysisk aktivitetsnivå efter ett år, både de som har bibehållit sin hälsofrämjande aktivitetsnivå och de som ökat sin aktivitetsnivå, är Kronoberg i topp för såväl patienter med höft- och

knäartros. För att få till stånd långvarig livsstilsförändring är en tidsbegränsad insats, som artrosskolan, sannolikt inte tillräcklig. Fysisk aktivitet på recept och uppföljande samtal är exempel på insatser som används inom vården och som kan bidra till att öka motivationen till fysisk aktivitet över längre tid. Somliga landsting och enheter uppvisar en lika stor (eller större) andel patienter som har minskat sin fysiska aktivitetsnivå i jämförelse med andelen som har ökat. Här behövs insatser för att totalt sett minska andelen med hälsovådligt låg fysisk aktivitet.

Smärta och läkemedelskonsumtion

Artrosskolan innehåller information och individuellt anpassad träning, som enligt behandlingsrekommendationer bör erbjudas alla patienter med artros. För många är det en tillräcklig behandling. I registret samlas information om självrapporterad läkemedelskonsumtion. Det betyder att även förbrukning av produkter som kan köpas i livsmedelsbutiker kan räknas in, liksom naturläkemedel. Registerdata visar att 15–20 % av deltagarna i artrosskolan rapporterar att de har slutat med ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan. Totalt sett har Gotland den lägsta andelen självrapporterad konsumtion av ledrelaterade läkemedel efter tre månader, där 35 % av dem med knäartros och 21 % av dem med höftartros anger att de har slutat med ledrelaterade läkemedel. Även Dalarna, Östergötland och Värmland visar på en tydlig minskning av läkemedelskonsumtionen. Dessa regioner syns även i topp då det gäller andel patienter med kliniskt betydelsefull förändring av smärta efter ett år, vilket indikerar att smärtan inte nödvändigtvis ökar då konsumtionen av smärtstillande läkemedel minskar. Den kliniskt betydelsefulla skillnaden i VAS smärta (där 0 är ingen smärta och 100 värsta tänkbara smärta) har beräknats vara 15,3 för höftartros och 19,9 för knäartros. Var tredje patient anger en förändring i smärta av den storleksordningen eller mer efter ett år. Den största minskningen ses för dem med mest smärta vid första besök. Det är föga förvånande eftersom förbättringspotentialen är störst för den gruppen. Vid första besök i artrosskolan rapporterar patienterna i genomsnitt smärta motsvarande 48 på VAS-skalan. Efter ett år är genomsnittet 42 för höftartros och 38 för knäartros.

Hälsorelaterad livskvalitet

I BOA-registret mäts hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av EQ5D. EQ5D-index rapporteras som ett medelvärde för fem olika dimensioner av hälsa och går från 0–100, där 100 motsvarar full hälsa. Vid första besök skattar patienterna sin hälsorelaterade livskvalitet till 0,65 och 0,66 för höft- respektive knäartros. Totalt sett rapporterar 70 % av patienterna i registret en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter ett år, varav drygt 25 % når en absolut ökning av EQ5D-index med 0,1, som motsvarar registrets mål.

Örebro ligger i topp vad gäller andel patienter som förbättrats 0,1 eller mer för såväl höft- som knäartros. Då det gäller höftartros är emellertid andelen som försämrats större än andelen som förbättrats. Detta återspeglas i rikets medelvärde, liksom för fler regioner. För exempelvis Sörmland, Jönköping och Västernorrland är andelen som försämrats minst dubbelt så stor som andelen som förbättrats. För ett totalt sett positivt resultat bör regioner och enheter vara uppmärksamma på såväl andelen försämrade som andelen förbättrade. Patienterna skattar också sitt nuvarande hälsotillstånd på en skala från 0 till 100. Skattningen motsvarar väl EQ5D-index (67 respektive 68 vid första besök). Även för denna skala anger var fjärde patient en absolut ökning på 10 eller mer efter ett år. Dock skattar en ungefär lika stor andel av patienterna med höftartros en motsvarande försämring och totalt sett syns inga förändringar i medelvärden efter ett år. För patienter med knäartros är andelen med förbättring något större än andelen som uppger en försämring (26 % respektive 19 %).

Protesoperation vid utebliven effekt

De patienter som inte svarar tillfredsställande på artrosskola kan erbjudas tilläggsbehandling i form av smärtlindrande åtgärder, alternativt hjälpmedel för att underlätta vardagens aktiviteter. Proteoperation bör först bli aktuell då andra behandlingar inte har haft tillräcklig effekt. Data från höftprotesregistret (som presenteras i denna årsrapport) visar att en tredjedel av patienterna som fick en höftprotes under 2015 uppger att de aldrig har träffat en fysioterapeut för sina besvär innan operationen. Av dem som träffat en fysioterapeut har hälften gått artrosskola preoperativt. Hur det ser ut för dem som får en knäprotes är inte känt. Rapporter från Västmanland och Jämtland, som har arbetat med samverkansprojekt mellan primärvård och ortopedi för att effektivisera rutinerna i vården, talar om kortare väntetider till ortopederna och snabbare rehabilitering postoperativt efter införande av artrosskola.

Bortfall

Det händer att patienter står på väntelista då de kommer till artrosskolan och hinner få en tid för proteoperation innan artrosskolan har avslutats. Det är dock relativt ovanligt och endast 1 % av alla som påbörjat artrosskolan har avbrutit på grund av proteoperation. Andelen som avbryter på grund av operation eller av annan anledning (6 %) ska anges i registret av vårdgivaren. Alla övriga patienter ska följas upp med ett individuellt besök och utvärdering efter tre månader. Data från registret visar att i genomsnitt är det endast två tredjedelar av de patienter som påbörjar artrosskolan som följs upp efter tre månader. Variationen mellan landsting är stor. På Gotland har man koll på 95 % av patienterna efter tre månader, medan Gävleborg endast har uppföljning på hälften.

I många fall beror detta bortfall på bristande rutiner i vården eller på att registrering (utvärdering) prioriteras ner till förmån för fler patientbesök (produktion). Att spara på utvärdering av behandling kan betraktas som resursslöseri. Kortsiktigt kan det tyckas som om arbetsbördan blir mindre om registrering prioriteras bort. På längre sikt finns det uppenbara risker att tiden istället läggs på åtgärder som inte är effektiva eller i värsta fall medför ökat arbete och sämre resultat. Att utvärdera systematiskt, följa utveckling över tid och jämföra sig med andra är en förutsättning för att veta vad som är bra och vad som kan bli bättre.

Utmaningen för BOA-registret är att återkoppla resultat som enheterna och landstingen vill ha och behöver för sin verksamhet på ett sätt som är användbart och stimulerar till förbättringsarbete. Under 2016 kommer resultatet av ett omfattande arbete med förbättrad utdata och statistik

på enhetsnivå att presenteras öppet på registrets webbplats. Förhoppningen är att inte bara öka registreringen, utan även att öka användandet av registerdata i verksamheten. Först då upptäckts många brister i datakvalitet. På sikt kan kontinuerligt förbättringsarbete med hjälp av registerdata spara både pengar och resurser, samt ge nöjdare patienter vilket ytterligare effektiviserar vården. Det saknas tradition och erfarenhet från arbete med kvalitetsregister inom rehabilitering. Kunskapsluckan beträffande nyttan av register för verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring behöver överbryggas genom långsiktiga utbildningsinsatser för såväl chefer som på grundutbildningsnivå. På motsvarande sätt bör registerforskning lyftas i utbildning på avancerad nivå för fysioterapeuter och arbetsterapeuter, liksom möjligheten att använda kvalitetsregisterdata i masteruppsatser (motsvarighet till läkarnas ST-utbildning), för att på sikt öka kunskapen genom värdefull registerdata från rehabiliteringsområdet.

SLUTSATSER

- Mycket arbete återstår innan patienter får tidig diagnos och behandling för artros. Andelen patienter som röntgas före artrosskola är fortfarande hög, vilket riskerar att fördröja adekvat diagnos och behandling.
- Det är fortfarande få som erbjuds artrosskola som första behandling för artros. Detta trots att det har varit remissfritt till fysioterapeut sedan 2009 och att Läke-medelsverkets rekommendationer för behandling av artros har förespråkats information och träning som första åtgärd sedan 2008.
- 15 % av patienterna i arbetsför ålder är sjukskrivna då de kommer till artrosskolan. Variationen mellan landsting är stor. I genomsnitt är 25 % av dem som var sjukskrivna inför artrosskolan åter i arbete efter ett år.
- Artrosskolan uppvisar kortsiktig effekt med avseende på fysisk aktivitetsnivå, men ytterligare insatser behövs för att bibehålla effekten över tid. Under 2015 angav nära 1 200 personer som var inaktiva före artrosskolan att de var fysiskt aktiva (minst 150 minuter per vecka) efter ett år.

- Artrosskolan har god effekt på patienternas förmåga att hantera sin smärta. Runt 15–20 % av patienterna anger att de slutar med ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan, samtidigt som andelen med kliniskt betydelsefull minskning av smärta efter ett år är cirka 30 %.
- Förbättringsarbete bör fokusera på att såväl öka andelen som förbättrar sitt skattade hälsotillstånd som minska andelen som skattar sitt hälsotillstånd som försämrat.
- Fortfarande opereras många patienter med protes utan att ha provat annan behandling, vilket går stick i stäv med gällande behandlingsrekommendationer. Samverkan mellan primärvård och ortopedi har potential att optimera vårdkedjan för patienter med artros.
- Det finns en stor förbättringspotential vad gäller uppföljning efter tre månader. Var tredje patient i registret saknar uppföljning. Att registrering prioriteras ner till förmån för produktion kan medföra svårigheter att identifiera brister och ineffektiva rutiner i vården.

Indikatorer och resultat på landstingsnivå

BOA-registrets årsrapport 2015 omfattar resultaten till och med verksamhetsåret 2015 för cirka 56 000 patienter med artros i höft eller knä. Antalet som inkluderades enbart under 2015 var nära 16 000. Under 2015 rapporterade 354 enheter uppgifter till registret, vilket motsvarar 93 % av de enheter som enligt uppgift bedriver artrosskola.

Denna tryckta version av årsrapporten presenterar ett urval av resultaten på landstingsnivå. För fler resultat och deskriptiva tabeller och figurer hänvisas till den utökade webbversionen av årsrapporten som återfinns på www.boaregistret.se. Två av registrets indikatorer, Andel personer med diagnos artros som gått artrosskola samt Andel som använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka (ettårsuppföljning) återfinns i den utökade webbversionen av årsrapporten, på www.boaregistret.se.

Resultat på enhetsnivå publiceras enbart i den webbaserade årsrapporten.

Indikator

En indikator är ett mått som belyser kvaliteten inom ett område och som kan visa på trend över tid. En indikator ska vara rimlig, relevant och möjlig att mäta och tolka.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas för att:

- möjliggöra uppföljning och jämförelser av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- 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

De indikatorer och målnivåer som BOA-registret har valt presenteras i denna rapport med en ”stämpel”.



Tolkning

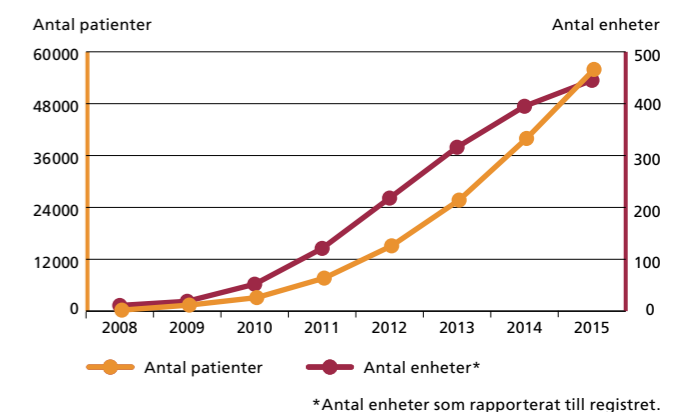
För varje figur och tabell anges om det är positivt med ett högt eller lågt värde, samt i vissa fall någon ytterligare förklaring.

Resultat påverkas av patientdemografi, datakvalitet och en rad andra faktorer som registret inte har kännedom om. Figurer och tabeller i denna årsrapport redovisar resultat. Relevans, bakomliggande orsaker och förklaringsmekanismer måste analyseras lokalt.

Vissa variabler introducerades i registret i september 2012, vilket innebär att tabeller och figurer som baseras på data från dessa variabler endast omfattar patienter som inkluderats efter den 1 september 2012.

Observera att andelar bör tolkas med försiktighet vid lågt antal patienter, då en patient utgör en relativt stor andel.

Kumulativt antal unika patienter och enheter.



Figur 1. Antalet patienter och anslutna enheter i BOA-registret fortsätter att öka.

Tolkning: Den gula linjen läses av mot y-axeln på vänster sida och visar hur antalet patienter har ökat sedan starten av BOA-registret. Den röda linjen läses av mot den högra y-axeln och visar ökningen av antalet enheter med behörighet till BOA-registret.

Antal enheter som driver artrosskola och registrerar i BOA-registret december 2015.

LANDSTING	Enheter som bedriver artrosskola*	Enheter som registrerat patienter i BOA-registret under 2015 **
	Antal	Antal
Blekinge	5	4
Dalarna	21	10
Gotland	1	1
Gävleborg	20	19
Halland	10	11
Jämtland	19	17
Jönköping	19	12
Kalmar	10	10
Kronoberg	18	18
Norrbottn	8	5
Skåne	48	33
Stockholm	38	32
Sörmland	18	19
Uppsala	20	14
Värmland	17	19
Västerbotten	24	5
Västernorrland	10	10
Västmanland	23	23
Västra Götaland	107	71
Örebro	29	17
Östergötland	11	10
Totalt	381	354

*Baserat på statistik från kontaktperson.

**Enheter som är med i BOA-registret, baserat på BOAs statistik.

Tabell 1. Av de 381 enheter som, enligt uppgift från registrets regionala kontaktpersoner, har bedrivit artrosskola under 2015 har 354 enheter (93 %) rapporterat till BOA-registret.

Tolkning: Offentlig statistik över enheter som bedriver artrosskola saknas. Uppgifter om antal enheter som bedriver artrosskola innehåller en osäkerhetsfaktor. Antalet enheter som registrerar motsvarar enheter som har rapporterat minst en patient i BOA-registret under 2015.

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

LANDSTING	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal Totalt
Stockholm	15	102	460	1 192	1 746	1 717	5 232
Uppsala	0	41	116	253	271	312	993
Sörmland	0	0	46	103	430	548	1 127
Östergötland	111	772	1 328	1 156	1 294	1 436	6 097
Jönköping	0	10	258	427	477	451	1 623
Kronoberg	1	133	121	302	361	465	1 383
Kalmar	196	347	331	360	494	692	2 420
Gotland	30	93	158	219	204	201	905
Blekinge	37	268	355	381	337	242	1 620
Skåne	849	970	1 109	1 159	1 058	947	6 092
Halland	0	74	172	135	160	315	856
Västra Götaland	989	482	1 058	2 049	3 096	3 596	11 270
Värmland	549	400	598	673	652	867	3 739
Örebro	0	73	54	212	511	553	1 403
Västmanland	0	31	49	316	1 292	1 337	3 025
Dalarna	0	24	176	296	560	647	1 703
Gävleborg	19	155	150	171	190	467	1 152
Västernorrland	0	44	73	105	201	362	785
Jämtland	0	8	582	687	655	564	2 496
Västerbotten	391	419	197	290	190	138	1 625
Norrbottn	16	59	77	94	86	111	443
Riket	3 203	4 505	7 468	10 580	14 265	15 968	55 989

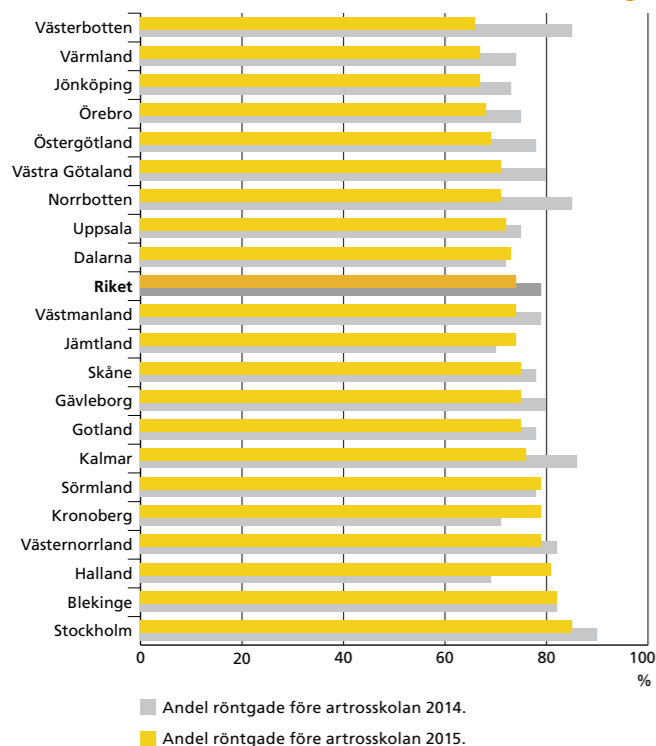
Tabell 2. Storstadsregionerna tillsammans med Östergötland svarar tillsammans för 51 % av patienterna i registret. Detta stämmer väl överens med befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB, 1 november 2015), som visar att dessa regioner tillsammans står för 54 % av befolkningen som är 45 år och äldre. Dock representerar Stockholmsregionen endast 9 % i BOA-registret mot 20 % av befolkningen över 45 år och

andelen av patienterna i BOA som kommer från Skåne är 10 % jämfört med 13 % i befolkningen. I Västra Götaland och Östergötland är förhållandet det omvända, där registreras en större andel i förhållande till befolkningsunderlaget. Andelen i registret som kommer från Västra Götaland är 20 % mot 16 % i befolkningen och Östergötland har 11 % av patienterna i BOA jämfört med 4,5 % av befolkningen över 45 år.

Tolkning: Antalet patienter baseras på de uppgifter som fanns i registret första veckan i januari 2016. Patienter som inte registrerats vid årsskiftet finns därför inte med i statistiken. Uppgifter som lagts till under 2015, om individer som varit på besök under 2014 eller tidigare, medför att antalet patienter per år kan skilja sig mot föregående årsrapport.

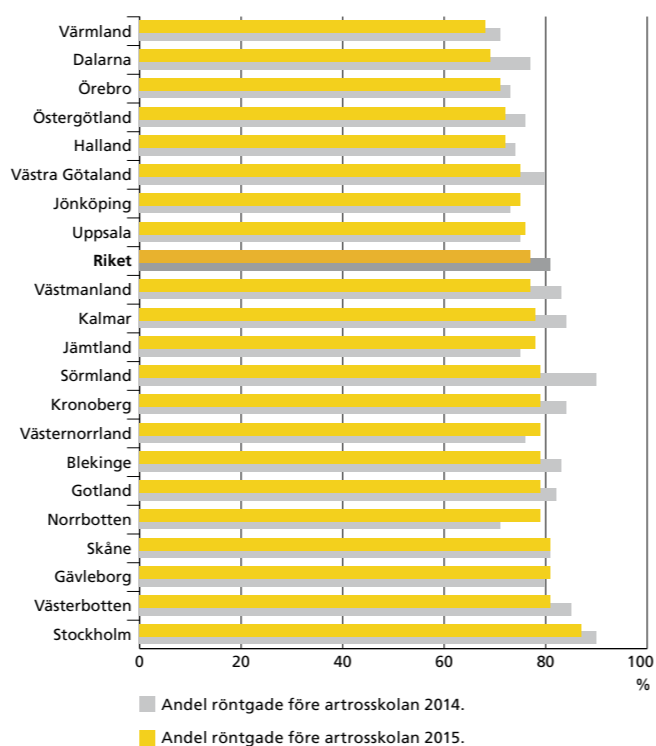
Höft. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2014–2015.

INDIKATOR



Knä. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2014–2015.

INDIKATOR

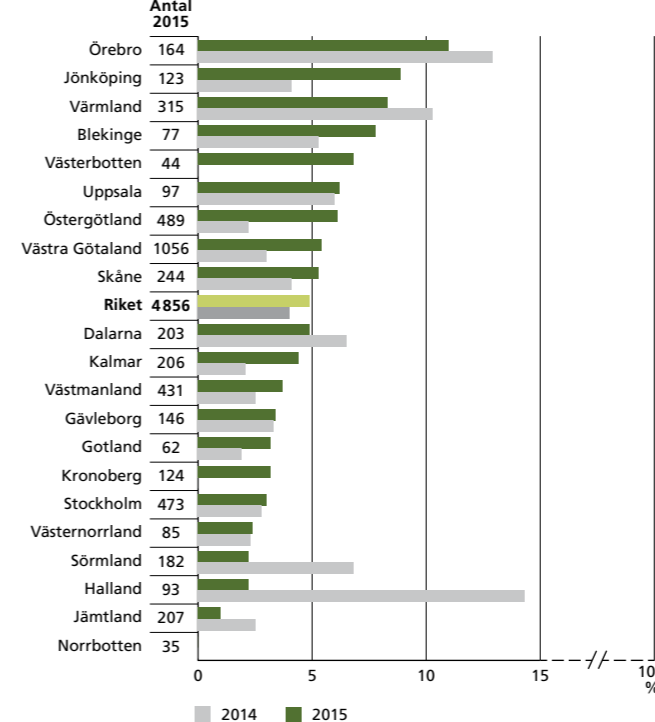


Figur 2 och Figur 3. Andel patienter med artros i höft och knä som är röntgade före artrosskola. **Målnivå (enligt Socialstyrelsen): 50–70 %**

Tolkning: Ett bra resultat är en kort gul stapel. En färgad stapel som är kortare än en grå stapel indikerar att andelen som anger att de röntgats före artrosskolan har sjunkit sedan 2014.

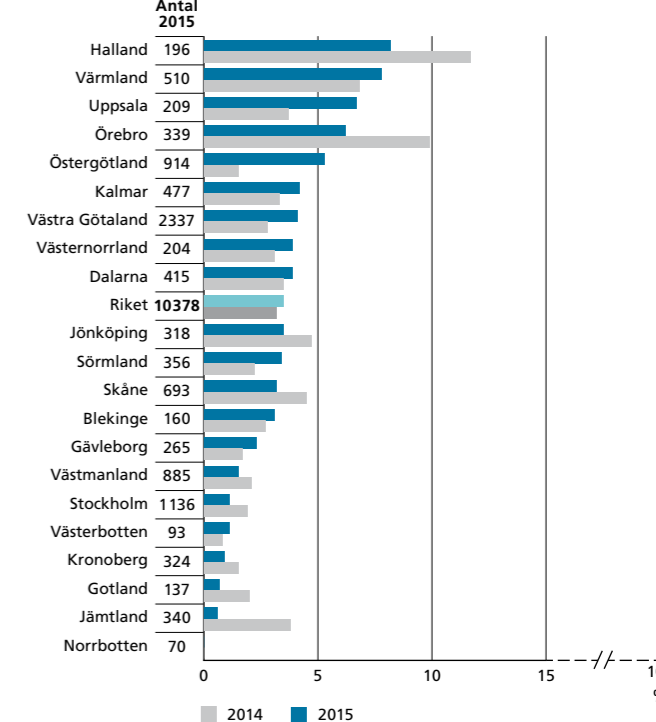
Höft. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2014 respektive 2015.

INDIKATOR



Knä. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2014 respektive 2015.

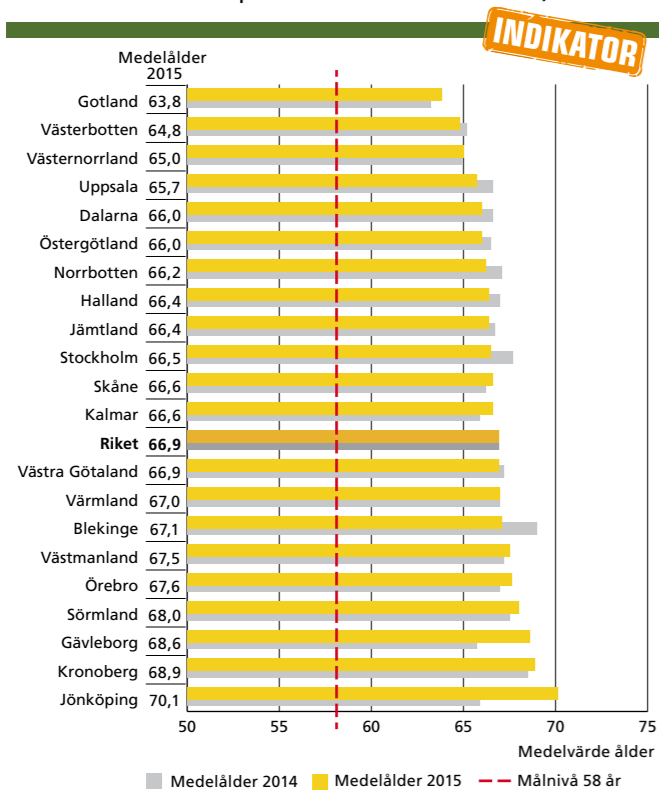
INDIKATOR



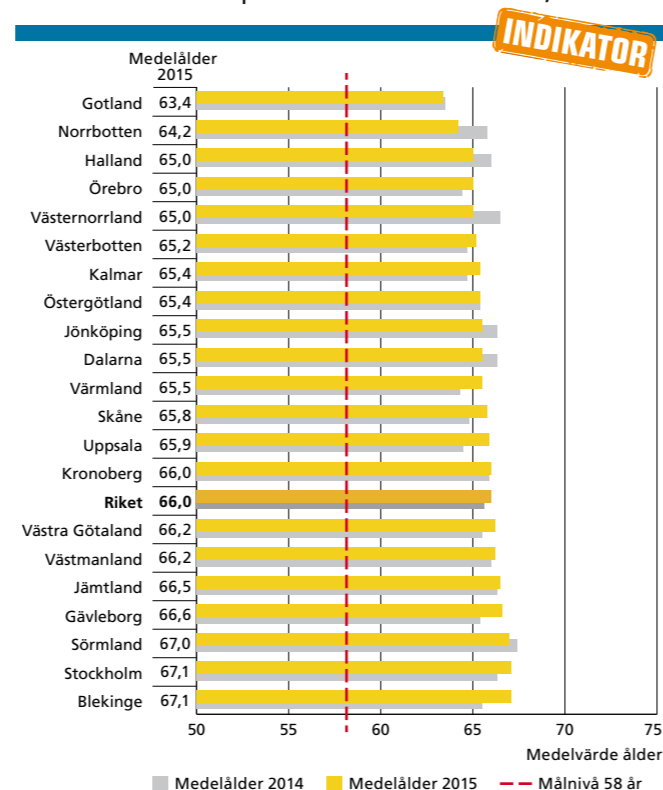
Figur 4 och Figur 5. Andel patienter med artrossymtom som söker artrosskola direkt. **Målnivå: 15–20 %**

Tolkning: Ett bra resultat är en lång färgad stapel. En färgad stapel som är längre än den grå stapeln indikerar att andelen som kommer till artrosskolan direkt har ökat under 2015 jämfört med 2014.

Höft. Medelålder för patienter vid första besöket, 2014–2015.



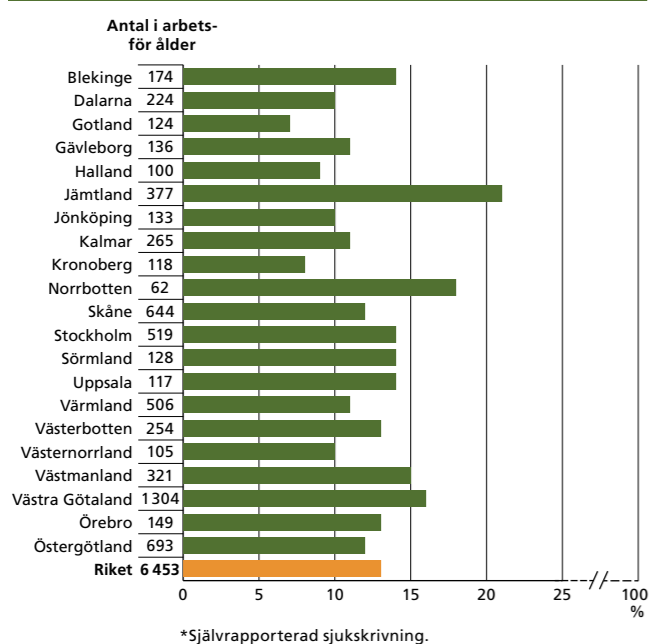
Knä. Medelålder för patienter vid första besöket, 2014–2015.



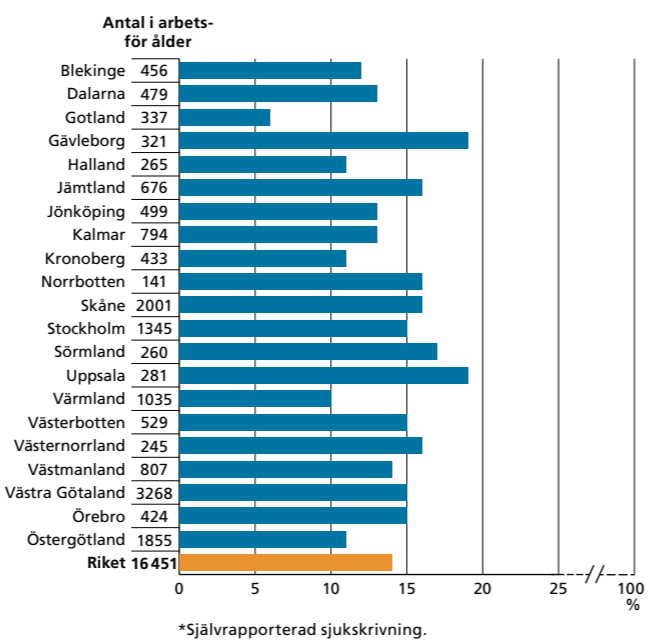
Figur 6 och Figur 7. Medelålder för patienter i artrosskola. Målnivå: 58 år

Tolkning: Ett bra resultat är en kort färgad stapel. En färgad stapel som är kortare än en grå stapel indikerar att medelåldern för patienter i artrosskolan har sjunkit sedan 2014.

Höft. Andel sjukskrivna* (under 65 år) för höft eller knä vid första besök i artrosskolan.

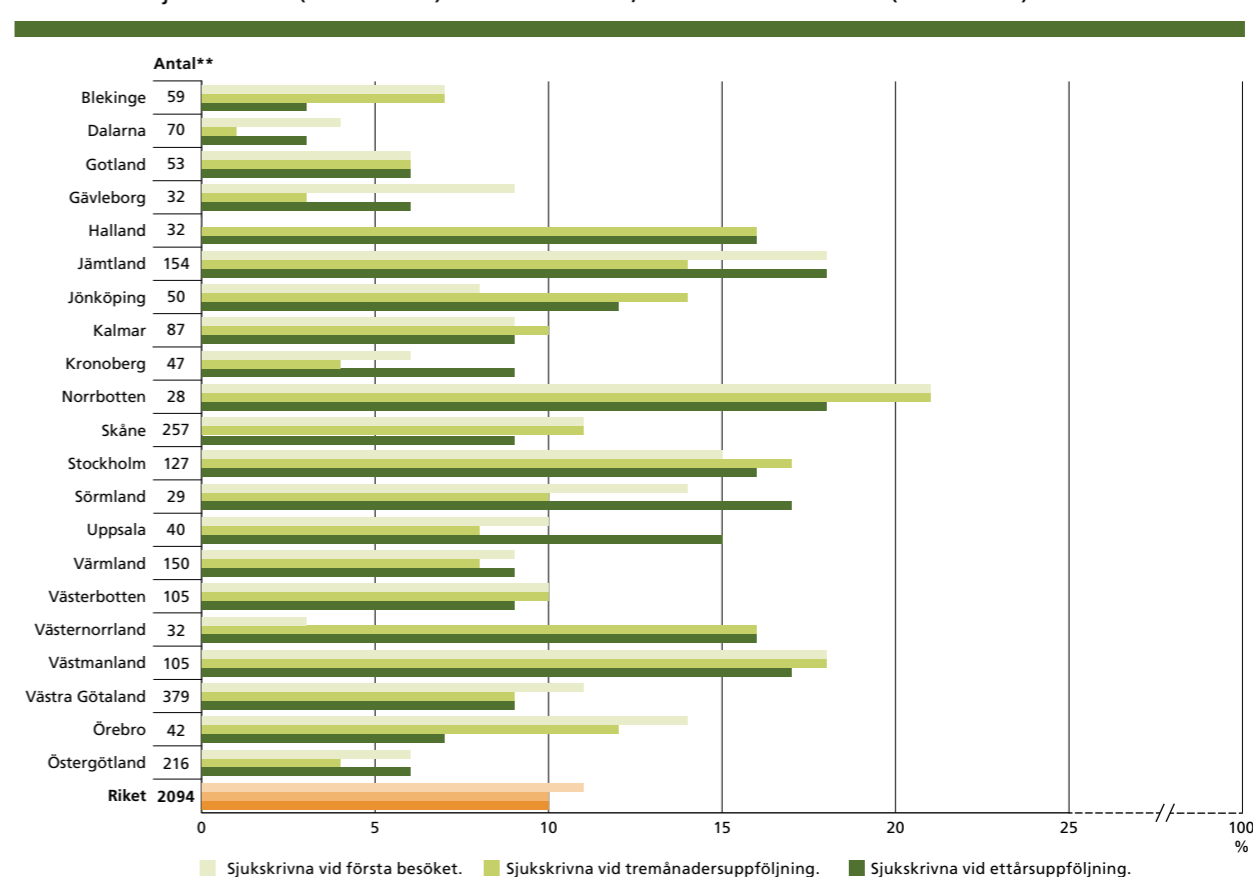


Knä. Andel sjukskrivna* (under 65 år) för höft eller knä vid första besök i artrosskolan.



Figur 8 och Figur 9. Variationen i sjukskrivning är stor mellan landstingen.

Höft. Andel sjukskrivna* (under 65 år) vid första besök, 3 månader och ett år (2008–2015).



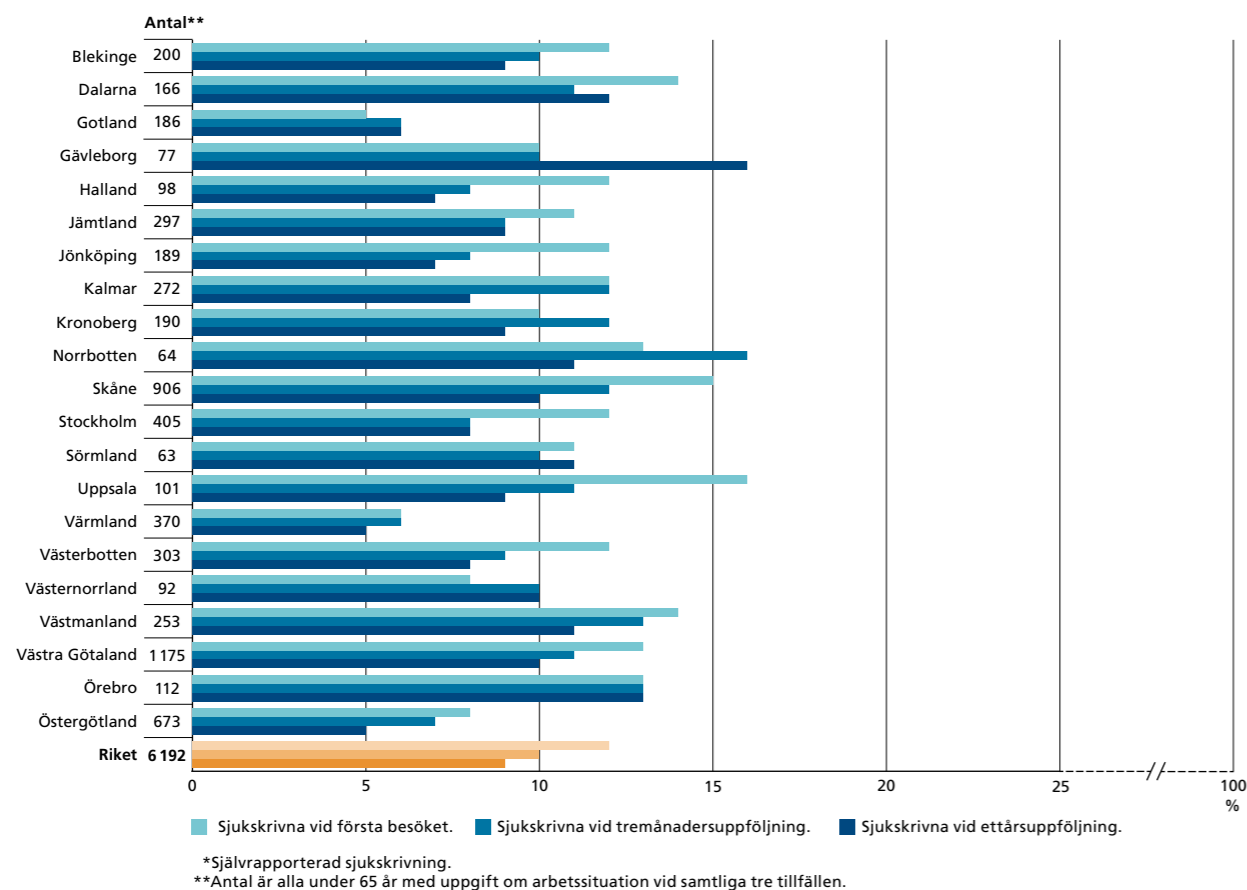
*Självrapporterad sjukskrivning.
**Antal är alla under 65 år med uppgift om arbetsituation vid samtliga tre tillfällen.

Figur 10. Andelen som är sjukskrivna minskar totalt sett efter artrosskolan. Efter ett år andelen fortfarande lägre än inför artrosskolan.

Tolkning: Det är bra med en kort stapel. Den övre stapeln bör vara längst och den undre kortast för en positiv trend.

Tolkning Figur 8 och 9: Det är bra med en kort stapel. Skillnaden mellan den kortaste och den längsta stapeln indikerar att det finns en stor variation mellan landsting, och därmed en förbättringspotential för landsting med hög andel sjukskrivna.

Knä. Andel sjukskrivna* (under 65 år) vid första besök, 3 månader och ett år (2008–2015).



Figur 11. Andelen som är sjukskrivna minskar totalt sett efter artrosskolan. Efter ett år andelen fortfarande lägre än inför artrosskolan.

Tolkning: Det är bra med en kort stapel. Den övre stapeln bör vara längst och den undre kortast för en positiv trend.

Andel patienter med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå (ackumulerat mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka) september 2012–2015.

INDIKATOR

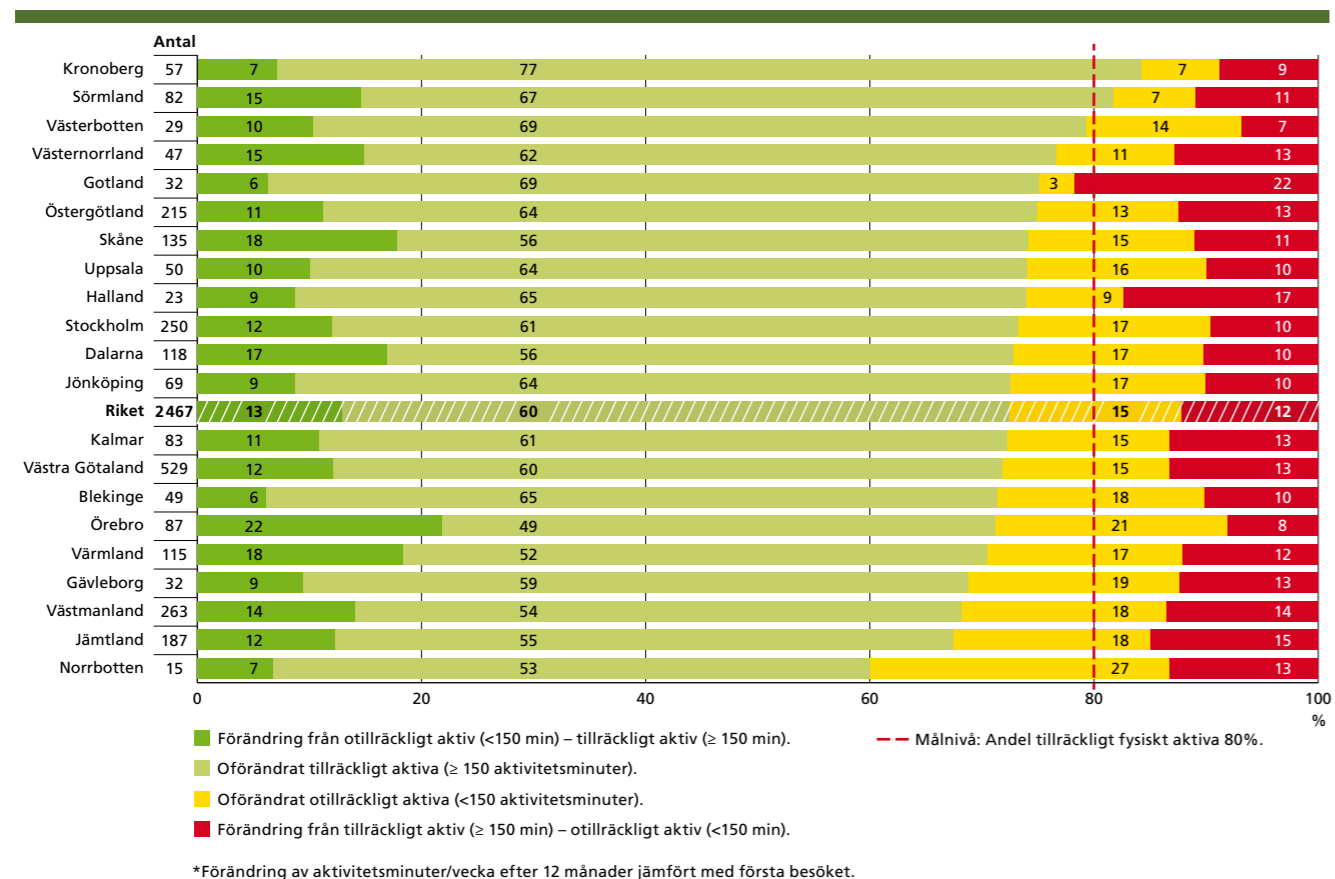
Landsting	Andel otillräckligt aktiva, Höft			Andel otillräckligt aktiva, Knä		
	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	30,3	12,1	33,3	31,8	21,8	27,3
Dalarna	32,1	21,1	25,7	30,0	23,3	27,3
Gotland	9,4	21,9	25,0	24,5	17,9	23,6
Gävleborg	33,3	33,3	37,5	33,3	23,5	29,4
Halland	17,4	34,8	26,1	19,1	14,7	19,1
Jämtland	29,0	28,4	31,4	27,2	25,7	30,1
Jönköping	26,7	25,0	23,3	33,5	23,9	27,3
Kalmar	25,7	15,7	27,1	28,2	19,4	22,4
Kronoberg	14,5	16,4	14,5	21,4	17,6	17,6
Norrbottn	38,5	23,1	46,2	44,4	25,0	30,6
Skåne	36,4	25,4	27,1	26,2	21,9	21,9
Stockholm	27,3	20,0	25,4	26,4	17,9	19,9
Sörmland	22,9	10,0	20,0	32,2	23,0	23,6
Uppsala	27,3	20,5	27,3	20,2	21,1	21,1
Värmland	33,3	18,1	27,6	34,7	22,1	29,6
Västerbotten	20,8	25,0	25,0	17,3	18,7	24,0
Västernorrland	27,3	27,3	25,0	32,6	22,8	25,0
Västmanland	32,5	23,9	31,7	28,6	21,1	29,8
Västra Götaland	26,5	19,7	28,2	30,7	22,2	26,6
Örebro	43,5	26,1	30,4	29,2	19,3	28,1
Östergötland	24,2	13,9	25,8	33,6	19,4	24,4
Riket	28,4	21,0	27,5	29,1	21,0	25,1

Tabell 3. Hälsöfrämjande fysisk aktivitetsnivå (>150 aktivitetsminuter) efter genomgången artrosskola.

Målnivå: Andel otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20 % efter ett år.

Tolkning: Det är bra med en låg siffra. Andelen vid 12 månader bör vara lägre än vid första besök.

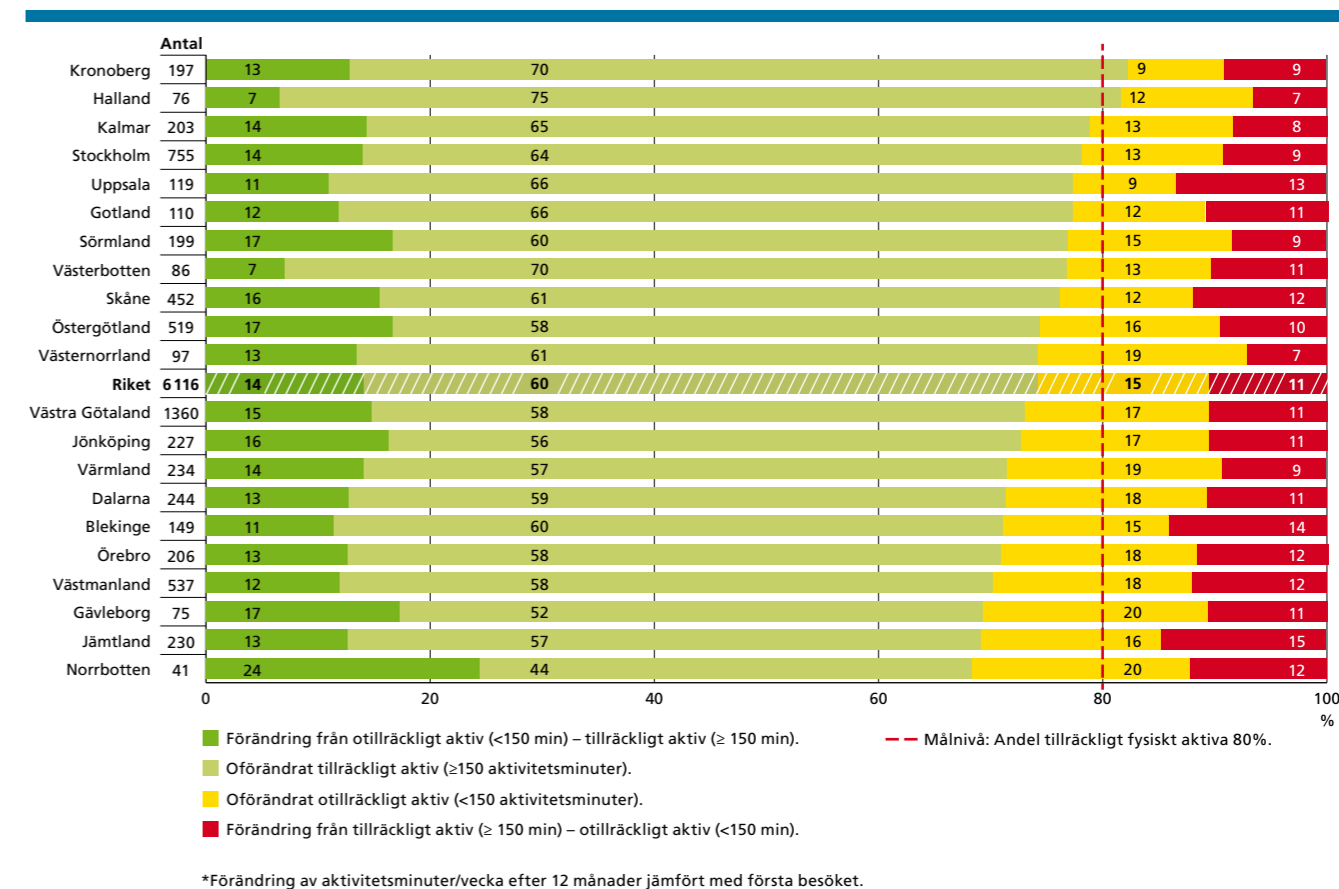
Höft. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2014)*.



Figur 12. Förändring av fysisk aktivitetsnivå efter ett år.

Tolkning: Den gröna stapeln (mörkgrön + ljusgrön) bör vara längre än 80 %. Den röda stapeln bör vara kortare än den mörkgröna om andelen som blir fysiskt aktiva är större än andelen som blir inaktiva.

Knä. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2014)*.

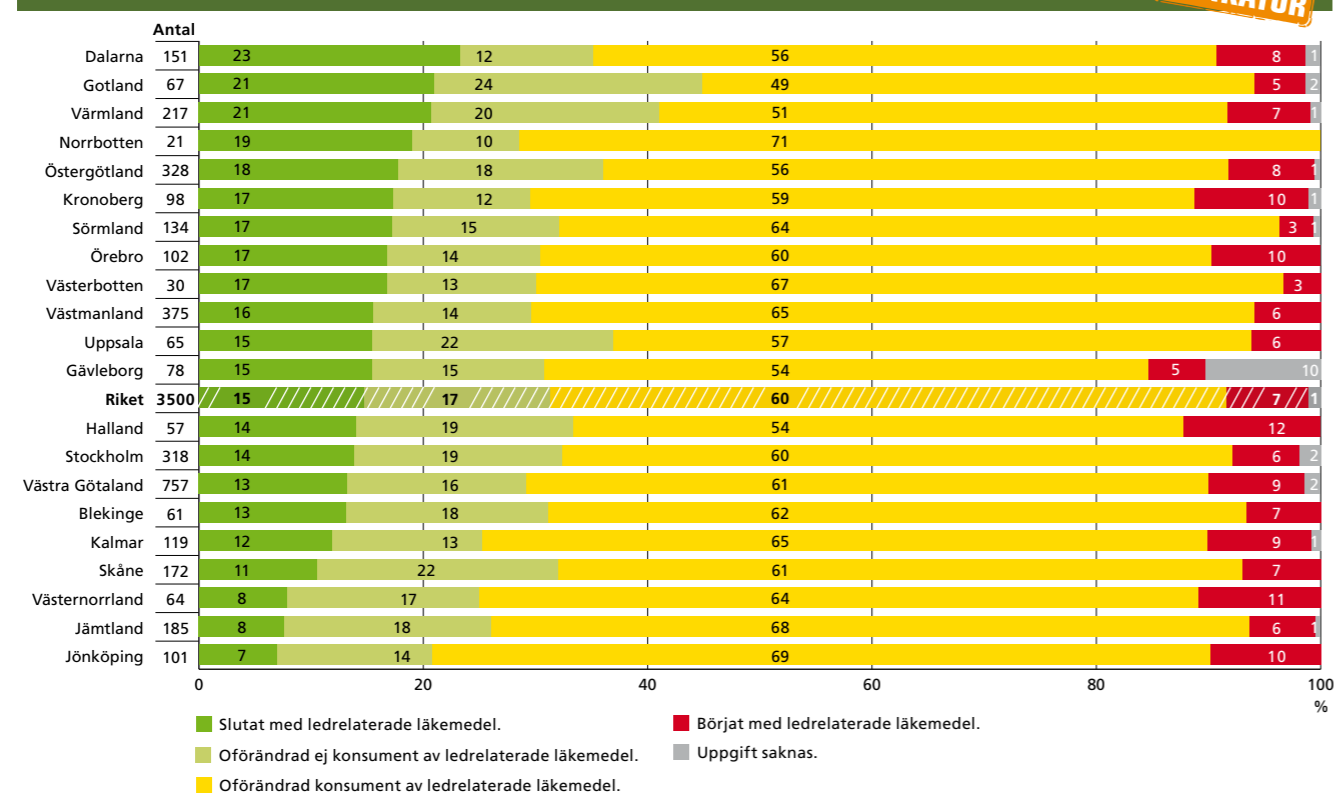


Figur 13. Förändring av fysisk aktivitetsnivå efter ett år.

Tolkning: Den gröna stapeln (mörkgrön + ljusgrön) bör vara längre än 80 %. Den röda stapeln bör vara kortare än den mörkgröna om andelen som blir fysiskt aktiva är större än andelen som blir inaktiva.

Höft. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2015.

INDIKATOR

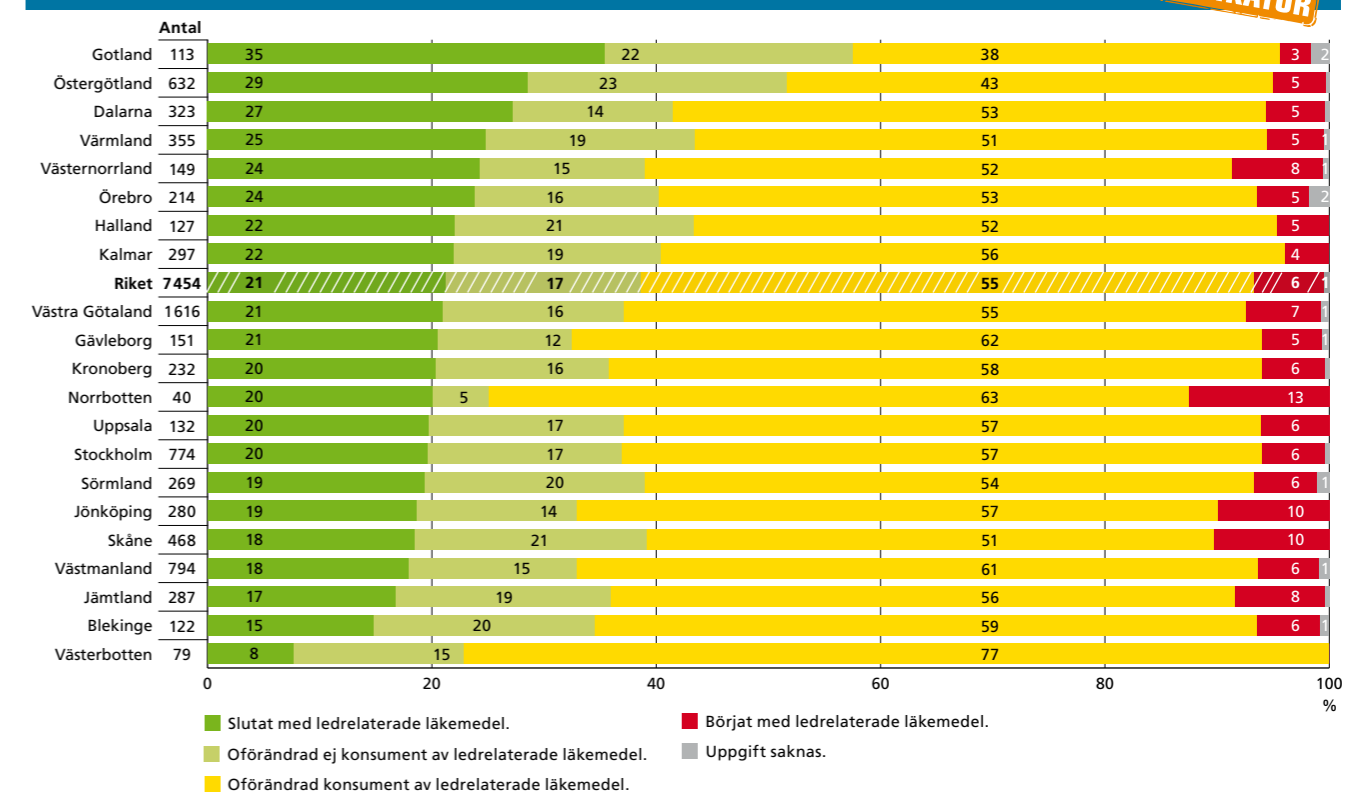


Figur 14. Andel patienter som slutar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola. **Målnivå:** 30 %.

Tolkning: Det är bra med en lång mörkgrön stapel (patienter som slutar med läkemedel). Den röda stapeln (patienter som börjar med läkemedel) bör vara kort. Den grå stapeln (bortfall) bör inte synas.

Knä. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2015.

INDIKATOR

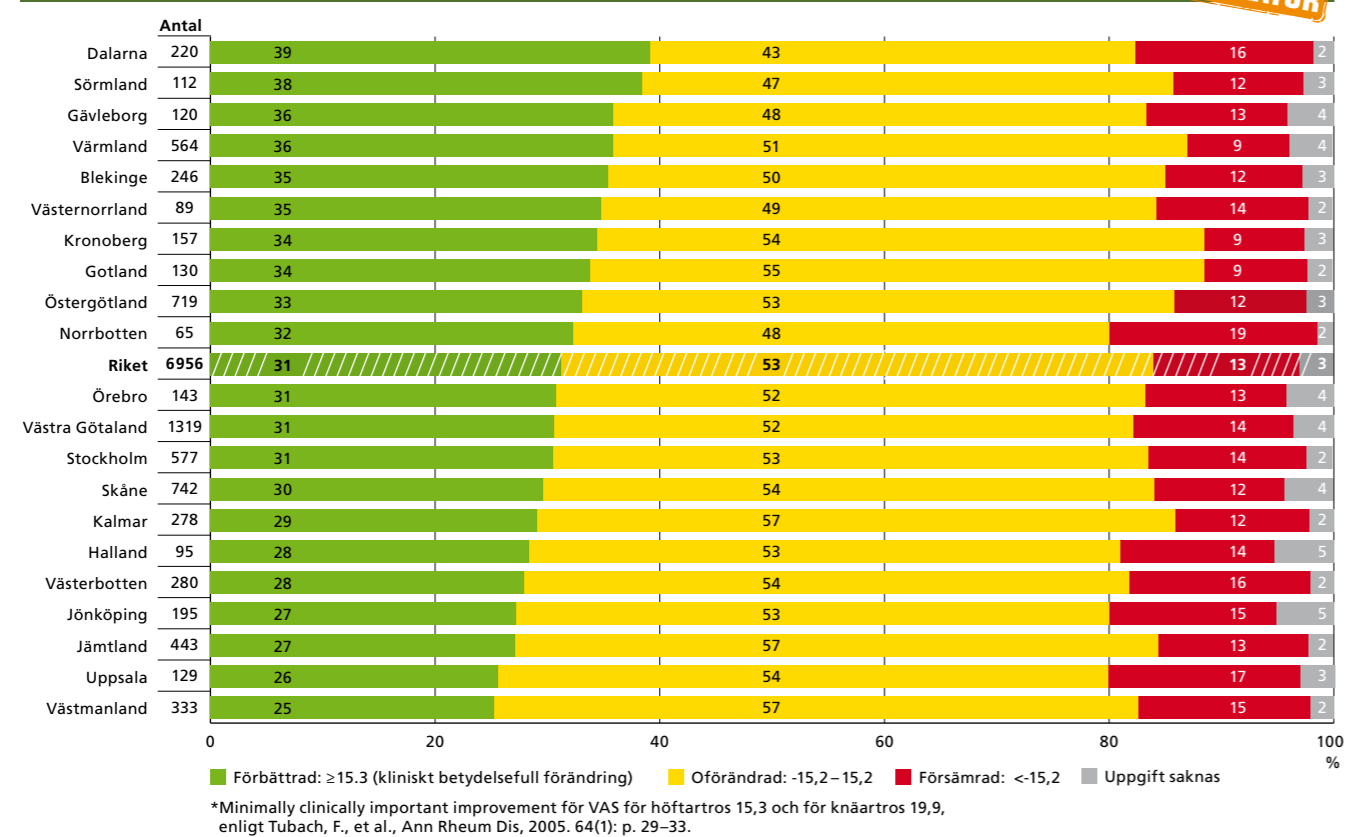


Figur 15. Andel patienter som slutar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola. **Målnivå:** 30 %.

Tolkning: Det är bra med en lång mörkgrön stapel (patienter som slutar med läkemedel). Den röda stapeln (patienter som börjar med läkemedel) bör vara kort. Den grå stapeln (bortfall) bör inte synas.

Höft. Andel patienter som har minskad, oförändrad eller ökad smärta enligt VAS efter 12 månader.*

INDIKATOR

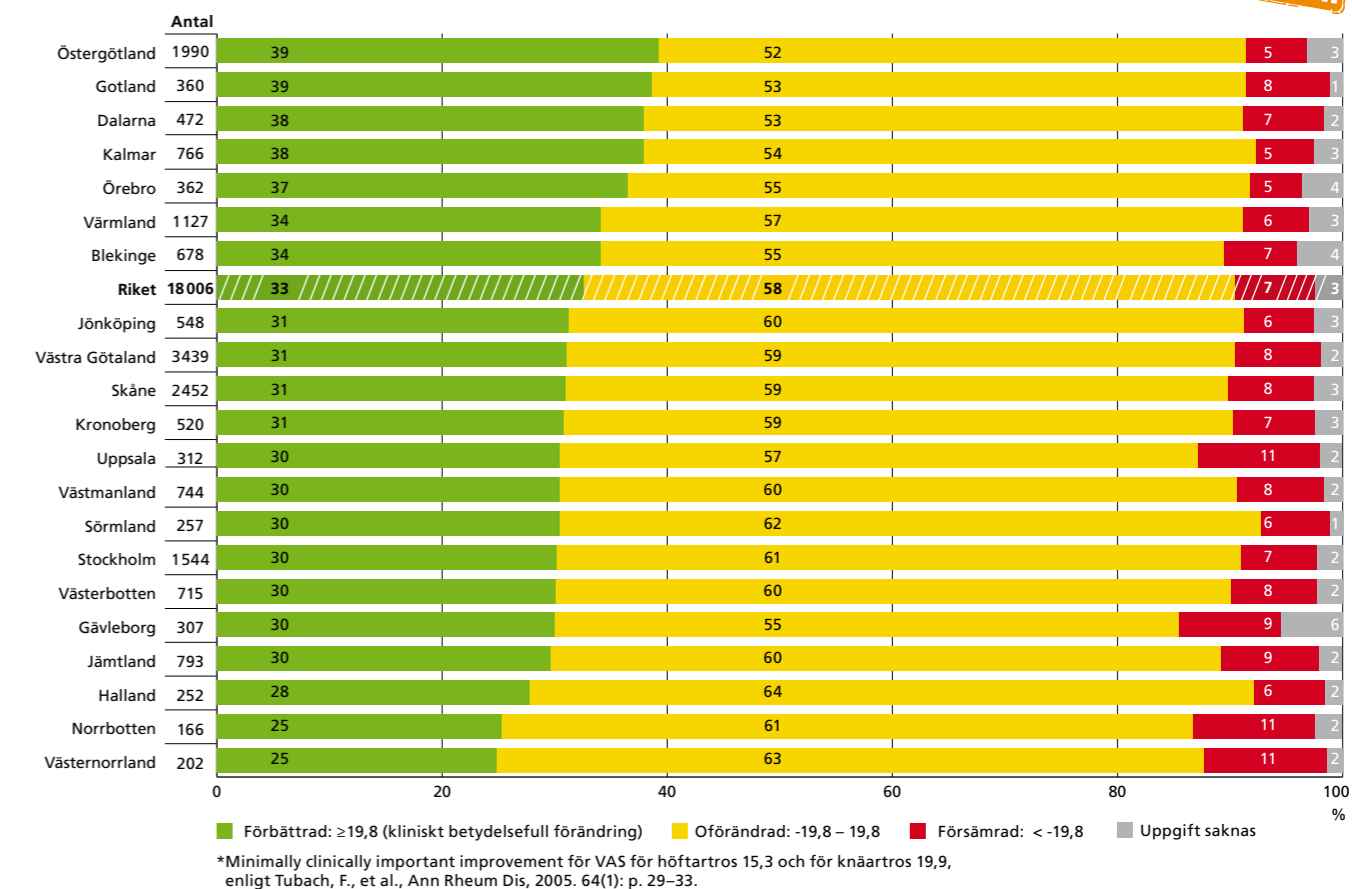


Figur 16. Andel patienter med kliniskt betydelsefull minskad smärta efter genomgången artrosskola. **Målnivå: 50 %** efter ett år.

Tolkning: Det är bra med en lång grön stapel. Om den gröna stapeln når över 50 är målnivån uppnådd. Målnivån är satt utifrån de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

Knä. Andel patienter som har minskad, oförändrad eller ökad smärta enligt VAS efter 12 månader.*

INDIKATOR



Figur 17. Andel patienter med kliniskt betydelsefull minskad smärta efter genomgången artrosskola. **Målnivå: 50 %** efter ett år.

Tolkning: Det är bra med en lång grön stapel. Om den gröna stapeln når över 50 är målnivån uppnådd. Målnivån är satt utifrån de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

I årsrapporten för 2014 angav denna indikator av misstag andel som förändrat EQ5D-VAS istället för VAS smärta (trots att rubriken angav VAS smärta). För år 2015 anges andel med förändring av VAS smärta. Målnivån för indikatorn har justerats jämfört med 2014 för att motsvara resultaten för VAS smärta.

Höft. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2015).

LANDSTING	VAS-smärta			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	190	50	37	41
Dalarna	202	47	34	39
Gotland	125	48	29	39
Gävleborg	68	53	41	42
Halland	81	45	35	39
Jämtland	386	47	38	43
Jönköping	156	48	42	45
Kalmar	221	49	37	42
Kronoberg	142	45	35	37
Norrbottn	57	48	41	43
Skåne	632	49	40	43
Stockholm	471	46	35	40
Sörmland	91	47	41	39
Uppsala	109	45	36	41
Värmland	441	51	38	41
Västerbotten	233	48	41	44
Västernorrland	81	49	41	42
Västmanland	309	49	39	45
Västra Götaland	1073	48	38	42
Örebro	110	51	42	43
Östergötland	616	48	36	41
Riket	5794	48	38	42

Knä. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2015).

LANDSTING	VAS-smärta			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	494	50	38	39
Dalarna	434	49	32	37
Gotland	350	45	28	33
Gävleborg	176	49	37	38
Halland	218	46	37	36
Jämtland	680	48	37	40
Jönköping	480	47	35	37
Kalmar	608	51	37	37
Kronoberg	470	45	34	35
Norrbottn	145	50	39	43
Skåne	2 128	49	37	39
Stockholm	1 251	48	34	37
Sörmland	205	48	36	39
Uppsala	278	47	37	38
Värmland	898	49	35	37
Västerbotten	613	49	37	39
Västernorrland	193	46	35	41
Västmanland	692	50	38	41
Västra Götaland	2 954	48	36	38
Örebro	301	50	36	37
Östergötland	1 653	49	35	35
Riket	15 221	48	36	38

Tabell 4 och Tabell 5. Förändring i smärta efter tre och tolv månader.

Tolkning: Det är bra med en låg siffra. VAS går från 0–100, där 100 är värsta tänkbara smärta. VAS smärta bör vara lägre efter tre månader och fortfarande efter ett år jämfört med första besök för ett bra resultat över tid.

Tolkning Tabell 6 och 7: Det är bra med en hög siffra. EQ5D-index går från 0–1, där 1 betyder "full hälsa". EQ5D-index bör vara högre efter tre månader och fortfarande efter ett år jämfört med första besök för ett bra resultat över tid.

Tolkning Figur 18: Ju längre stapel neråt, desto större förbättring efter tre månader. Smärta vid första besök avläses horisontellt medan förändring efter tre månader avläses vertikalt.

Höft. Hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola (2008–2015).

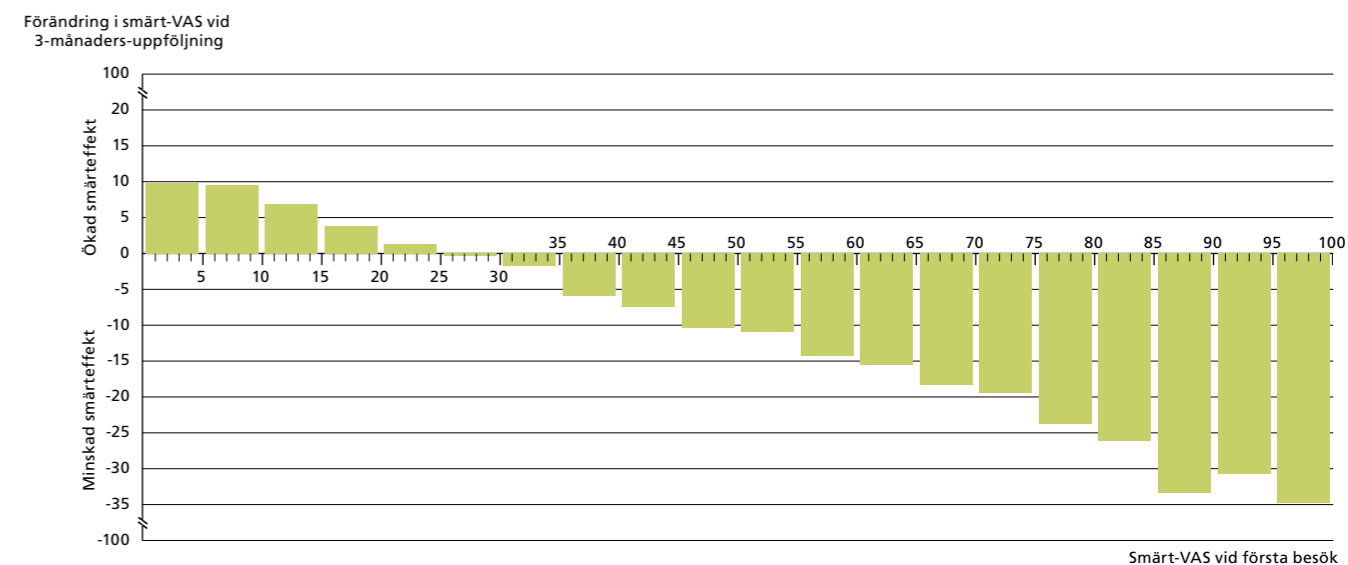
LANDSTING	EQ5D			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	185	0,65	0,74	0,69
Dalarna	199	0,65	0,73	0,67
Gotland	125	0,69	0,78	0,70
Gävleborg	64	0,63	0,68	0,66
Halland	79	0,65	0,72	0,68
Jämtland	372	0,64	0,69	0,64
Jönköping	155	0,66	0,69	0,63
Kalmar	213	0,67	0,73	0,71
Kronoberg	138	0,65	0,71	0,67
Norrbottn	56	0,62	0,64	0,57
Skåne	625	0,64	0,71	0,66
Stockholm	460	0,66	0,72	0,68
Sörmland	89	0,68	0,69	0,67
Uppsala	101	0,64	0,70	0,68
Värmland	427	0,63	0,72	0,68
Västerbotten	230	0,65	0,66	0,64
Västernorrland	78	0,69	0,76	0,67
Västmanland	304	0,63	0,67	0,62
Västra Götaland	1 047	0,65	0,70	0,66
Örebro	113	0,64	0,69	0,68
Östergötland	593	0,66	0,72	0,68
Riket	5 653	0,65	0,71	0,67

Knä. Hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola (2008–2015).

LANDSTING	EQ5D			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	475	0,65	0,73	0,70
Dalarna	423	0,65	0,75	0,70
Gotland	337	0,67	0,77	0,73
Gävleborg	170	0,63	0,72	0,69
Halland	208	0,67	0,71	0,72
Jämtland	651	0,66	0,72	0,68
Jönköping	465	0,68	0,73	0,71
Kalmar	592	0,66	0,72	0,71
Kronoberg	464	0,69	0,75	0,72
Norrbottn	138	0,64	0,69	0,66
Skåne	2 076	0,65	0,71	0,69
Stockholm	1 195	0,68	0,73	0,72
Sörmland	198	0,67	0,72	0,68
Uppsala	266	0,66	0,72	0,71
Värmland	881	0,66	0,74	0,71
Västerbotten	588	0,64	0,72	0,70
Västernorrland	188	0,66	0,73	0,70
Västmanland	668	0,62	0,70	0,67
Västra Götaland	2 874	0,65	0,72	0,70
Örebro	299	0,63	0,71	0,70
Östergötland	1 584	0,65	0,73	0,71
Riket	14 740	0,66	0,73	0,70

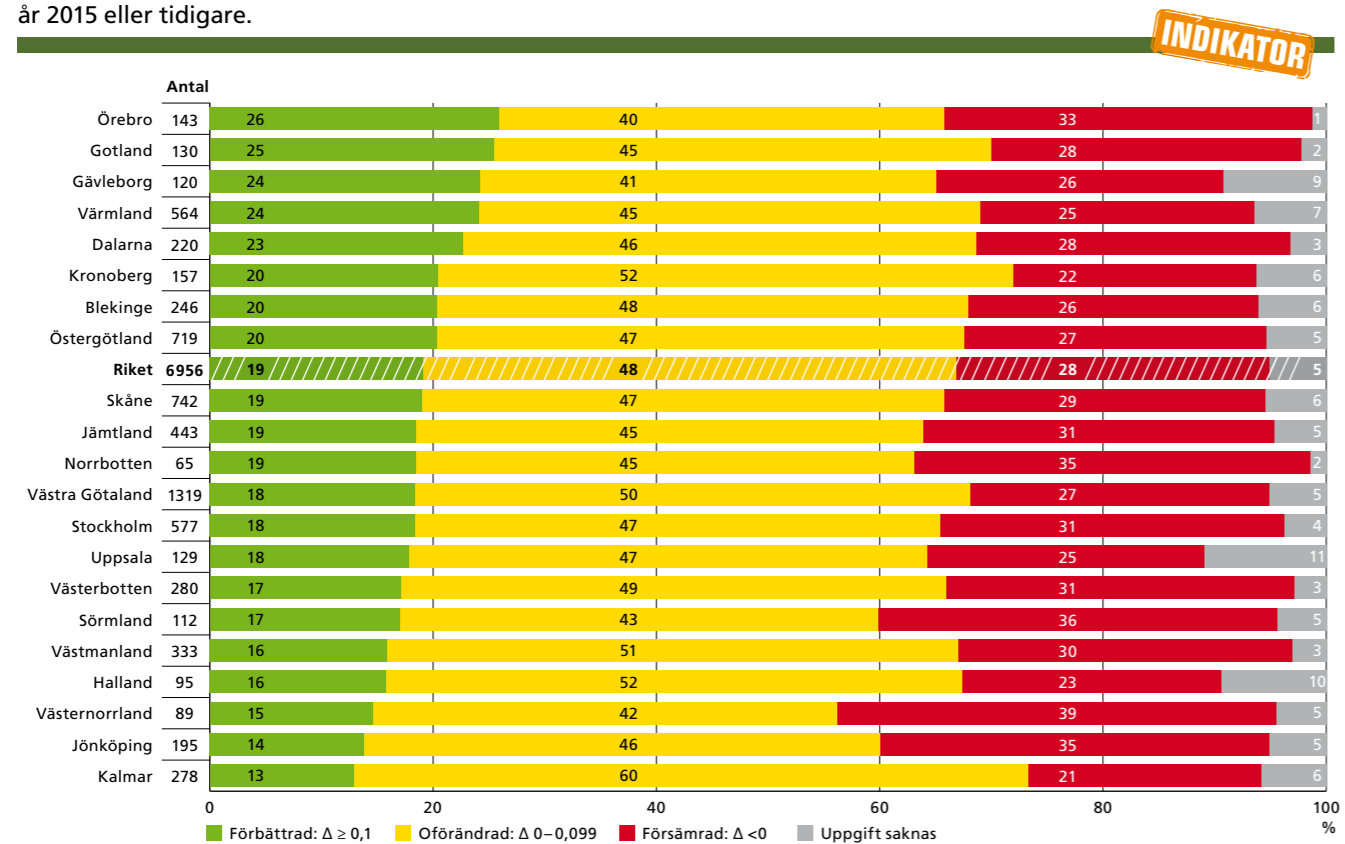
Tabell 6 och Tabell 7. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter tre och tolv månader.

Förändring i smärtintensitet efter tre månader i relation till smärta vid första besök (2008–2015).



Figur 18. Ju mer smärta patienten har vid första besök, desto större förbättring ses efter tre månader.

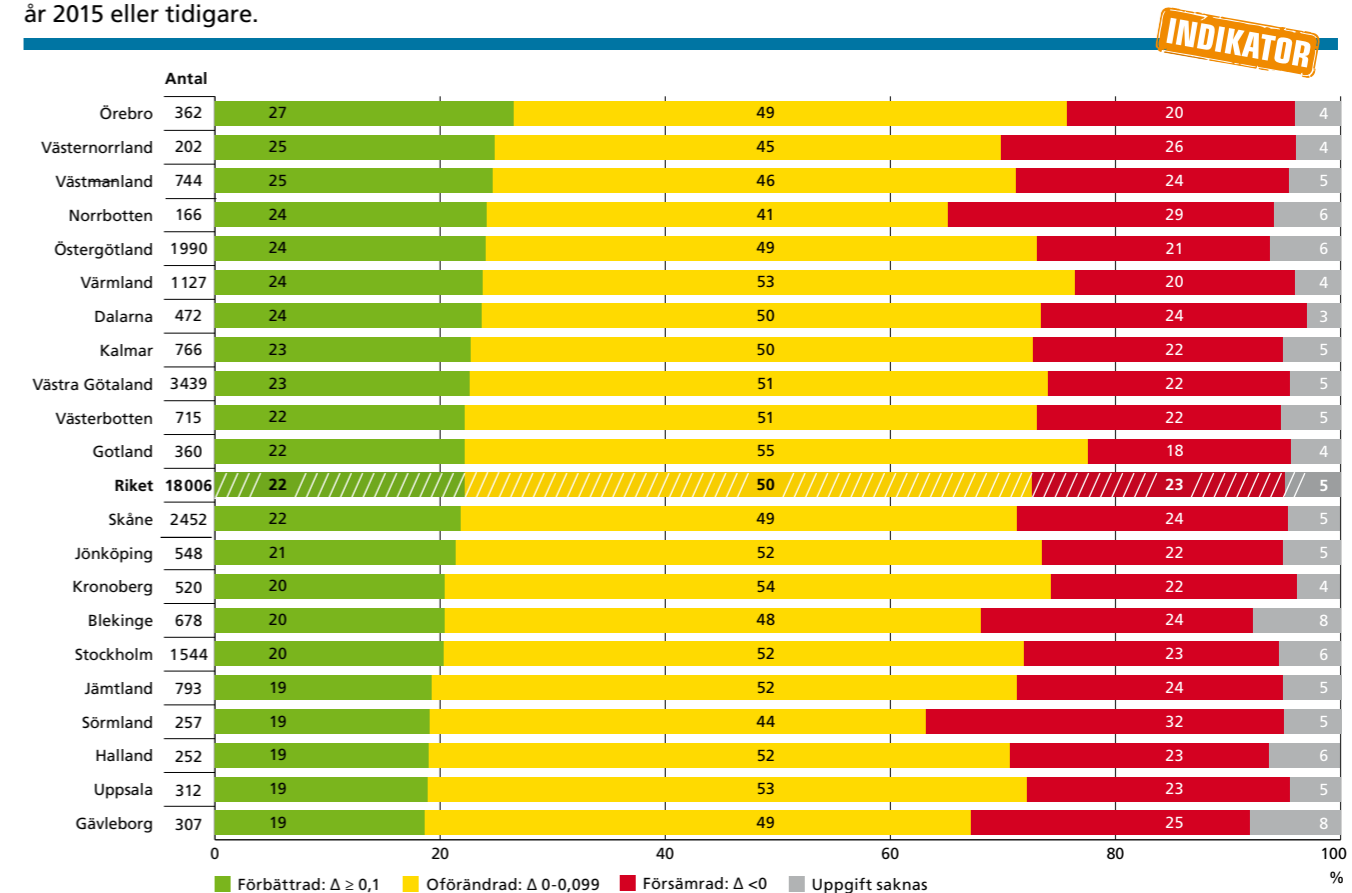
Höft. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2015 eller tidigare.



Figur 19. Andel patienter som förbättrats minst 0,1 i hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter ett år. **Målnivå: 30 %.**

Tolkning: En lång grön stapel är bra. Även den gula stapeln betyder att patienterna förbättrats, dock inte så mycket som 0,1. Den röda stapeln (andelen som försämrats) bör vara kort. Den grå stapeln (bortfall) bör inte synas. Om den gröna stapeln når till 30 % betyder det att målnivån är uppnådd. Målnivån är satt efter de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

Knä. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2015 eller tidigare.



Figur 20. Andel patienter som förbättrats minst 0,1 i hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter ett år. **Målnivå: 30 %.**

Tolkning: En lång grön stapel är bra. Även den gula stapeln betyder att patienterna förbättrats, dock inte så mycket som 0,1. Den röda stapeln (andelen som försämrats) bör vara kort. Den grå stapeln (bortfall) bör inte synas. Om den gröna stapeln når till 30 % betyder det att målnivån är uppnådd. Målnivån är satt efter de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

Höft. Nuvarande hälsotillstånd före och efter artrosskola på landstingsnivå*.

LANDSTING	EQ5D-VAS			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	112	70	72	68
Dalarna	174	66	74	68
Gotland	84	69	77	71
Gävleborg	37	67	72	66
Halland	51	68	73	71
Jämtland	315	65	66	64
Jönköping	116	67	67	65
Kalmar	116	66	71	67
Kronoberg	109	69	71	68
Norrbottn	30	64	73	64
Skåne	318	67	72	68
Stockholm	389	70	73	70
Sörmland	84	69	73	67
Uppsala	86	67	69	64
Värmland	231	66	71	69
Västerbotten	75	66	69	64
Västernorrland	64	69	69	68
Västmanland	289	65	68	63
Västra Götaland	738	67	71	67
Örebro	89	68	72	67
Östergötland	388	67	73	68
Riket	3895	67	71	67

*Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2015.

Knä. Nuvarande hälsotillstånd före och efter artrosskola på landstingsnivå*.

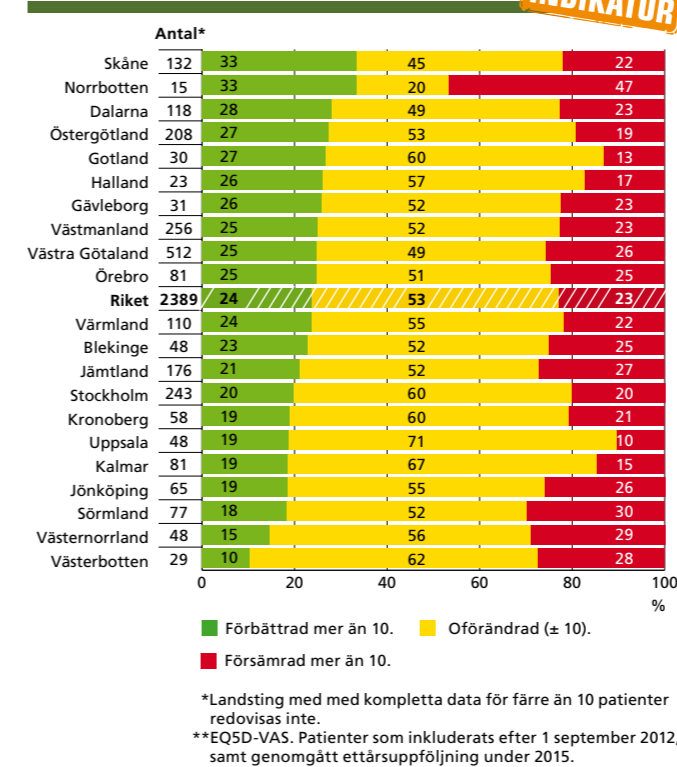
LANDSTING	EQ-VAS			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	276	67	71	69
Dalarna	360	67	74	71
Gotland	227	72	78	76
Gävleborg	118	65	70	67
Halland	137	71	75	73
Jämtland	541	66	71	70
Jönköping	388	69	73	71
Kalmar	315	70	73	73
Kronoberg	329	69	74	71
Norrbottn	95	71	73	70
Skåne	1062	69	74	72
Stockholm	1051	69	74	72
Sörmland	196	68	71	69
Uppsala	213	66	72	70
Värmland	463	69	74	72
Västerbotten	208	67	73	69
Västernorrland	146	68	74	69
Västmanland	635	65	70	67
Västra Götaland	2033	68	72	70
Örebro	245	68	73	69
Östergötland	951	69	74	72
Riket	9989	68	73	71

*Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2015.

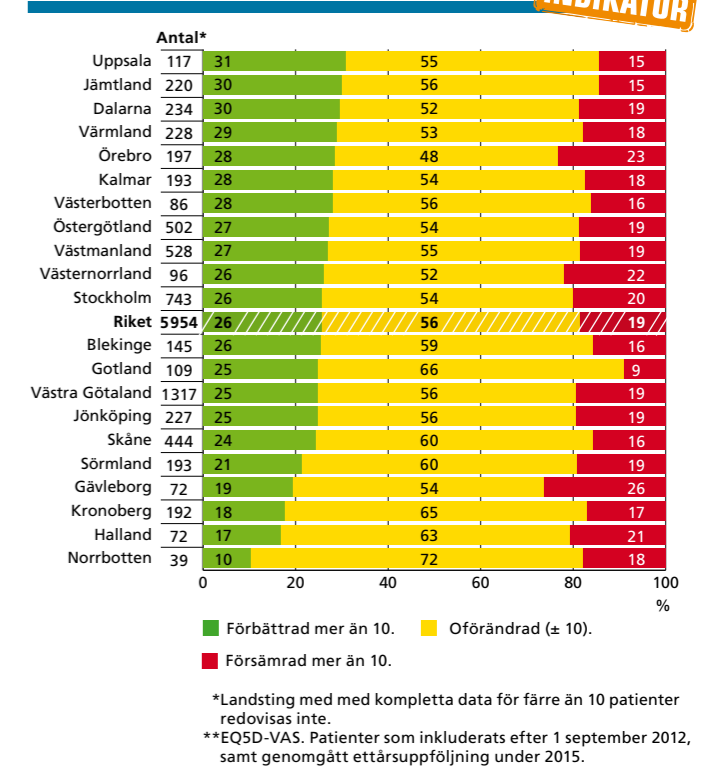
Tabell 8 och Tabell 9. Förändring i nuvarande hälsotillstånd efter tre och tolv månader.

Tolkning: En hög siffra är bra. EQ5D-VAS går från 0–100, där 100 är bäst. EQ5D-VAS bör vara högre efter tre månader och fortfarande efter ett år jämfört med första besök för ett bra resultat över tid.

Höft. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd** efter 12 månader.



Knä. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd** efter 12 månader.



Figur 21 och Figur 22. Andel patienter med förbättrat hälsotillstånd (EQVAS) efter genomgången artrosskola. **Målnivå:** 30 % efter ett år (andel förbättrade ska vara större än andel försämrade).

Tolkning: Det är bra med en lång grön stapel och den gröna stapeln bör vara längre än den röda, för att andelen som förbättrats ska vara större än andelen som försämrats. En grön stapel som når över 30 % betyder att målnivån är uppnådd. Målnivån är satt efter de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

Höft. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley kategori samt andel patienter som anger mest besvär från annan led* vid första besök (2008–2015).

Landsting	Antal**	Ålder	BMI	Kvinnor %	Charnley A %	Charnley B %	Charnley C %	Andel patienter som anger mest besvär från annan led	
								Besvär från höft %	Besvär från hand %
Blekinge	269	67,2	28,0	68	38	6	55	1	0
Dalarna	347	66,3	27,2	69	42	8	50	2	1
Gotland	148	64,7	27,0	69	36	10	54	3	4
Gävleborg	127	65,1	27,5	71	40	6	54	4	2
Halland	99	65,3	26,1	73	36	11	53	2	4
Jämtland	622	66,1	27,7	68	34	7	59	4	1
Jönköping	279	67,1	27,6	68	32	8	61	5	3
Kalmar	270	66,5	27,1	65	40	6	54	3	1
Kronoberg	196	67,2	26,7	66	30	9	62	4	2
Norrbottnen	67	66,5	28,1	67	33	12	55	6	1
Skåne	739	66,1	26,8	68	31	7	62	2	2
Stockholm	942	67,2	26,1	75	38	8	54	2	4
Sörmland	179	67,3	27,5	61	30	6	64	4	3
Uppsala	190	66,4	27,0	75	38	4	58	2	2
Värmland	586	67,1	27,1	62	40	4	55	3	1
Västerbotten	175	65,1	26,8	69	34	5	61	3	1
Västernorrland	102	65,2	27,5	61	36	3	61	3	3
Västmanland	537	67,4	27,4	72	32	7	62	3	1
Västra Götaland	1792	67,0	27,0	69	34	7	59	3	2
Örebro	208	66,8	27,4	66	35	12	53	1	1
Östergötland	839	66,4	26,8	60	33	8	59	4	2
Riket	8713	66,7	27,0	68	35	7	58	3	2

*Tabellen avser patienter där fysioterapeuten bedömt höftleden som mest besvärande.

**Antal patienter med uppgifter på samtliga variabler i tabellen.

Tabell 10. Deskriptiva data för patienter som varit på första besök.

Tolkning: Antal visar antalet patienter med kompletta uppgifter för samtliga variabler.

Charnley A betyder unilaterala besvär, B betyder bilaterala besvär, C betyder besvär från både höft och knä, alternativt gångsvårigheter av annan anledning än höft- eller knäbesvär.

”Besvär från annan led” visar andel patienter som angivit en annan led som mest besvärande än vad fysioterapeuten bedömt.

Knä. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley kategori samt andel patienter som anger mest besvär från annan led* vid första besök (2008–2015).

Landsting	Antal**	Ålder	BMI	Kvinnor %	Charnley A %	Charnley B %	Charnley C %	Andel patienter som anger mest besvär från annan led	
								Besvär från höft %	Besvär från hand %
Blekinge	578	65,8	28,5	66	42	15	43	1	1
Dalarna	592	65,6	29,0	71	39	19	42	1	2
Gotland	349	63,2	28,5	66	40	17	44	0	3
Gävleborg	282	65,2	29,7	70	42	18	40	1	1
Halland	262	65,6	27,9	71	42	25	33	2	4
Jämtland	997	65,4	28,6	70	36	15	49	2	1
Jönköping	708	65,5	28,7	72	40	16	44	2	1
Kalmar	697	64,9	28,4	67	45	18	37	2	1
Kronoberg	556	65,3	28,4	73	31	24	45	1	4
Norrbottnen	156	64,8	29,0	77	33	22	44	1	1
Skåne	2038	65,3	28,4	72	37	21	42	1	2
Stockholm	2186	66,6	27,9	75	34	21	45	1	3
Sörmland	367	67,4	28,4	69	37	19	45	1	5
Uppsala	380	65,2	28,8	76	35	17	48	2	2
Värmland	1010	64,8	28,6	62	45	18	38	1	0
Västerbotten	384	64,8	28,4	67	38	13	49	2	1
Västernorrland	225	65,3	28,8	68	37	22	40	1	3
Västmanland	1063	65,8	28,9	69	32	16	52	1	1
Västra Götaland	3918	65,6	28,4	70	36	22	42	1	2
Örebro	503	64,1	28,9	67	41	19	40	1	1
Östergötland	2042	65,2	28,7	62	39	19	41	1	1
Riket	19293	65,5	28,5	69	37	20	43	1	2

*Tabellen avser patienter där fysioterapeuten bedömt knäleden som mest besvärande.

**Antal patienter med uppgifter på samtliga variabler i tabellen.

Tabell 11. Deskriptiva data för patienter som varit på första besök.

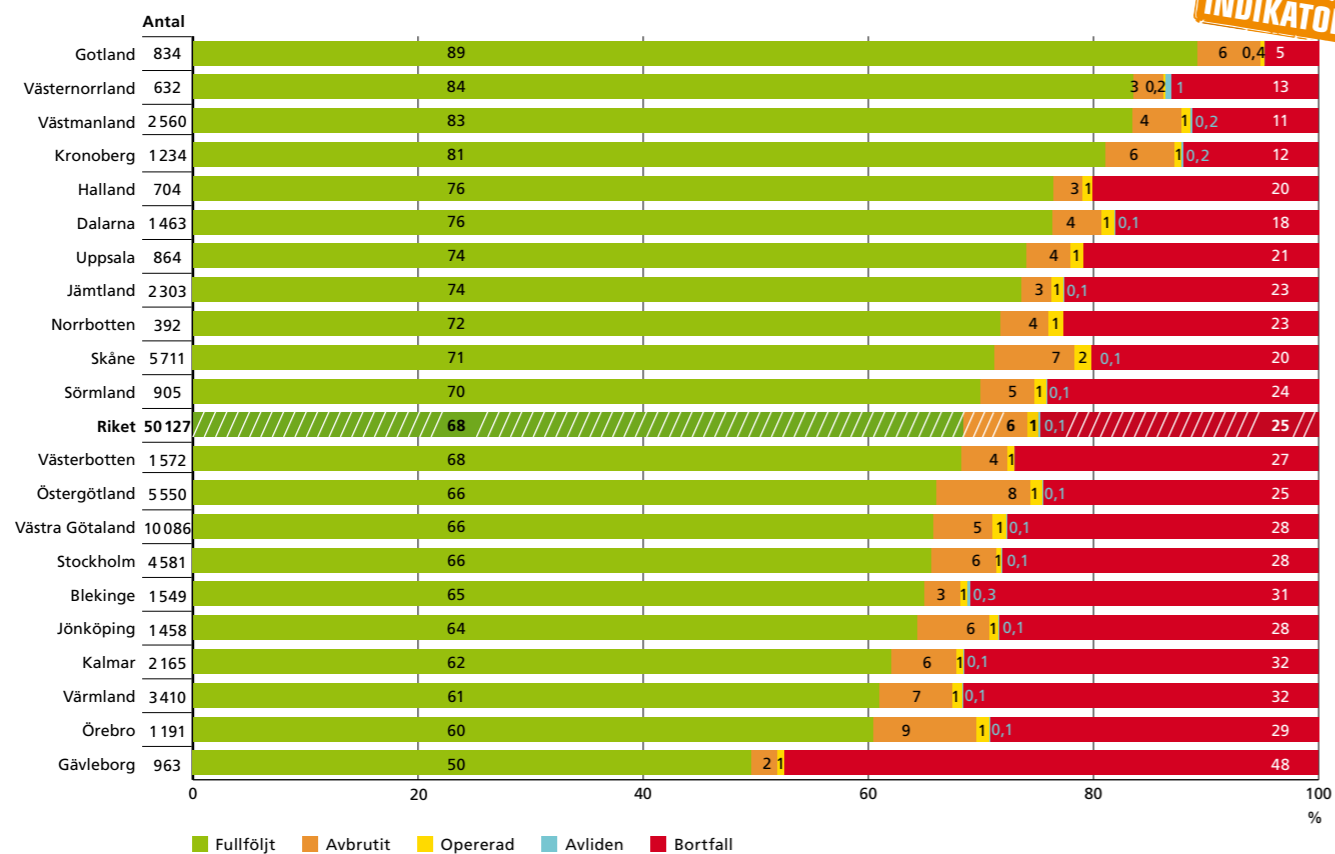
Tolkning: Antal visar antalet patienter med kompletta uppgifter för samtliga variabler.

Charnley A betyder unilaterala besvär, B betyder bilaterala besvär, C betyder besvär från både höft och knä, alternativt gångsvårigheter av annan anledning än höft- eller knäbesvär.

”Besvär från annan led” visar andel patienter som angivit en annan led som mest besvärande än vad fysioterapeuten bedömt.

Andel bortfall samt patienter som fullföljt* eller avbrutit artrosskolan vid tre månader, 2008–augusti 2015**.

INDIKATOR



*Fullföljt: Patientformulär besvarat vid första besök och 3 månader. Vid 3 månader avser avbruten, opererad eller avliden en notering inom sex månader från första besök.
 **Urvalet av patienter med första besök mellan 2008 och 31 augusti 2015 gjordes för att samtliga patienter ska haft en möjlighet att ha gjort en 3-månadersuppföljning under 2015.

Figur 23. Andel patienter som fullföljt artrosskola (tre månadersuppföljning) av alla som registrerats för ett första besök. Målnivå: 80 %.

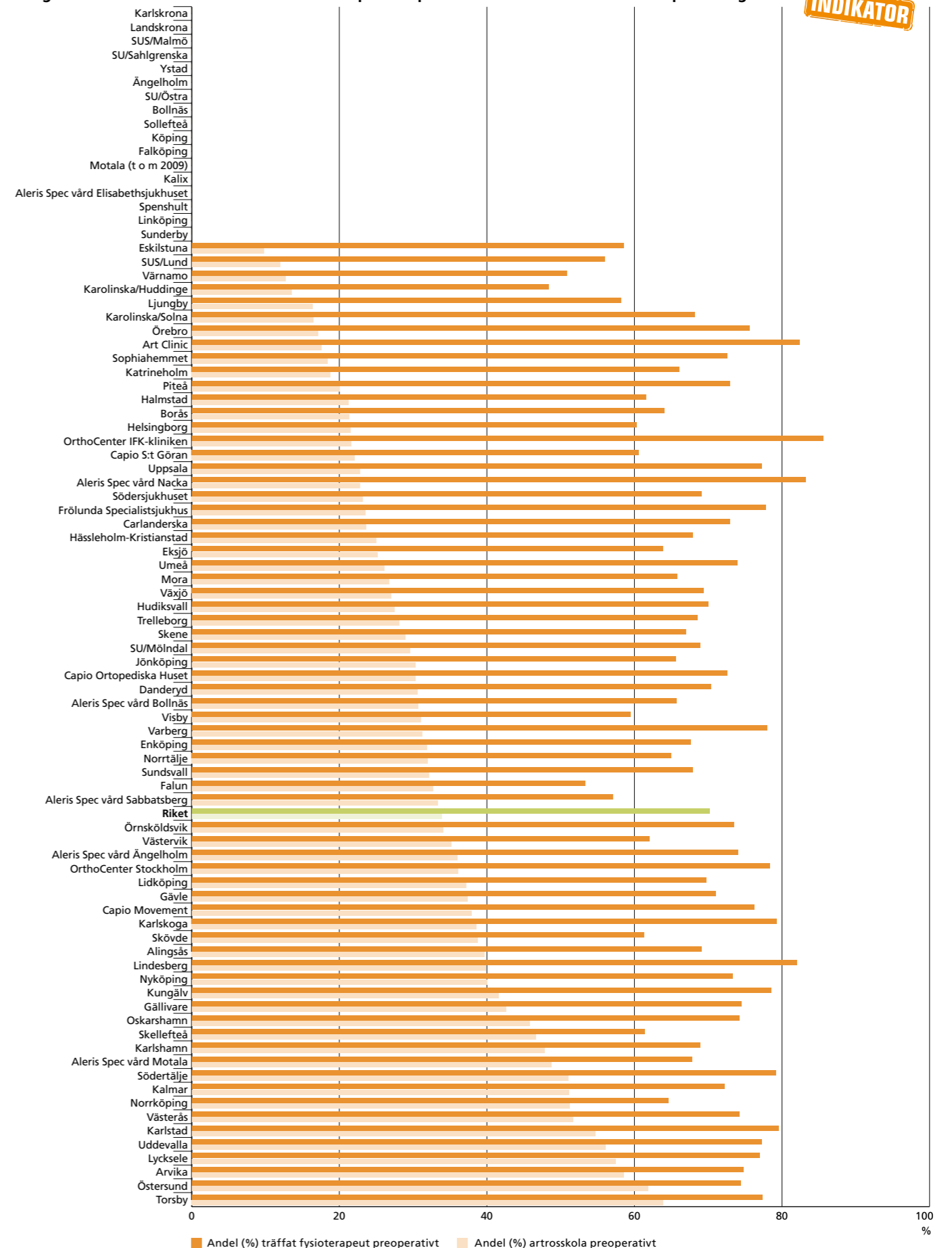
Tolkning: Det är bra med en kort röd stapel. En kort röd stapel indikerar att patienter har följts upp och rapporterats till registret efter tre månader.

Figur 24. Andel patienter som har gått artrosskola av alla som opererats med höft- eller knäprotes. Målnivå: 60 – 80 %.

Tolkning: Det är bra med långa staplar. Den undre stapeln bör vara lika lång som den övre om patienterna anger att de har gått artrosskola preoperativt. Om den undre stapeln når 60 % betyder det att målnivån är uppnådd.

Andel av patienter som fått en höftprotes under 2015 som angett att de har träffat en fysioterapeut respektive gått artrosskola för sina besvär före höftprotesoperation. Data från Svenska Höftprotesregistret.

INDIKATOR



Bakgrund och metodbeskrivning

Deskriptiva data för patienter som inte registrerats som avbruten eller opererad och inte följts upp efter tre månader (gäller patienter med första besök från september 2012 – augusti 2015*).

	Bortfall	Uppföljda 3 månader
Antal	7 858	23 726
Ålder	65,2	66,1
BMI	28,3	28,0
Smärt-VAS	51,9	49,8
EQ5D-VAS	64,6	66,4
Andel (%) kvinnor	67	70
Andel (%) med mest besvär från höft	31	30
Andel (%) med mest besvär från knä	67	68
Andel (%) med mest besvär från hand	2	2
Andel (%) Charnley A	36	37
Andel (%) Charnley B	15	16
Andel (%) Charnley C	49	47
Andel (%) tillräckligt fysiskt aktiva**	65	69
EQ5D-index	0,60	0,63

*Urvalet av patienter med första besök mellan september 2012 och 31 augusti 2015 gjordes för att samtliga patienter ska haft en möjlighet att ha gjort en 3-månadersuppföljning under 2015.

**Fysiskt aktiva mer än 150 minuter per vecka.

Tabell 12. De som inte följs upp i registret tenderar att vara något yngre, något fler män, lite mer överviktiga, något mindre fysiskt aktiva, ha något mer smärta och skatta sin hälsa lite sämre.

För att se hur bortfallet förändrats över tid hänvisas till den utökade webbversionen av årsrapporten.

BOA-registret är ett interventionsregister och bygger framför allt på patientrapporterad data. Interventionen, som kallas artrosskola, är en evidensbaserad utbildning och individuellt anpassad träning för patienter för patienter med artros i höft, knä eller hand. Artrosskolan leds av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvård och följer Socialstyrelsens riktlinjer för diagnos och behandling av artros.

Patienter

Denna årsrapport omfattar patienter med artros i höft och/eller knä. Diagnos artros ställs genom anamnes och undersökning, samt genom att utesluta andra tänkbara orsaker till besvären, enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Patienterna har gått artrosskola i primärvård, i både privat och offentlig regi.

Avgränsningar

Patienter med artros i händer eller andra leder kan delta i artrosskola, men inkluderas enbart i redovisningen om de samtidigt har besvär från höft eller knä. Från och med 2016 kommer patienter med mest besvär från sina händer också att registreras i BOA-registret.

Patienter med andra orsaker till ledsmärta (exempelvis trauma, fraktur eller inflammatorisk ledsjukdom), malignitet, eller andra sjukdomar som är mer symtomgivande ingår inte i registret. Patienter som inte kan tillgodogöra sig svenska och därför får artrosskola individuellt eller med tolk ingår inte i denna årsrapport. Från och med 2016 kan vårdgivaren registrera om man använt sig av tolk, vilket innebär att även patienter med andra språk än svenska som modersmål kan registreras.

Variabler och datainsamling

Patientrapporterade variabler

Patienter besvarar ett pappersformulär i samband med ett individuellt besök hos fysioterapeut inför artrosskola, samt efter avslutad artrosskola. Frågorna inkluderar bland annat smärtintensitet, smärtfrekvens, fysisk aktivitetsnivå, rädsla att leden tar skada av fysisk aktivitet, viljan att bli opererad, hälsorelaterad livskvalitet samt tilltro till den egna förmågan (för full variabellista hänvisas till www.boaregistret.se). Fysioterapeut registrerar patientens svar på registrets hemsida efter inloggning med tvåfaktorautentisering. Efter ett år skickas frågeformuläret per post till patienten. Ettårsformulären scannas in och resultatet, i form av en textfil, importeras till registret via en extern applikation. Svartfrekvensen vid ettårsuppföljningen 2015 var efter en påminnelse 86 %.

Fysioterapeutens variabler

Vid det första individuella besöket, inför artrosskolan, besvarar fysioterapeuten ett antal frågor om vilka undersökningar och behandlingar patienten har fått för aktuella besvär tidigare. Efter avslutad artrosskola besvarar fysioterapeuten ett uppföljningsformulär, med frågor om patienten har fått några behandlingar förutom artrosskola sedan första besöket, samt vilka delar av artrosskolan patienten deltagit i. Svaren registreras på registrets hemsida efter inloggning med tvåfaktorautentisering.

Beräkningar för figurer och tabeller

Resultaten i denna årsrapport baseras på ett dataset som hämtats ur databasen den 4 januari 2016. Statistiken är deskriptiv och somliga medelvärden presenteras utan spridningsmått med tanke på de små materialen. Resultaten bör därför ses som preliminära och tolkas med försiktighet.

För att möjliggöra jämförelse mellan patienter med höft- och knäartros redovisas resultat i de flesta fall separat för de båda grupperna. Indelningen är gjord efter fysioterapeutens bedömning av vilken led som är mest symtomgivande. Hänsyn har i detta fall inte tagits till att patienter kan ha besvär från mer än en led. Dock kan man anta att andelen med besvär från både höft och knä fördelar sig förhållandevis jämnt i båda grupperna.

Alla resultat är parade data, det vill säga enbart patienter med kompletta data från samtliga tillfällen ingår i analysen. Landsting som eventuellt har färre än 10 patienter med kompletta data för analyserad subgrupp redovisas inte separat men bidrar till rikets medelvärde.

Med "Riket" avses alla patienter i BOA-registret.

Vi har fått uppgifter om vårdsökande på grund av höft- och knäartros från fem vårddatabaser: Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland och Jämtland/Härjedalen. Befolkningen i dessa fem regioner motsvarar 56 % av landets befolkning över 45 år (SCBs befolkningsstatistik för november 2015). Femtiotvå procent av patienterna i BOA-registret inkluderades i någon av dessa fem regioner.

Baserat på uppgifter om vårdsökande för diagnos M16 och M17 i dessa fem regioner har vi gjort skattningar om vårdsökande i övriga regioner/landsting.

Alla resultat på landstings- och enhetsnivå presenteras på BOA-registrets hemsida: www.boaregistret.se.

Artrosskolan

Patienter med besvär från höft, knä eller hand som bedömts individuellt av fysioterapeut eller arbetsterapeut, erbjuds artrosskola. I en artrosskola deltar vanligen 7–10 patienter per grupp. Deltagarna får kunskap om artros, hanteringsstrategier, egenvård och nyttan av att vara fysiskt aktiv under två till tre teoritillfällen som leds av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.

Lektionerna bygger på interaktivitet; att deltagarna bidrar aktivt till innehållet med sina erfarenheter. För att understryka betydelsen av egenvård och fysisk aktivitet vid artros medverkar en så kallad artrosinformatör i många artrosskolor. Artrosinformatören har själv artros och har

upplevt nyttan av att vara fysiskt aktiv för att kunna leva ett gott liv med artros. Informatörerna är utbildade av Reumatikerförbundet för att kunna leda ett samtal om erfarenheter av artros och egenvård. Artrosskolorna genomförs således i samverkan mellan patientförening och primärvård.

Den individuellt anpassade träningen är valfri för deltagarna i artrosskolan. Många väljer att få ett anpassat och individuellt utprovat träningsprogram som de tränar där och när det passar dem bäst. Andra väljer att genomföra sitt träningsprogram på primärvårdsmottagningen, tillsammans med andra som har sitt egna program, för att få handledning och vidare tips och anpassning under sex veckor. Somliga tackar nej till träningsgenomgång. Oavsett om patienterna väljer att träna eller inte kallas alla tillbaka för ett uppföljningsbesök tre månader efter den första bedömningen. Denna uppföljning kan genomföras 3–6 månader efter det första besöket. Uppföljning efter ett år sker per post.

Deltagande och rapportering

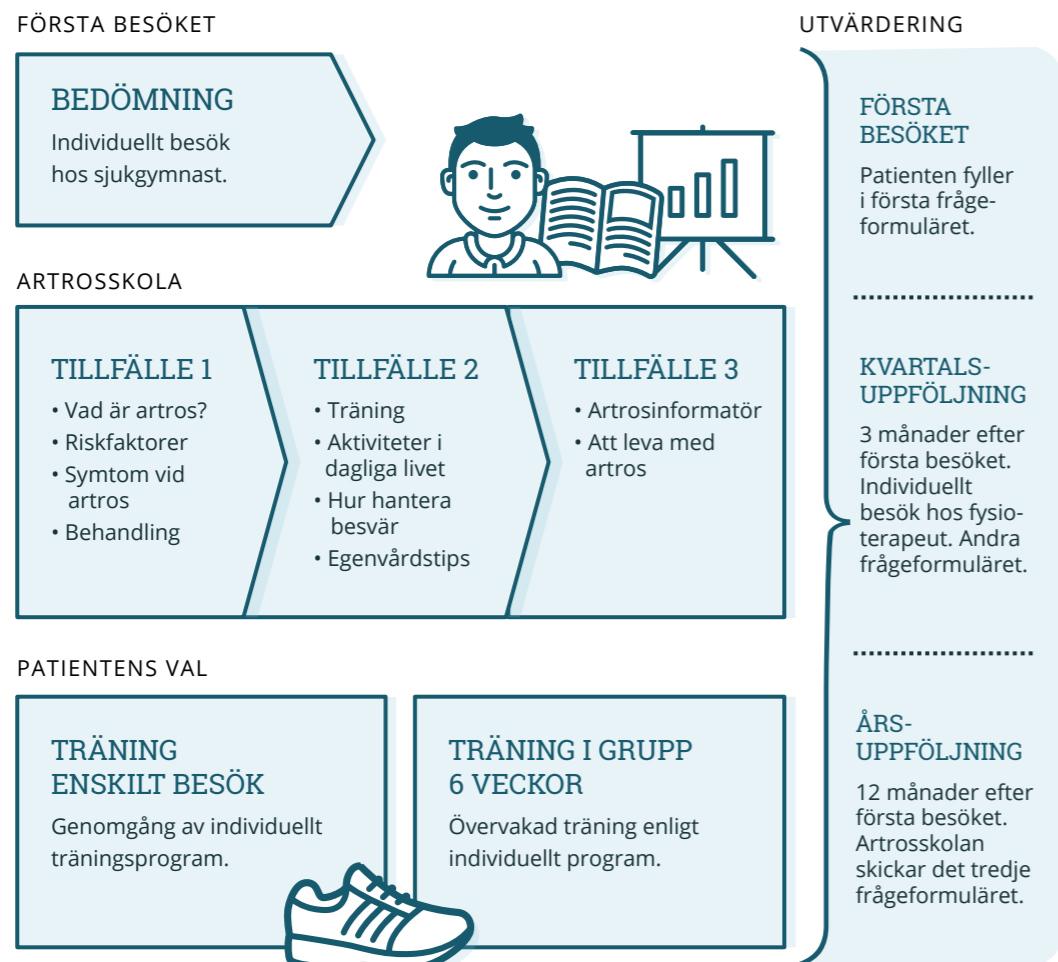
BOA-registret registrerar patienter som har genomgått artrosskola. För en bra täckningsgrad krävs att alla enheter som bedriver artrosskola rapporterar alla patienter som har gått artrosskola till registret. Det finns dock inget system för att kontrollera var artrosskolor bedrivs och det är svårt att uppskatta hur många artrosskolor som drivs utan att registrera resultat.

BOA-registrets årsrapport 2015 omfattar resultaten till och med verksamhetsåret 2015 för cirka 56 000 patienter med artros i höft eller knä. Antalet som inkluderades enbart under 2015 var 16 000. Under 2015 rapporterade 354 enheter uppgifter till registret, vilket motsvarar 93 % av de enheter som enligt uppgift bedriver artrosskola.

Forskning på data ur BOA-registret

Rutiner för datautlämning finns på BOA-registrets hemsida, www.boaregistret.se. Här redovisas också alla projekt som använder data ur BOA-registret för forskning med en populärvetenskaplig sammanfattning.

Besök hos fysioterapeut i primärvård registreras inte regelmässigt i PAR eller i vårddatabaser. Därför är det inte möjligt att jämföra BOAs siffror med officiell statistik. 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.



BOA-registret är ett Nationellt Kvalitetsregister för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. Data består huvudsakligen av patientrapporterade resultat efter en evidensbaserad patientutbildning (artrosskola) som ges av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvård. Artrosskolan följer Socialstyrelsens riktlinjer för diagnos och behandling av artros.

www.boaregistret.se

BOA