

BOA-registret

Årsrapport 2016

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros



Välkommen att ta del av BOA-registrets årsrapport

Data från BOA-registret påvisar variationer i omhändertagande av patienter med artros i höft, knä eller hand. Registret syftar främst till att mäta patientrapporterat utfall efter en strukturerad grundbehandling av artros, som erbjuds av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvården.

Den tryckta versionen av årsrapporten för BOA-registret 2016 lyfter fram några goda exempel från enheter som arbetat framgångsrikt med förbättringsarbete utifrån registerdata, några utvalda intressanta fynd i statistiken och redovisar resultat i de olika regionerna och landstingen för ett antal utvalda indikatorer. Vi hoppas att det blir inspirerande läsning och att det ska bidra till ökad nyfikenhet. Den som är intresserad av att läsa mer kan gå in på www.boaregister.se. I skrivande stund (mars 2017) har vi äntligen lanserat vår nya utdataportal där vi redovisar ytterligare resultat i realtid på enhetsnivå. På hemsidan kan man även se resultat över tid.

Årsrapporten vänder sig i första hand till vårdpersonal som möter patienter med artros, men även till andra intresserade. Intentionen är att motivera och inspirera till förbättringsarbete med hjälp av registerdata. Förhoppningsvis kan detta leda till ett ännu bättre omhändertagande av de uppskattningsvis en miljon människor i Sverige som lever med artros.

REDAKTION

Rapportförfattare: Kristin Wetterling, projektledare BOA-registret, kristin.wetterling@registercentrum.se, Jasmin Müller, projektledare och vikarierande registerhållare BOA-registret, jasmin.muller@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: Charlotta Sjöstedt, Sofie Kristoffersson Renée Carlberg, Patrik Andersson, Frida Olsson, Cecilia Bernerheim Boustedt, Erika Ström, Rehab Närhälsan Trollhättan, Aleksander Nakic, Paul Björckmann

Layout: Gullers Grupp Göteborg i samarbete med Natvik Information **Tryck:** Litorapid

ISSN: 2001-1067 **ISBN:** 978-91-979909-5-0 **Tryckår:** 2017



Innehåll

Primärvården hanterar personer med artros mer effektivt	4
Glada patienter ökar motivationen	5
Välkomna, arbetsterapeuter!	8
Två frågor om BOA-registret	10
BOA-registret utvecklas och stärks	12
Registerdata 2016	15
Registerdata och indikatorer	16
Bakgrund och metodbeskrivning	
Patienter	41
Variabler och datainsamling	41
Beräkningar för figurer och tabeller	41
Deltagande och rapportering	43
Forskning	43

Nyheter ur statistiken

Primärvården hanterar personer med artros mer effektivt

Text Catharina Bergsten Foto: Charlotta Sjöstedt

Färre personer röntgas före artrosskolan vilket betyder att patienterna får behandling snabbare. Det är en av nyheterna i BOA-registrets statistik för 2016. En faktor som visar att primärvården hanterar artrospatienterna bättre är att andelen artrospatienter som röntgas innan de kommer till artrosskolan har sjunkit rejält. I de mest framgångsrika landstingen är andelen nere i 60 procent, efter att ha legat på runt 80 procent i riksgenomsnitt under många år. De landsting som har de lägsta siffrorna är i dag Östergötland, Halland, Värmland och Dalarna.

–Det indikerar att primärvården följer de nationella riktlinjerna i större utsträckning och tar mer hänsyn till kliniska fynd och anamnes, istället för att skicka patienten till röntgen. För patientens del innebär det att väntetiden från symtom till behandling kortas avsevärt, förklarar Kristin Wetterling, projektledare på BOA-registret.

En annan nyhet är att fler patienter träffar en fysioterapeut eller arbetsterapeut direkt, utan besök hos läkare. Även detta visar att vården hanterar patienterna mer effektivt. Örebro och Värmland ligger i topp.

–I dag kan patienten få utredning och diagnos hos fysioterapeut eller arbetsterapeut och det verkar fler människor vara medvetna om. Det gäller både sjuksköterskor på vårdcentralerna som tar emot samtal och som ska slussa patienten rätt, och personer som misstänker att de har artros och som själva söker information på exempelvis internet. Men det finns fortfarande landsting som har väldigt få patienter som går direkt till fysioterapeut, säger Jasmin Müller, vikarierande registerhållare.

Smärta mer sällan

Statistik för flera år i rad visar en positiv förändring avseende smärthantering. Patienterna har i genomsnitt skattat smärtan som lika hög som tidigare, men de skattar att de inte har ont lika ofta. Det tyder på att de hanterar smärtan bättre. Skattningen kvarstår efter ett år och är ungefär likadan för kvinnor som för män.

–Resultatet visar hur viktigt det är patienten förstår varför hon eller han har ont och att det inte är farligt att belasta kroppen. Har man den kunskapen vågar man också röra på sig och mår därmed bättre både fysiskt och psykiskt, säger Kristin Wetterling.

En fjärde slutsats ur 2016 års statistik är att kvinnor under 65 år skattar sin livskvalitet som lägre än alla andra grupper, när de kommer till artrosskolan. Men de har också den bästa utvecklingskurvan jämfört med andra. Den håller dessutom i sig på ett års sikt.

–I och med att de upplever sin hälso-relaterade livskvalitet som låg initialt har de också en stor förbättringspotential. Man kan också anta att många kvinnor under 65 år som kommer till artrosskolan yrkesarbetar och är väl motiverade att träna och göra allt de kan för att må bättre, säger Jasmin Müller.

Kristin Wetterling och Jasmin Müller tycker att det finns mycket som rehabmottagningarna kan göra ännu bättre för att bidra till en god vård för personer med artros. Att registrera i BOA-registret och använda utdataportalen som lanserades våren 2017 är förstas A och O. Men att bidra till en bättre kommunikation med vårdcentralerna är också en viktig pusselbit;

–Ta gärna kontakt med vårdcentralerna och inled en dialog om hur vi kan



Kristin Wetterling och Jasmin Müller

använda våra skilda kompetenser på bästa sätt. Det är viktigt att vi har förtroende för varandra så att rätt person kan göra rätt saker, säger Kristin Wetterling.

Möjligheten att sjukskriva i förebyggande syfte tycker hon att fler läkare och fysioterapeuter borde använda, eftersom det betyder att patienten kan gå på rehab under arbetstid;

–De få timmar det handlar om kan innebära en enorm skillnad för patienten.

TIPS TILL REHAB-MOTTAGNINGARNA

- Följ Socialstyrelsens nationella riktlinjer.
- Sjukskriv i förebyggande syfte så att patienten kan gå i artrosskola på arbetstid.
- Utveckla dialogen med vårdcentralerna, se över rutiner och använd resurserna på bästa sätt.
- Rapportera i BOA-registret.
- Använd Utdataportalen på www.boaregistret.se
Portalen gör det mycket lättare än tidigare att ta ut data på enhetsnivå och jämföra sig med enheter i samma landsting eller enheter som liknar ens egen.

Glada patienter ökar motivationen

Text: Catharina Bergsten

Foto: Rehabmottagning
Närhälsan Trollhättan

I Trollhättan har det systematiska förbättringsarbetet lett till väl förberedda patienter och en patientnöjdhet på 99 procent. Men det ger också personalen lust och energi att fortsätta utveckla artrosskolan.

Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning var en av tio enheter i Sveriges Kommuner och Landstings treåriga pilotprojekt som påbörjades 2008 och som syftade till att starta artrosskolor enligt BOA-konceptet. Åsa Ölund och Johnny Andersson, leg. sjukgymnaster, var med redan första året. I gruppen som arbetar med artrosskolor på enheten ingår i dag ytterligare tre leg. sjukgymnaster (varav en är inriktad på kostfrågor), två arbetsterapeuter och en medicinsk sekreterare.

–Vi fick tidigt ett bra flöde av patienter med sex-sju deltagare per grupp. Sedan har antalet patienter i grupperna vuxit till tolv och vi tar nu in en ny grupp varannan vecka förutom under sommaren, berättar Johnny Andersson.

År 2016 fick cirka 270 patienter utbildning och träning i artrosskolan på Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning. Alla gör utvärderingar efter avslutad utbildning och varenda år sedan starten har patientnöjdheten ökat. Nu är den uppe i 99 procent.

–Patientnöjdheten ökar vår motivation att göra ett ännu bättre jobb. Det känns så roligt att se hur någon vänder från att ha haft en skeptisk inställning till att glatt berätta hur mycket bättre hon mår efter träningen! säger Åsa Ölund.

En viktig förklaring till den fina statistiken är att Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning har genomfört flera förbättringsarbeten, dels på egen hand och dels tillsammans med BOA.



Fler träningstider underlättar för patienter att delta. Annelie Hallqvist och Torgny Anderberg tränar under ledning av Johnny Andersson.

–De förbättringsarbeten vi själva har gjort har bland annat handlat om kvalitetssäkring. Vi har tittat på rutiner och strukturer så att artrosskolan ska vara likartad vem som än håller i den. Vår medicinska sekreterare är mycket viktig när det gäller att upprätthålla våra rutiner. Hon håller koll på hur många som står i kö och ser om vi till exempel behöver starta en ny grupp. Hon matar in formulär, bokar och kallar patienter och skriver in status i statusmallen som förs in i journalen, förklarar Åsa Ölund.



Torgny Anderberg får träningsråd av Åsa Ölund, leg sjukgymnast.

"Jättebra! Var faktiskt lite skeptisk innan." /patient

Rätt förväntningar

Underlaget för förbättringsarbetena är regelbundna träffar och diskussioner i personalgruppen, men också utvärderingar genom patientenkäter som enheten har tagit fram, med kryssfrågor och möjlighet för patienten att skriva egna synpunkter.



Förbättringsarbeten har blivit en del av vardagen för arbetsgruppen som jobbar med artrosskolan. Från vänster syns leg sjukgymnasterna Johnny Andersson, Ann-Sofi Nilsson (inriktad på kostfrågor), Åsa Ölund, Elina Bohlin och Jonas Byström.

”Rädslan för att röra mig är mycket mindre. I början av promenaden gör det ont, men det är bara att komma över tröskeln. Jag vet att smärtan minskar när jag gått en stund.”
/patient

–Ett viktigt arbete handlade om att förbättra patientens beredskap inför artrosskolan, så att hon eller han har rätt förväntningar. Tidigare var en del patienter frustrerade och undrade vad de gjorde här – ”Jag vill ju träffa en ortoped!” Men nu är de välinformerade när de kommer och vet vad som ska hända och hur artrosskolan är upplagd, säger Jonas Byström.

I början använde enheten BOAs broschyr om artrosskolan, men 2014 tog man fram en egen broschyr som berättar hur saker och ting fungerar på just Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning. Den delas ut på vårdcentraler, men skickas också ut tillsammans med kallelsen.

–Det är stor skillnad i dag jämfört med i början när det gäller patienternas kunskap och beredskap inför artrosskolan. Det är förstås bra för patienten, men det underlättar också väldigt mycket för oss i personalen, säger Jonas Byström.

Ett annat förbättringsarbete som enheten har gjort gäller tillgängligheten. I dag har enheten tider för träning och teoritillfällen som även passar människor som yrkesarbetar. Den senaste tiden som erbjuds för träning är klockan 16.30–17.30, vilket hittills har fungerat bra.

–Vi har också utökat antalet tränings-tider. Det innebär att många patienter tränar tillsammans och får en social gemenskap. De byter erfarenheter och sporrar varandra, det blir helt enkelt roligare att träna, säger Johnny Andersson.

Tidigare tränade patienten sex veckor på enheten och därefter på egen hand. Nu har patienten möjlighet att träna på enheten ända fram till tremånadersuppföljningen.

–Att vi erbjuder kontinuerlig tränings-tid har inneburit en förbättring av patienternas resultat. De hinner få rutin och en positiv kroppsupplevelse av att träningen är bra för dem. De påbörjar sin beteendeförändringsresa hos oss, förklarar Åsa Ölund och Johnny Andersson.

Enheten har även gjort förändringar i undersökningsgången av patienterna;

–Vi har tagit fram gemensamma journalmallar innehållande funktionella tester rekommenderade av OARSI, Osteoarthritis Research Society International. Det har medfört ett bra flyt vid undersökningen för oss sjukgymnaster och en ökad och jämnare kvalitet. Patienter får samma bemötande oavsett vilken sjukgymnast han eller hon träffar, säger Åsa Ölund.

Tre förbättringsarbeten har enheten gjort tillsammans med BOA. Det första syftade till att öka följsamheten till fysisk aktivitet efter artrosskolan, bland

GRUPPENS LÄRDOMAR FRÅN FÖRBÄTTRINGSARBETENA:

- Patientperspektiv. ”Vi utgår från patientens resurser och behov och strävar mot de funktionella mål som patienten har.”
- Individperspektiv. ”Trots att det är en gruppintervention så anpassar vi konceptet efter individen. Alla patienter kan inte vara i en grupp av olika anledningar. Vi behöver ibland kunna erbjuda en mer individualiserad artrosskola, till exempel på grund av behov av tolk.”
- Förståelse för varandra. ”Vi har fått en ökad förståelse för sjukgymnasters och arbetsterapeuters olika kompetenser inom exempelvis ortopedisk medicin och smärthantering.”
- Välinformerade och förberedda patienter. ”Patienterna behöver ha kunskap om vad artrosskolan är och dess innehåll innan de börjar.”

Totalt finns tolv leg. sjukgymnaster, fem arbetsterapeuter, två medicinska sekreterare och en enhetschef på Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning.

"Har fått en förståelse för vad besvären beror på. Jag blev gladare. Det ordnar sig!"
/patient

"Jag kände att alla blev sedda och tagna på allvar."
/patient

"Jag har fått omvärdera och har fått ett nytt liv efter artrosskolan."
/patient



Pia Andersson, enhetschef, Närhälsan Trollhättan Rehabmottagning.

annat med hjälp av FaR, Fysisk aktivitet på recept. Det andra hade som mål att erbjuda personer i ett tidigt skede av artrosutvecklingen att delta i artrossko-

FRAMGÅNGSFAKTORER I ENHETENS FÖRBÄTTRINGSARBETEN:

- Stöd från chefen, såväl uttalat intresse som resurstöd.
- Tydliga strukturer och rutiner.
- Goda relationer i arbetsgruppen.
- Bra samarbete med arbetsterapeuterna.
- Ändamålsenliga lokaler för både träning och teori.

"Jag har fått tillbaka hoppet! Min bild tidigare var att nu är det färdigt, nu går det bara åt ett håll. Jag trodde att jag skulle bli tvungen att göra mig av med hunden. Jag trodde att belastning av knät skulle öka smärtan och jag skulle bli sittande, men nu tror jag inte det." / patient

lan, för att på så sätt minska konsekvenserna av artros. Det tredje handlade om att utvärdera teoritillfällena i artrosskolan.

–Nu ligger vi i startgroparna för ett nytt gemensamt projekt där vi ska följa läkemedelskonsumtionen. Den sjunker ju ofta efter artrosskolan, men frågan är hur mycket, säger Johnny Andersson.

Chefens stöd är viktigt

Personalgruppen tycker att en förutsättning för lyckade förbättringsarbeten är ett gott stöd från chefen, Pia Andersson.

–Vi har exempelvis fått möjlighet att resa iväg för att gå på BOAs kurser och möten. Men vi får också mentalt stöd genom att chefen lyfter fram vår verksamhet och våra förbättrade resultat på rehab-möten och i andra sammanhang, säger Åsa Ölund.

Pia Andersson menar att det är viktigt att erbjuda personal och verksamhet möjlighet till förbättringsarbete. Hon ser det som nödvändigt för patienterna, men också som en förutsättning för att personalen ska trivas på jobbet. Förbättringsarbete kräver ju engagemang och delaktighet av alla och är betydelsefullt för hela enheten.

–Det gäller hela personalgruppen, inte bara de som jobbar med artrosskolan. Vi

har som mål att all personal ska gå en utbildning per år eller göra ett studiebesök, utöver den interna fortbildningen. Vi behöver ha en hög och jämn vårdkvalitet och följa befintliga behandlingsriktlinjer, säger hon.

Som chef tycker Pia Andersson att kvalitets- och förbättringsarbeten är viktiga att jobba med på planeringsdagar, arbetsplatsträffar samt på yrkesspecifik tid. Dessutom har enheten morgonmöten för daglig styrning.

–Sedan tre år tillbaka skattar vi vår arbetsbelastning efter färger. Blått betyder luftigt, grönt är normalt, gult betyder förhöjd belastning och rött varnar för stress. Skattningen görs var fjortonde dag, men gult och rött stäms av varje morgon. Personer med blå arbetssituation kan hoppa in och hjälpa dem som har mer att göra, berättar hon.

En ordnad arbetssituation är nödvändig för att motivera personalen till förbättringsarbeten. Samtidigt bidrar det till en attraktiv arbetsplats.

–En bra arbetsplats omfattar god arbetsmiljö, delaktighet, att alla blir lyssnade på och att det finns möjlighet till personlig utveckling. Jämfört med andra enheter inom Närhälsan har vi en ganska låg personalomsättning. Personalen verkar trivas, säger Pia Andersson.

Text: Catharina Bergsten

Välkomna, arbetsterapeuter!

Nu kan artros i händerna äntligen registreras i BOA-registret. Elisabeth Andersson, arbetsterapeut på Gotland, tycker att det är viktigt att så många arbetsterapeuter som möjligt börjar registrera.



Namn: Elisabeth Andersson

Arbetar som: Leg arbetsterapeut på Handmottagningen Korpen i Visby.

Bor: I ett hus i Endre, en och en halv mil utanför Visby.

Familj: Man och två vuxna barn samt hunden Tomtom.

Intressen: Korgflätning i pil under sommarhalvåret. Mycket fritid ägnas åt Friskis och Svettis, där Elisabeth är instruktör för stavgång och Kom-igång-och-träna-grupper och även motionerar för egen del.

Foto: Sofie Kristoffersson

Elisabeth Andersson har varit engagerad i artrosskolan sedan 2010, även om hon som arbetsterapeut inte har kunnat registrera i BOA-registret förrän nu.

–Jag och två sjukgymnastkollegor på enheten utbildade oss i Göteborg. Jag var den enda arbetsterapeuten på den kursen, så det kändes lite speciellt. Men själv har jag alltid tyckt att det är naturligt att vi arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar tillsammans, och det gjorde vi redan från start i artrosskolan, säger hon.

På enheten i Visby drog man i gång artrosskolan enligt 3+1-konceptet, då både sjukgymnast och arbetsterapeut höll i den första träffen. Det andra utbildningstillfället leddes av en sjukgymnast, nummer tre av en arbetsterapeut och den sista och fjärde träffen av en artrosinformatör från Reumatikerförbundet. I dag har man slagit ihop träff tre och fyra, för att minska antalet teoripass. Enheten har visserligen artrosskolor på tre platser på Gotland – i Visby, Slite och Hemse – men upptagningsområdet omfattar totalt 60 000

personer och för en del patienter är det ganska långt att resa.

Patienter med handartros har Elisabeth Andersson träffat individuellt. Dessa patienter har alltså inte tränat i grupp, men de har gått på de teoretiska passen tillsammans med andra artrospatienter.

–Jag tycker det är väldigt kul att jobba med patientundervisning, eftersom det ofta blir intressanta diskussioner och erfarenhetsutbyte mellan deltagarna. En utmaning är om individerna inte fungerar så bra tillsammans. Det kan räcka med att en enda person sänker stämningen i gruppen. Då gäller det att lösa situationen på ett bra sätt, säger hon.

Det viktigaste skälet till att registrera i BOA-registret tycker Elisabeth Andersson är att registret ger möjligheter till kvalitetssäkring;

–Vi vill ju ge god, evidensbaserad och likvärdig vård till alla patienter oavsett var de bor i landet, så det är klart att det är bra att vi nu äntligen kan utvärdera våra insatser systematiskt och vetenskapligt och se vad som ger bäst resultat



även när det gäller handartros.

Ett annat skäl tycker hon är möjligheten att forska på registerdata.

–Jag hoppas att många blir sugna på det, så att vi får ny kunskap på området.

BOA-träffarna ger inspiration

På Elisabeth Anderssons enhet har ett inledande bekymmer rört logistiken.

–Personer med handartros som ska in i BOA-registret vill vi förstås hjälpa snabbt, men vi har haft kö till teoripassen som patienten ska gå före träning samtidigt som vi har haft gott om träningstider, säger hon.

Ett annat dilemma har handlat om vem som egentligen ska registrera – sjukgymnasten eller arbetsterapeuten.

–Ofta har ju patienten artros i flera leder och ibland är det svårt att avgöra vilken artros som är värst. Är det knäartrosen eller handartrosen? Det är inte alltid så lätt att bedöma, säger Elisabeth Andersson.

Att registrera i BOA-registret är en uppgift som läggs ovanpå allt det andra som arbetsterapeuterna gör. Elisabeth

Andersson menar att en del människor alltid är snabba med att ta till sig nya saker, medan det kan ta lite längre tid för andra att se fördelarna med ett register.

–Så var det när sjukgymnasterna och fysioterapeuterna skulle börja registrera och så lär det säkert bli när det gäller arbetsterapeuterna också. Mitt tips till andra arbetsterapeuter är att gå på de nätverksträffar och möten som BOA ordnar, för att få lite inspiration. Jag lovar att ni får motivation att hoppa på tåget och börja registrera ni också!

Som boende på Gotland hoppas Elisabeth Andersson att BOA tar fram nätbaserade forum inom kort, som ett komplement till de fysiska BOA-träffarna. Även om hon själv gärna vill åka på mötena har arbetsgivaren inte alltid resurser till det.

–Jag kan tänka sig både slutna Facebook-grupper eller andra forum. Huvudsaken är att vi som jobbar med registret får möjlighet att byta erfarenheter, säger hon.

Utdata som Elisabeth Andersson

kommer att följa särskilt noga handlar om hur patienterna klarar av sin vardag och hur aktiva de orkar vara. En annan fråga gäller om patienter med handartros får mindre smärta med hjälp av handträning.

–Det blir väldigt spännande att följa statistiken både nationellt, regionalt och på vår egen enhet, säger Elisabeth Andersson.

Två frågor om BOA-registret



Cecilia Boustedt, leg arbetsterapeut, Närhälsan Majorna Rehabmottagning i Göteborg

Varför har du valt att registrera i BOA-registret?

–Inom Närhälsan i Västra Götalandsregionen är vi ålagda att registrera i BOA-registret och får då ersättning enligt Vårdval-Krav och kvalitetsboken.

Hur använder du registerdata i din verksamhet?

–Vår reception sköter och administrerar data till BOA-registret. Vi arbetsterapeuter tar instatus för handartrospatienter och samtidigt fyller patienten i sitt formulär inför BOA-start. Liknande gör sjukgymnasterna för höft-knä artrospatienter. Jag tror att vi arbetsterapeuter är särskilt intresserade av att följa handartros-patienterna; deras ålder, kön, besvärdebut och sysselsättning, och vi är glada för att denna grupp har kommit med i registreringen. Klinisk erfarenhet är att handartros-patienterna ofta blir negligerade i primärvården så spridning om BOA är viktigt, att det finns evidens på att rehabiliteringsinsatser gör nytta.

Förbättringsarbete tror jag pågår angående utbildningsmaterialet. Nu när vi arbetsterapeuter har blivit mer involverade i BOA behöver den arbetsterapeutiska delen i teori- och bildmaterialet utvecklas.

Foto: Cecilia Boustedt



Erika Ström, leg arbetsterapeut, Närhälsan Gibraltar rehabmottagning i Göteborg

Varför har du valt att registrera i BOA-registret?

–Vår verksamhet har registrerat i BOA under flera år, men nytt för 2016 var att jag som arbetsterapeut har möjlighet att registrera hand som mest besvärande led. Det är bra för vi har flera patienter som deltar i kurserna som endast har besvär med sina händer. Nu får vi möjlighet att utvärdera våra insatser även för dem och då också på gruppnivå. Jag tycker att BOA-formulären ihop med våra egna mätinstrument ger en strukturerad kartläggning inför kursstart. De fungerar även bra som ett underlag ihop med mätinstrumenten för diskussion med patienten, när vi ska utvärdera resultat av insatt behandling.

Hur använder du registerdata i din verksamhet?

–I dag är vi på vår enhet tyvärr dåliga på att gå in och ta fram vår statistik i registret, men förhoppningen är att vi ska ta oss tid att göra det så att vi kan se hur vi som enhet ligger till i förhållande till andra. Vi kommer samtidigt att kunna upptäcka behov av verksamhetsförbättringar. Det skulle vara intressant att se om det ger utslag i statistiken när vi gör förändringar i upplägget. Jag tycker även att det vore mycket bra om det gick att följa en patient som helhet och inte bara utifrån mest besvärande led. Mest besvärande led kan ju periodvis variera.

Foto: Erika Ström



Frida Olsson Skans, leg arbetsterapeut, Hälsa i Kubik i Mölndal

Varför har du valt att registrera i BOA-registret?

–På vår mottagning har vi valt att registrera för att vi anser att kvalitetsregistret BOA ger en tydlig överblick över hur många personer som har artros, hur de mår samt vilken form av rehabilitering som fungerar för dem. Vi tycker att

BOA och artrosskolan ger ett strukturerat och tydligt arbetssätt som underlättar arbetet med patienter med artros. Patienterna själva får kunskap om ämnet tack vare föreläsningmaterialet som BOA tillhandahåller och på så sätt får de också en djupare förståelse om vikten av träning vid artros. Vi anser också att det är viktigt att använda sig av de få kvalitetsregister som finns.

Hur använder du registerdata i din verksamhet?

–I verksamheten har vi använt registerdata då vi har kommunicerat med media för att även den vägen sprida kunskap i ämnet. Vi använder registerdata när vi kommunicerar med människor vi möter samt inom verksamheten eftersom det ger oss en överblick över antalet patienter med artros.

Foto: Frida Olsson



Patrik Andersson, leg sjukgymnast, Herrgårdet vårdcentral i Västerås

Varför har du valt att registrera i BOA-registret?

–BOA-registret ger en fantastisk möjlighet att få in en stor mängd data, som vi sedan kan använda för att se om vi

gör skillnad i vårt arbete. Att jobba i BOA-registret är ett pionjärarbete, vi kan ju inte mäta och läsa resultatet av våra insatser någon annanstans. Tack vare BOA-registret kan vi se förändringar över tid och få underlag till förbättringsarbete.

Hur använder du registerdata i din verksamhet?

–Just nu använder vi statistik som visar att 18 procent av patienterna i Västmanland har fått ”förslitning” som förklaring till sina artrosbesvär. Vi för en dialog med primärvården för att få all personal att förstå att det är ett begrepp som ofta leder till att patienten inte vågar träna. Nu ska vi ta fram ett informationsmaterial som ska distribueras överallt i primärvården, oavsett om du som patient träffar en läkare, en sjuksköterska eller en sjukgymnast. Där ska vi använda diagnosen artros istället för ordet ”förslitning” och förklara vad artros egentligen är. Ambitionen är att alla i vården ska använda samma begrepp och föra ut samma budskap.

Foto: Patrik Andersson



Renée Carlberg, leg sjukgymnast, Primärvårdsrehab Falun i Falun

Varför har du valt att registrera i BOA-registret?

–Att synliggöra artrosskolearbetet har blivit än viktigare, dels på enhetsnivå men även på länsnivå – det har blivit ett sätt att visa att vi jobbar enligt evidens och Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Artrosskolan har i Dalarna sin naturliga plats i vårdkedjan artros höft/knä och ska vara utvärderad innan ställningstagande till kirurgisk behandling sker. Det blir då allt viktigare för oss att visa att vi jobbar med artrosskolor och att kunna visa på resultat.

Hur använder du registerdata i din verksamhet?

–Vi tar regelbundet ut rapporter, vi har en punkt ”BOA” på arbetsplatsmötet en gång i månaden samt på yrkesträffen en gång i månaden, där vi har möjlighet att lyfta resultaten. I slutet av 2014 till början av 2016 deltog vi i ett förbättringsarbete med stöd från BOA-registret. Då jobbade vi med att öka antalet tremånadersuppföljningar och att öka andelen patienter som vid tremånadersuppföljning uppgav sig fysiskt aktiva >150 minuter/vecka. Vi införde en del förändringar för att förbättra våra resultat och lyckades med det. Sedan har vi fortsatt att följa våra resultat halvårsvis.

Foto: Renée Carlberg

BOA-registret utvecklas och stärks

Mycket har hänt i BOA-registret det senaste året. Några av de största nyheterna under 2016 är att det sedan den 1 januari har varit möjligt att registrera hand som mest besvärande led samt om någon del av artrosskolan har givits med tolk. Deltagarmaterialet har översatts till fyra språk; arabiska, engelska, somaliska och spanska. I patientformulären har vi bytt ut EQ5D-3L som har tre svarsalternativ på varje fråga till EQ5D-5L, som har fem svarsalternativ. Även hur patienterna rapporterar smärtintensitet har ändrats från en VAS till en 11-gradig skala, NRS. Vi har även bantat patientformulären för att underlätta administrationen kring registrering och tagit bort de tre sista sidorna som innehöll UCLA-score för självskattad aktivitetsnivå samt ASES-S som skattade tilltro till den egna förmågan.

Under våren 2017 när årsrapporten produceras har vi lanserat både verktyg för att hålla reda på patienter som ska följas upp i databasen och vår nya hemsida med tillhörande statistikportal. När årsrapporten är tryckt kommer vi även att ha lanserat vår webbutbildning i registerkunskap som är till för användare som ska registrera i BOA-registret.

Statens femåriga satsning på nationella kvalitetsregister är från och med 2017 slut. Det är i skrivande stund (mars 2017) oklart hur de nationella kvalitetsregistren ska finansieras i framtiden, men det faktum att den särskilda satsningen är slut kommer troligen att innebära vissa förändringar även för BOA-registret.

Resultat för ett urval indikatorer

Nedan följer en sammanfattning av resultat för ett antal utvalda indikatorer. Med tanke på det lilla underlag vi ännu har för handpatienter i registret redovisas först resultat för höft och knä, sedan redovisas hand separat.

Fortfarande hög andel röntgade

Enligt rådande riktlinjer ställs diagnosen artros med fördel kliniskt (Socialstyrelsens riktlinjer 2012). Det är en samlad bedömning av anamnes och klinisk undersökning som ligger till grund för diagnos. Röntgenundersökning har endast del i diagnostiken om det finns misstankar om andra orsaker till besvären eller om en specialistremiss övervägs. Ofta tar det 10–15 år innan artros är synligt på en röntgenbild och att låta röntgen ha en del i diagnostiken kan leda till en senare hänvisning till rätt instans och därmed en senare insatt behandling. Data från registret visar att det fortfarande är många som röntgats före artrosskola, men glädjande nog går det sakta men säkert åt rätt håll. Målnivån som är satt av Socialstyrelsen anges i intervallform där max 50–70 procent bör vara röntgade. Det tar tid

att genomföra förändringar och målet är satt för att nå stegvis. Under 2016 når hela 10 landsting den övre målnivån för personer med höftartros och Östergötland har lägst andel röntgade med 61 procent. Detta är att jämföra med 2015 då endast fem regioner nådde målnivån och lägsta andelen var 64 procent.

Även när det gäller personer med knäartros har det hänt mycket sedan 2015. År 2016 når fem landsting den övre målnivån, även här ligger Östergötland i topp med 64 procent, 2015 nådde två landsting målnivån och lägsta andelen var då 68 procent.

Röntgenfynd, framförallt när det gäller knäartros korrelerar dåligt med besvärsgrad. Både diagnos och behandling ska vara symtomatisk i första hand. Diagnosen artros kan ställas direkt av arbetsterapeut och fysioterapeut och det råder i alla regioner remissfrihet till primärvårdsrehabilitering. Dock är det fortfarande få som söker arbetsterapeut eller fysioterapeut som första instans. Snittet i riket 2016 ligger på ca 5 procent för höfter och knäp 4 procent för knän. Halland som har högst andel som söker direkt för sina höftbesvär ligger på 12 procent. Örebro som har högst andel som söker direkt för sina knäbesvär har ett snitt på 8 procent. Snittet i riket har inte ökat sedan 2015.

Medelålder och sjukskrivning

Artros missuppfattas ofta som en ålderssjukdom och har ibland felaktigt benämnts som förslitning. Att det uppfattas som en ålderssjukdom kan sannolikt vara en orsak till att medelåldern i BOA-registret är fortsatt hög. En annan tänkbar förklaring kan vara att patienter i arbetsför ålder har svårt att komma ifrån på arbetstid i tillräckligt stor utsträckning. Försök har gjorts på en del enheter att erbjuda dessa patienter mer flexibla tider som är anpassade för personer som förvärvsarbetar, ett annat alternativ är att använda sig av förebyggande sjukskrivning. Vi ser i registret att de som är i arbetsför ålder skattar sin hälsa sämre än de som är över 65 år, men de har också en stor självskattad hälsorelaterad vinst som kvarstår ett år efter artrosskolan.

Medelåldern i registret har snarare ökat något under 2016 men den har stadigt under flera år legat på 66–67 år. Variationen är ganska liten mellan landstingen, men när det gäller personer med knäartros sticker Västerbotten och Gotland ut med en medelålder på 62 respektive 63 år.

Många är sjukskrivna när de kommer på sitt första besök. Skillnaderna i landet är stora från 21 procent beträffande personer med höftartros i Jämtland respektive 20 procent

gällande personer med knäartros i Sörmland till 8 procent för höftartros respektive 6 procent för knäartros på Gotland. Anmärkningsvärt är även att Gotland är den region som har den näst lägsta medelåldern i riket när det gäller personer med knäartros och därmed kan förmodas ha en relativt stor andel patienter i arbetsför ålder.

En mer inaktiv grupp

Statistik från Global observatory for physical health (GOPA) visar att 11,8 procent av alla dödsfall i Sverige är relaterade till fysisk inaktivitet. Vi vet också att personer som är drabbade av artros är mindre aktiva än motsvarande grupp utan artros. Inaktivitet ökar risken för bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, tjocktarmscancer och psykisk ohälsa. I BOA-registret mäter vi självskattad fysisk aktivitetsnivå. Rekommendationen för alla över 18 år är att man ska vara fysiskt aktivt minst 150 aktivitetsminuter per vecka. Data på landstings/regionnivå 2016 visar att 4 av 10 patienter är för lite fysiskt aktiva när de är på sitt första besök. Detta är nästan 5 procent lägre än motsvarande siffra från 2015. Det är fortfarande en trend överlag att patienternas självskattade aktivitetsnivå ökar efter 3 månader för att sedan åter sjunka efter ett år. Lokala förbättringsarbeten där man implementerat att rutinmässigt skriva ut fysisk aktivitet på recept vid 3-månadersuppföljningen eller infört uppföljande telefonsamtal efter 6 månader har visat sig ha effekt på den fysiska aktiviteten efter ett år. Mer noggrann analys av detta krävs för att optimera omhändertagandet så att patienterna implementerar en livsstilsförändring även på sikt. Det tycks alltså inte räcka med en tidsbegränsad insats för att stävja detta utan tilläggsåtgärder verkar behövas.

Smärta och läkemedel

För de flesta personer med artros är information och anpassad fysisk aktivitet tillräcklig behandling. I arbetsterapeutens och fysioterapeutens formulär vid första besök och vid 3-månadersbesöket frågar vi patienterna efter intag av ledrelaterade läkemedel. Detta kan vara såväl receptbelagda starkare mediciner eller mediciner som köps receptfritt på apotek eller mataffär. Vi frågar även efter naturläkemedel och ledinjektioner med kortison eller tuppkam under senaste tre månaderna. I de regioner där flest patienter har slutat med läkemedel är Gotland den region där flest minskar sin läkemedelskonsumtion, 26 procent av patienterna med knäartros och 25 procent av patienterna med höftartros har slutat med ledrelaterade läkemedel vid uppföljningen. Motsvarande siffra för Östergötland är 26 procent för personer med knäartros och 23 procent för personer med höftartros. Intressant är att dessa två regioner även

ligger bäst till när det gäller andel som skattar att det har smärta varje dag eller alltid efter tre månader och ett år där andelen sjunkit från nästan 80 procent vid första besök till 60 procent vid ett år. Det tyder alltså på att smärtan inte ökar i samband med ett minskat läkemedelsintag.

Hälsorelaterad livskvalitet

I BOA-registret mäter vi hälsorelaterad livskvalitet på gruppnivå med EQ5D-5L. Instrumentet är till för att mäta hälsorelaterad livskvalitet på gruppnivå och mäter livskvalitet i fem dimensioner. Detta räknas sedan samman till ett index som går från noll till ett där ett motsvarar full hälsa. År 2016 skattade patienterna med höft som mest besvärande led 0,58 och de med knä som mest besvärande led 0,62 vid första besöket. Detta är en inte signifikant men ändå betydande försämring av den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten jämfört med tidigare år. Sannolikt är detta en följd av att det numera finns fem istället för tre svarsalternativ och att instrumentet är mer känsligt för förändring då vi inte ser samma trend beträffande det andra instrumentet i EQ5D, EQ-VAS. Data i registret visar att ca 20 procent skattar sin hälsa som bättre efter ett år men att ungefär samma andel skattar sin hälsa som sämre.

Bortfall

Det är fortfarande ett stort antal patienter som inte blir uppföljda efter genomgången intervention. Genomsnittet i riket ligger på 25 procent. Av dessa är det endast ett fåtal som blir opererade innan 3-månadersuppföljningen, runt 1 procent. Skillnaderna är stora över landet. På Gotland har man högst andel uppföljda, nästan 90 procent, medan man i Gästrikland bara har följt upp drygt hälften. Ofta kan detta härledas till bristande rutiner i vårdkedjan. Registrering prioriteras ner till förmån för produktion. I många regioner har man dock insett nyttan av att registrera och ställt som krav att rehab-enheterna både ska ha artrosskola och registrera i BOA-registret. Om detta faller väl ut kan det motivera fler regioner och landsting att följa efter. För att få tillförlitliga data måste bortfallet sänkas ytterligare.

Förhoppningsvis kan de nya funktionerna i databasen vara till hjälp för att se vilka patienter som borde ha följts upp. Även BOAs nya utdataportal är tänkt som ett verktyg för att förbättra rutiner och processer. Där får man snabbt en överblick över hur många patienter som registrerats för respektive besök.

Kvalitetsregister är fortfarande nytt inom rehabilitering och det saknas ännu kunskap och erfarenhet kring använ-

dande av data från registret. Det finns ett fortsatt utbildningsbehov, inte bara för användare av registret utan även för chefer samt för studenter under grund- och vidareutbildningar. Det finns också ett stort behov av forskning inom registret. I dagsläget har vi två doktorander som gör delar av sin avhandling på registerdata. Förhoppningen är att vi på sikt kan överbrygga kunskapsluckor och visa nyttan med kvalitetsregister som ett verktyg för förbättringsarbete.

Hand

Från och med den 1 januari 2016 har vi äntligen möjlighet att registrera patienter med hand som mest besvärande led i BOA-registret. Tidigare har patienter med handartros kunnat delta i artrosskolan, men man har inte kunnat följa patienter med enbart handartros i registret. Det är hittills endast ett fåtal landsting som har matat in så mycket patienter med hand som mest besvärande led att man kan dra slutsatser. I Västra Götaland som registrerat flest är sammanlagt 239 patienter med handartros registrerade under 2016. Därefter följer Skåne med 50 patienter. Sammanlagt under 2016 matades 593 patienter med hand som mest besvärande led in i registret. Det är hittills ganska få pati-

enter som har haft ett uppföljande besök och hur det går efter ett år kan vi se först under 2017. Därför kan resultatet i denna årsrapport inte visas förutom för ett fåtal indikatorer.

De slutsatser som kan dras hittills är att patienterna med handartros vid första besök skattar sig som mer fysiskt aktiva än patienterna med höft- och/eller knäartros. Det är också ett betydande lägre andel som är röntgade, endast 58 procent. Vad detta beror på är inte klarlagt. Det är däremot ingen större skillnad i hur många som söker direkt eller i medelålder, jämfört med höft och knä. Fortfarande återstår arbete med att strukturera och implementera bästa sättet att få in patienter med handartros i BOA-registret i fler landsting och regioner och på fler enheter.



Registerdata 2016

I vår tryckta årsrapport redovisas resultat på landstingsnivå. Vi ser fortfarande stora skillnader i hur patienter med artros tas om hand i landet. I årsrapporten synliggörs detta för ett antal utvalda indikatorer.

Då registret fortsätter växa både vad beträffar antal patienter som inkluderats och antal enheter som rapporterar i registret har vi i år valt att inte redovisa resultat på enhetsnivå i årsrapportform. Statistik på enhetsnivå går istället att följa i realtid på www.boaregistret.se.

Resultaten presenteras uppdelat på höft, knä och hand.

Registerdata och indikatorer

I BOA-registrets årsrapport 2016 rapporteras resultat till och med verksamhetsåret 2016 för cirka 74 000 patienter med artros i höft, knä eller hand.

Under verksamhetsåret 2016 inkluderas ytterligare 17 336 patienter i registret och 435 enheter har rapporterat minst en patient i BOA-registret.

Tolkning

Vid varje figur eller tabell finns en tolkningsruta med förklaring om ett högt eller lågt värde är positivt. En fördjupad beskrivning av indikatorerna finns på www.boaregister.se. I en del fall är antalet patienter lågt, data bör då tolkas med viss försiktighet eftersom en patient då utgör en relativt stor andel.

Resultatet kan också påverkas av faktorer som patientdemografi, datakvalitet och andra faktorer som inte syns i kvalitetsregistret. Analys av resultat bör därför göras lokalt med hänsyn till bakomliggande orsaker.

Vilket tidsintervall statistiken är baserad på anges vid varje figur eller tabell. Vissa indikatorer introducerades i BOA-registret 1 september 2012 och dessa indikatorer redovisas då endast för patienter som inkluderats i registret efter september 2012.

Indikator

För att kunna belysa och följa upp kvalitet inom ett område använder registret indikatorer. En indikator beskriver ett mått som ska vara rimligt, relevant och möjligt att mäta och tolka.

Indikatorerna ska kunna användas för att:

- Möjliggöra uppföljning och jämförelse av kvalitet i vårdens utveckling, processer, resultat och kostnader över tid på lokal, regional och nationell nivå.
- Initiera förbättringsarbete av vårdens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå
- Via öppna jämförelser öka tillgänglighet till information om processer, resultat och kostnader för olika intressenter.

I årsrapporten för 2016 rapporteras alla indikatorer och målnivåer med en ”stämpel” samt en förklaring.



På www.boaregister.se finns en detaljerad beskrivning av registrets indikatorer.

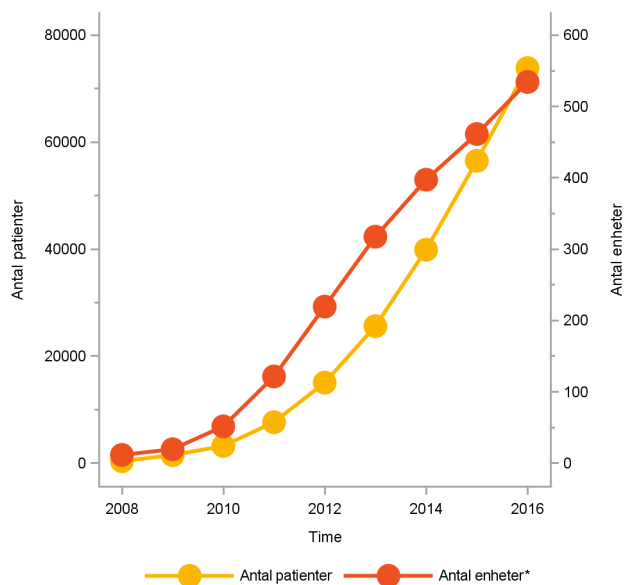
Tabell 1. Antal personer som registrerats för ett första besök i artrosskola per landsting.

LANDSTING	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal Totalt
Stockholm	15	102	456	1 187	1 772	1 869	2 082	7 483
Uppsala	0	41	115	252	270	333	420	1 431
Sörmland	0	0	44	103	430	572	604	1 753
Östergötland	108	768	1 321	1 155	1 294	1 463	1 632	7 741
Jönköping	0	10	257	427	477	463	365	1 999
Kronoberg	1	133	116	301	360	505	367	1 783
Kalmar	186	333	324	360	491	695	596	2 985
Gotland	30	93	157	219	204	203	195	1 101
Blekinge	37	266	350	381	336	250	193	1 813
Skåne	838	967	1 098	1 160	1 057	1 026	1 151	7 297
Halland	0	74	171	135	162	327	216	1 085
Västra Götaland	971	478	1 051	2 044	3 095	3 778	4 257	15 674
Värmland	540	373	591	671	650	892	1 039	4 756
Örebro	0	73	55	212	511	567	557	1 975
Västmanland	0	31	49	317	1 301	1 343	1 098	4 139
Dalarna	0	24	174	295	560	671	1 013	2 737
Gävleborg	18	154	145	171	190	482	417	1 577
Västernorrland	0	44	73	105	201	365	407	1 195
Jämtland	0	7	578	687	653	562	478	2 965
Västerbotten	391	407	192	290	190	145	153	1 768
Norrbottn	16	58	77	94	86	113	96	540
Riket	3 151	4 436	7 394	10 566	14 290	16 624	17 336	73 797

52 % av patienterna i BOA- registret rapporteras från storstadsregionerna tillsammans med Östergötland. Enligt befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB, 1 november 2016) står dessa regioner för 55 % av befolkningen som är 45 år och äldre. Stockholmsregionen representeras med enbart 12 % i BOA-registret mot 20 % av befolkningen över 45 år och andelen av patienterna i BOA-registret som kommer från Skåne är 7 % 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 BOA-registret som kommer från Västra Götaland är 25 % mot 17 % i befolkningen och Östergötland har 9 % av patienterna i BOA-registret jämfört med 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 2016, om individer som varit på besök under 2015 eller tidigare, medför att antalet patienter per år kan skilja sig mot föregående årsrapport.

Figur 1. Kumulativt antal unika patienter och enheter.

*Antal enheter som rapporterat till registret.

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.

Tabell 2. Antal enheter registrerar i BOA-registret december 2016.

LANDSTING	Antal*
Blekinge	3
Dalarna	22
Gävleborg	20
Halland	12
Jämtland	17
Jönköping	15
Kalmar	13
Kronoberg	15
Norrbottn	4
Region Gotland	1
Skåne	46
Stockholm	49
Sörmland	18
Uppsala	17
Värmland	21
Västerbotten	5
Västernorrland	10
Västmanland	25
Västra Götaland	91
Örebro	22
Östergötland	9
Riket	435

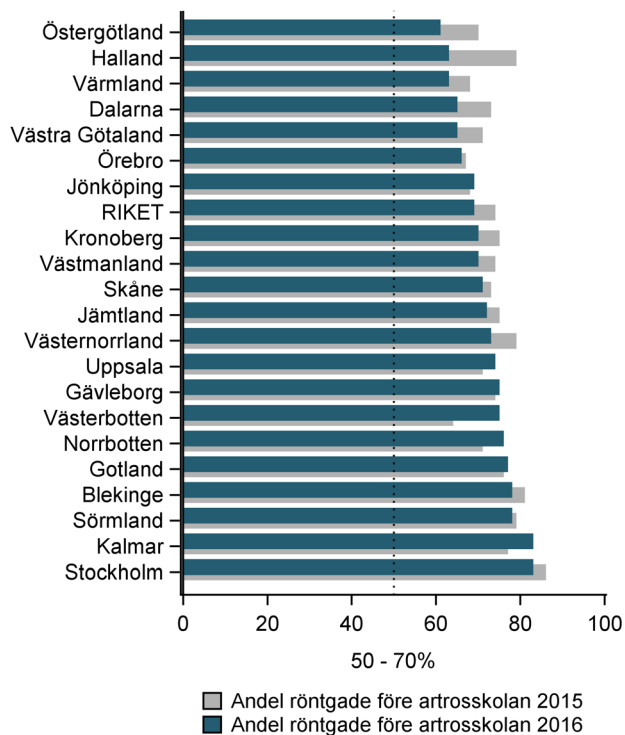
*Enheter som registrerar i BOA-registret, baserat på BOAs statistik.

Sedan 2015 har antalet enheter som registrerar i BOA-registret ökat från 354 till 435.

Tolkning: Offentlig statistik över enheter som bedriver artrosskola saknas. Antalet enheter som registrerar motsvarar enheter som har rapporterat minst en patient i BOA-registret under 2016.

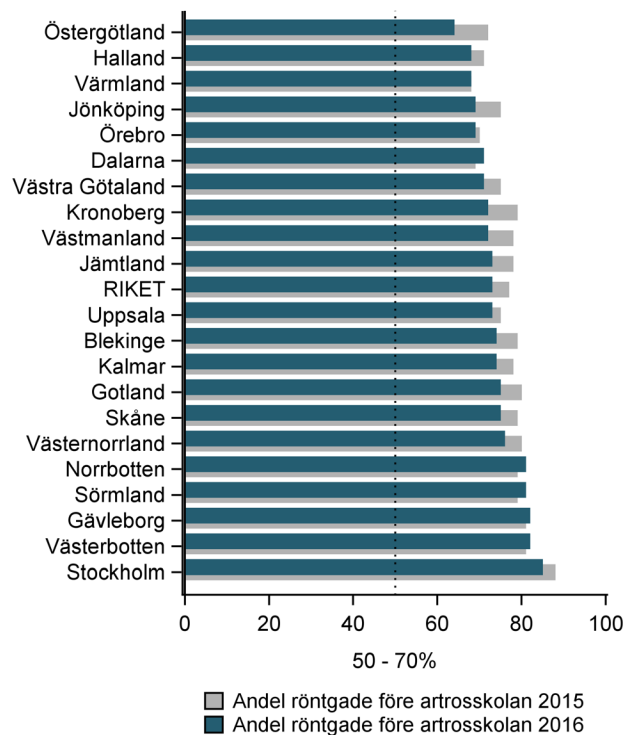
INDIKATOR

Figur 2. Höft. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2015–2016.



INDIKATOR

Figur 3. Knä. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2015–2016.

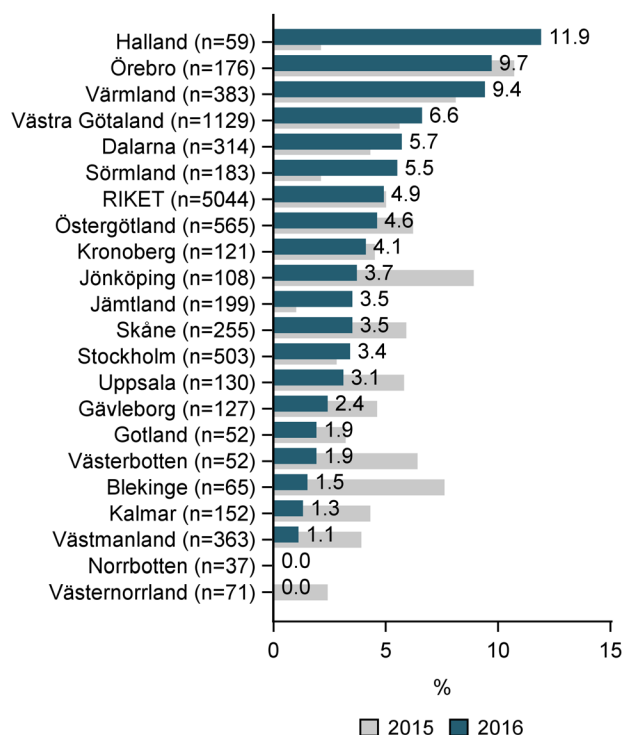


Andel patienter med artros i höft och knä som är röntgade före artrosskola. **Målnivå** (enligt Socialstyrelsen): 50–70 %.

Tolkning: Ett bra resultat är en kort blå stapel. En färgad stapel som är kortare än en grå stapel indikerar att andelen som anger att de röntgats före artrosskolan har sjunkit sedan 2015.

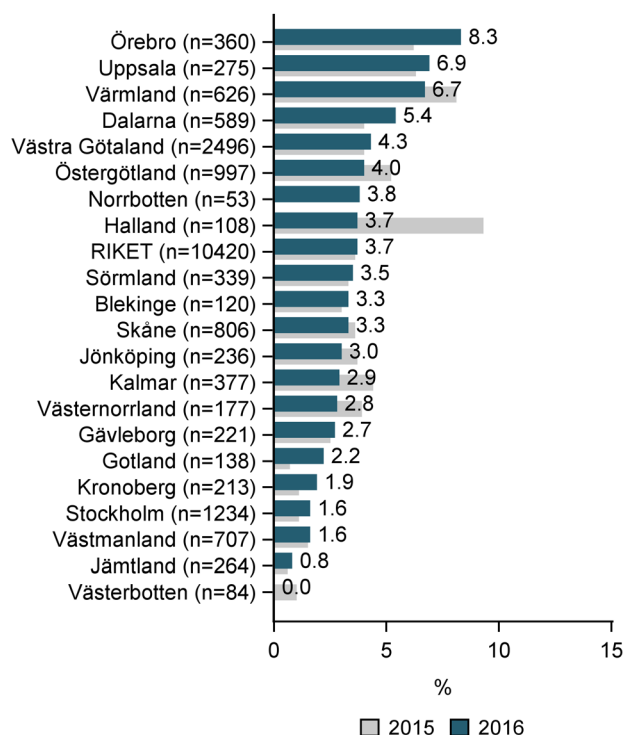
Figur 4. Höft. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2015 respektive 2016.

INDIKATOR



Figur 5. Knä. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2015 respektive 2016.

INDIKATOR

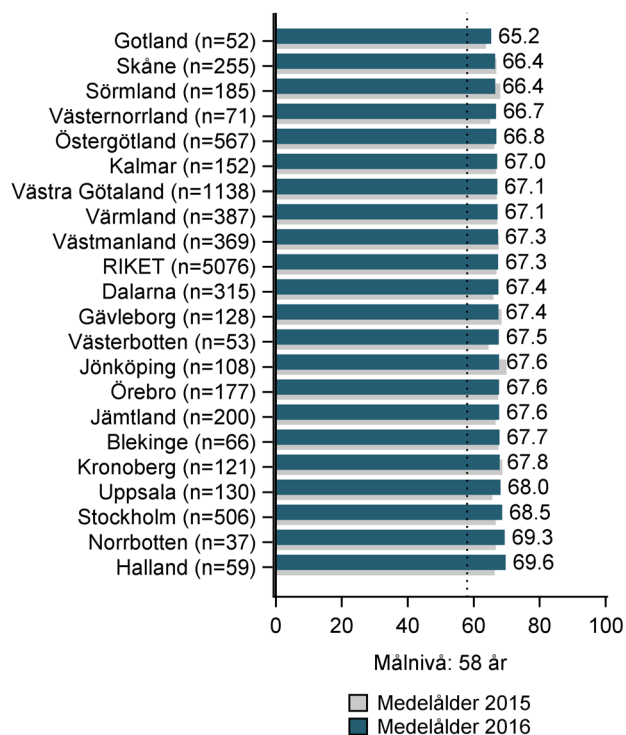


Andel patienter med artrossymtom som söker artrosskola direkt. **Målnivå:** 15 %.

Tolkning: Ett bra resultat är en lång blå stapel. En blå stapel som är längre än den grå stapeln indikerar att andelen som kommer till artrosskolan direkt har ökat under 2016 jämfört med 2015.

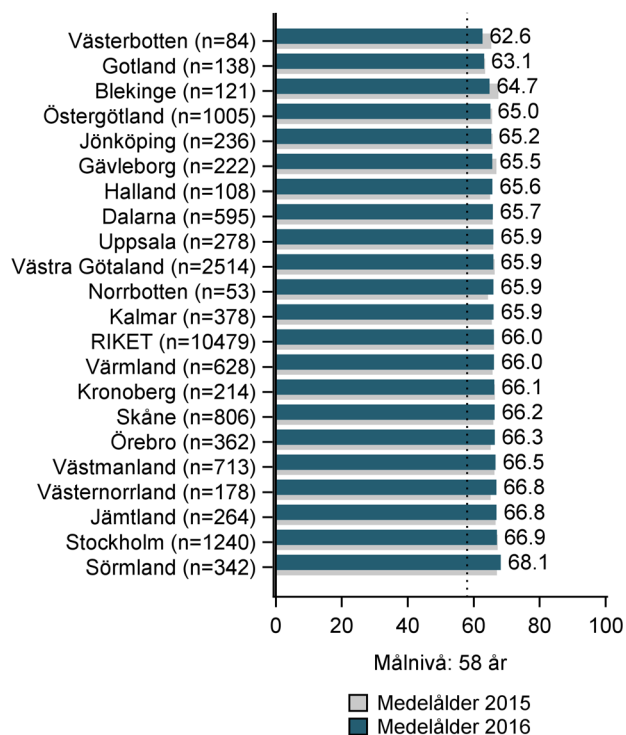
Figur 6. Höft. Medelålder för patienter vid första besöket, 2015–2016.

INDIKATOR



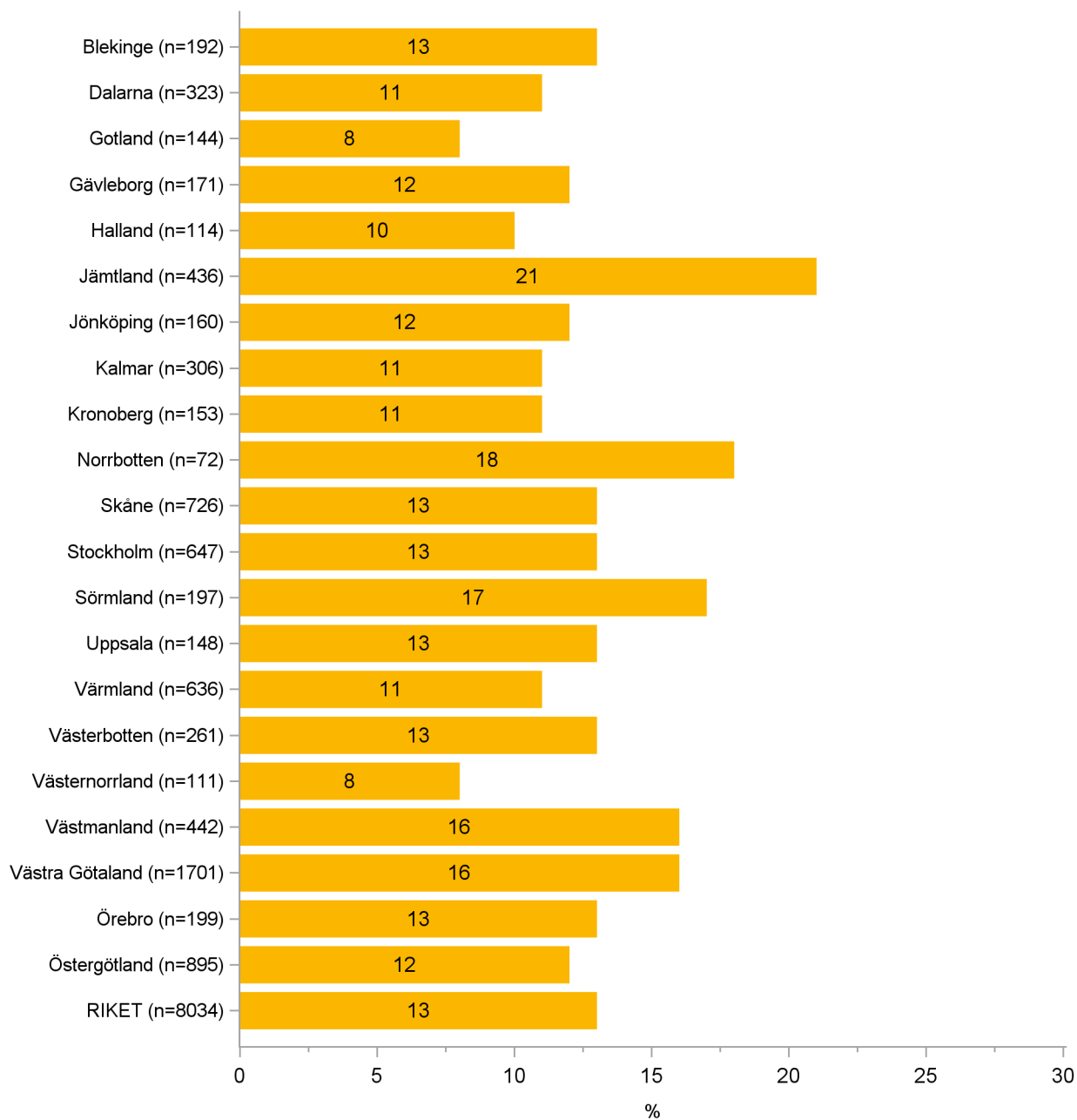
Figur 7. Knä. Medelålder för patienter vid första besöket, 2015–2016.

INDIKATOR



Medelålder för patienter i artrosskola. **Målnivå: 58 år.**

Tolkning: Ett bra resultat är en kort blå stapel. En blå stapel som är kortare än den grå stapeln indikerar att medelåldern för patienter i artrosskolan har sjunkit sedan 2015.

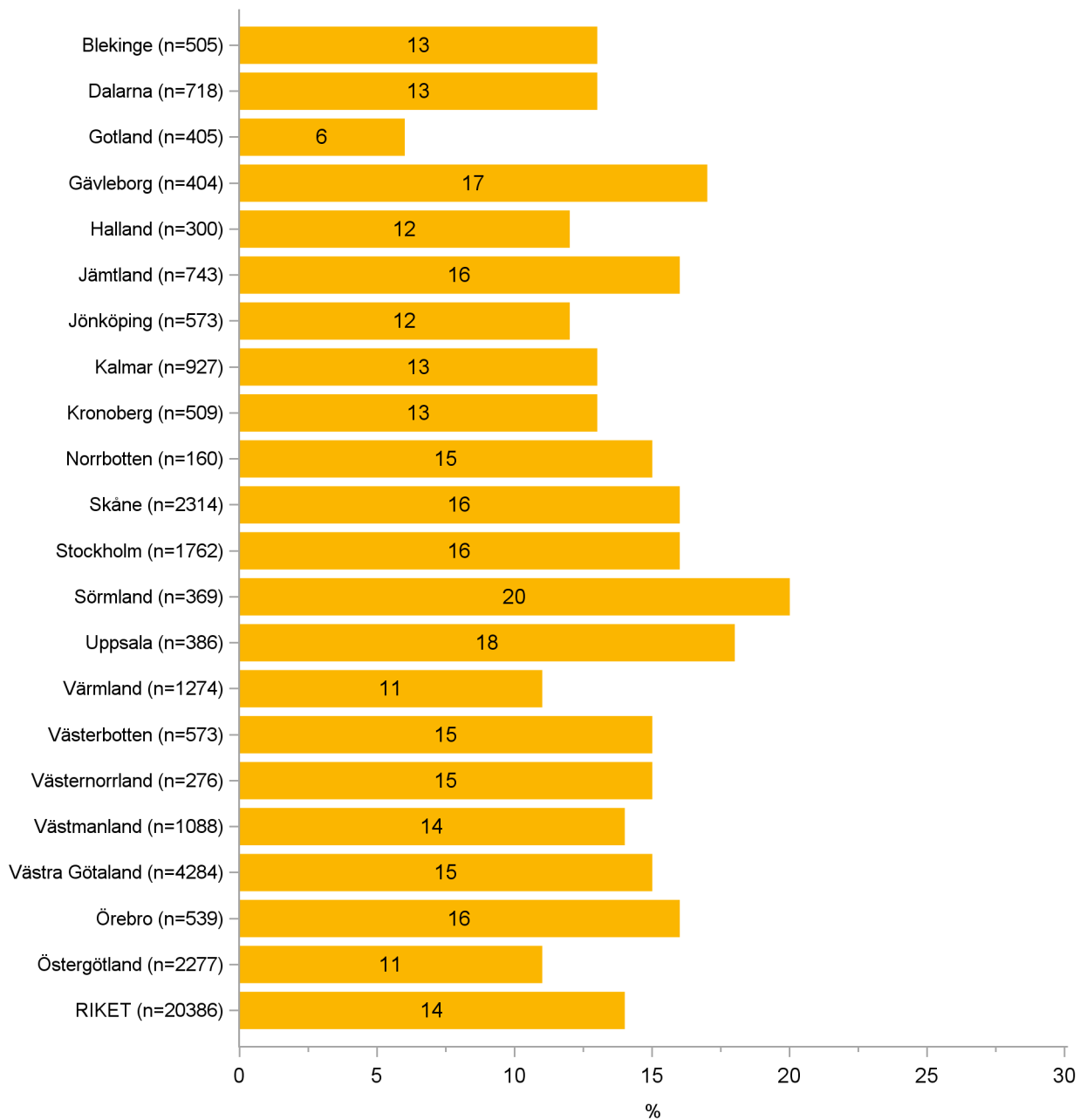
Figur 8. Höft. Andel sjukskrivna* (under 65 år) vid första besök i artrosskolan (2008–2016).

*Självrapporterad sjukskrivning.

Andelen sjukskrivna vid första besök i artrosskola varierar mellan landstingen.

Tolkning: Skillnaden mellan den kortaste och den längsta stapeln indikerar att det finns en stor variation mellan landstingen och därmed sannolikt en förbättringspotential för landsting med hög andel sjukskrivna.

Figur 9. Knä. Andel sjukskrivna* (under 65 år) vid första besök i artrosskolan (2008–2016).



*Självrapporterad sjukskrivning.

Andelen sjukskrivna vid första besök i artrosskola varierar mellan landstingen.

Tolkning: Skillnaden mellan den kortaste och den längsta stapeln indikerar att det finns en stor variation mellan landstingen och därmed sannolikt en förbättringspotential för landsting med hög andel sjukskrivna.

Tabell 3. Andel patienter med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå (ackumulerat mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka) september 2012–2016.

Landsting	Antal patienter, Höft	Andel otillräckligt aktiva, Höft			Antal patienter, Knä	Andel otillräckligt aktiva, Knä		
		Första besök	3 mån	12 mån		Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	36	22,2	13,9	16,7	74	27,0	25,7	24,3
Dalarna	114	25,4	25,4	28,9	233	31,3	18,5	33,5
Gotland	37	16,2	18,9	24,3	88	23,9	12,5	13,6
Gävleborg	59	33,9	27,1	35,6	108	38,9	28,7	26,9
Halland	42	21,4	16,7	14,3	95	18,9	12,6	24,2
Jämtland	110	32,7	25,5	36,4	191	27,2	25,7	33,5
Jönköping	51	31,4	35,3	37,3	173	24,9	21,4	26,6
Kalmar	86	18,6	16,3	16,3	204	34,3	18,6	24,5
Kronoberg	72	15,3	12,5	25,0	157	19,1	17,8	24,8
Norrbottn	18	50,0	55,6	61,1	31	25,8	19,4	35,5
Skåne	104	21,2	20,2	25,0	352	23,6	18,8	26,4
Stockholm	200	26,5	15,5	27,5	505	29,3	19,4	26,1
Sörmland	87	28,7	18,4	34,5	197	25,9	20,8	22,8
Uppsala	54	27,8	16,7	37,0	106	31,1	20,8	27,4
Värmland	149	32,2	25,5	30,2	257	21,4	17,1	30,4
Västerbotten	23	17,4	4,3	34,8	54	22,2	13,0	18,5
Västernorrland	41	36,6	31,7	41,5	116	24,1	20,7	28,4
Västmanland	223	24,7	24,2	28,7	498	28,3	23,1	34,5
Västra Götaland	450	31,8	24,0	30,2	1 074	29,9	21,7	29,9
Örebro	70	22,9	18,6	27,1	163	28,8	19,0	25,2
Östergötland	219	21,9	17,8	21,5	423	34,3	22,2	30,5
Riket	2 245	26,9	21,6	28,7	5 099	28,3	20,6	28,5

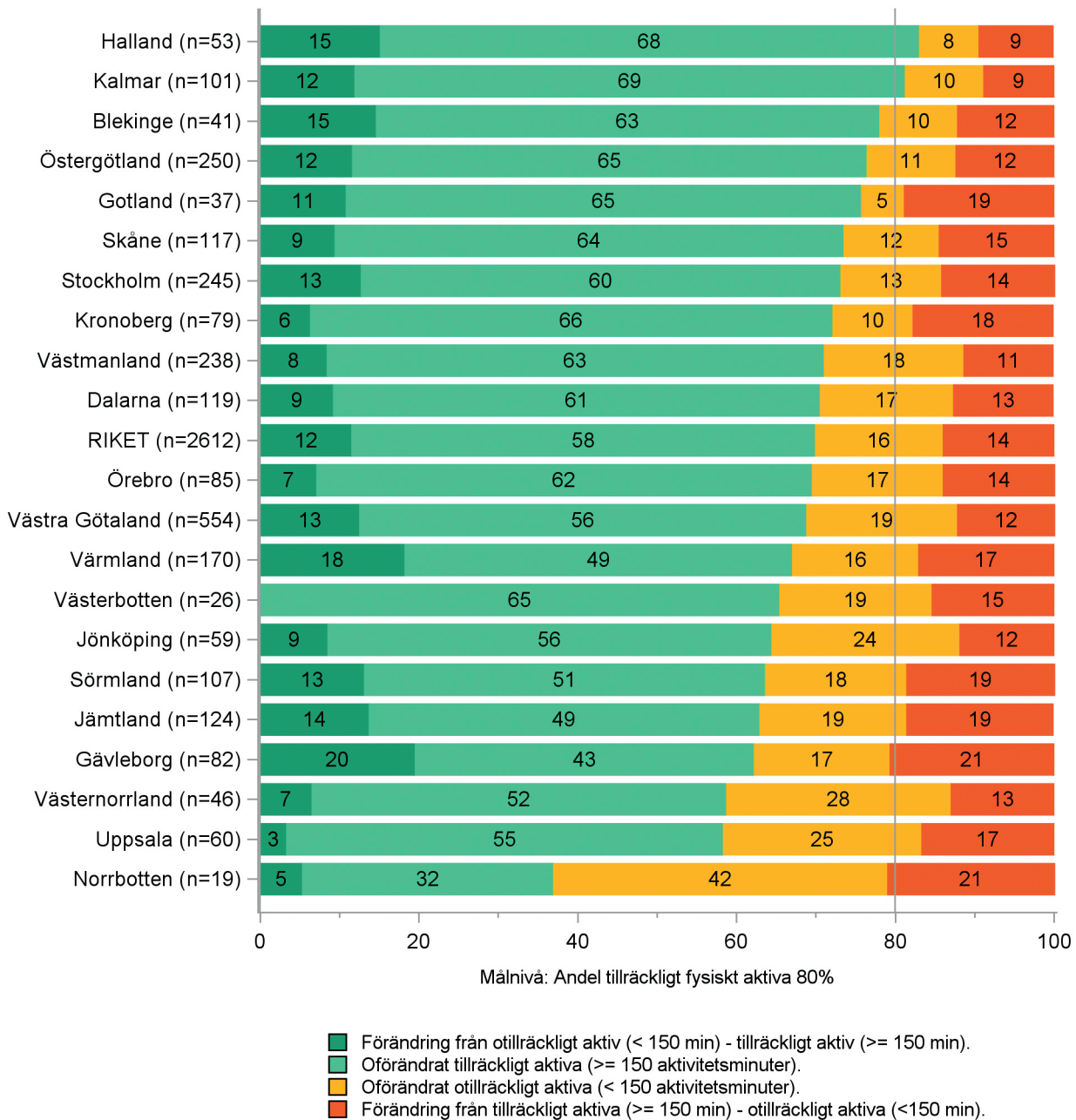
Hälsofrämjande fysisk aktivitetsnivå (>150 aktivitetsminuter) efter genomgången artrosskola.

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.

Figur 10. Höft. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2015).*

INDIKATOR



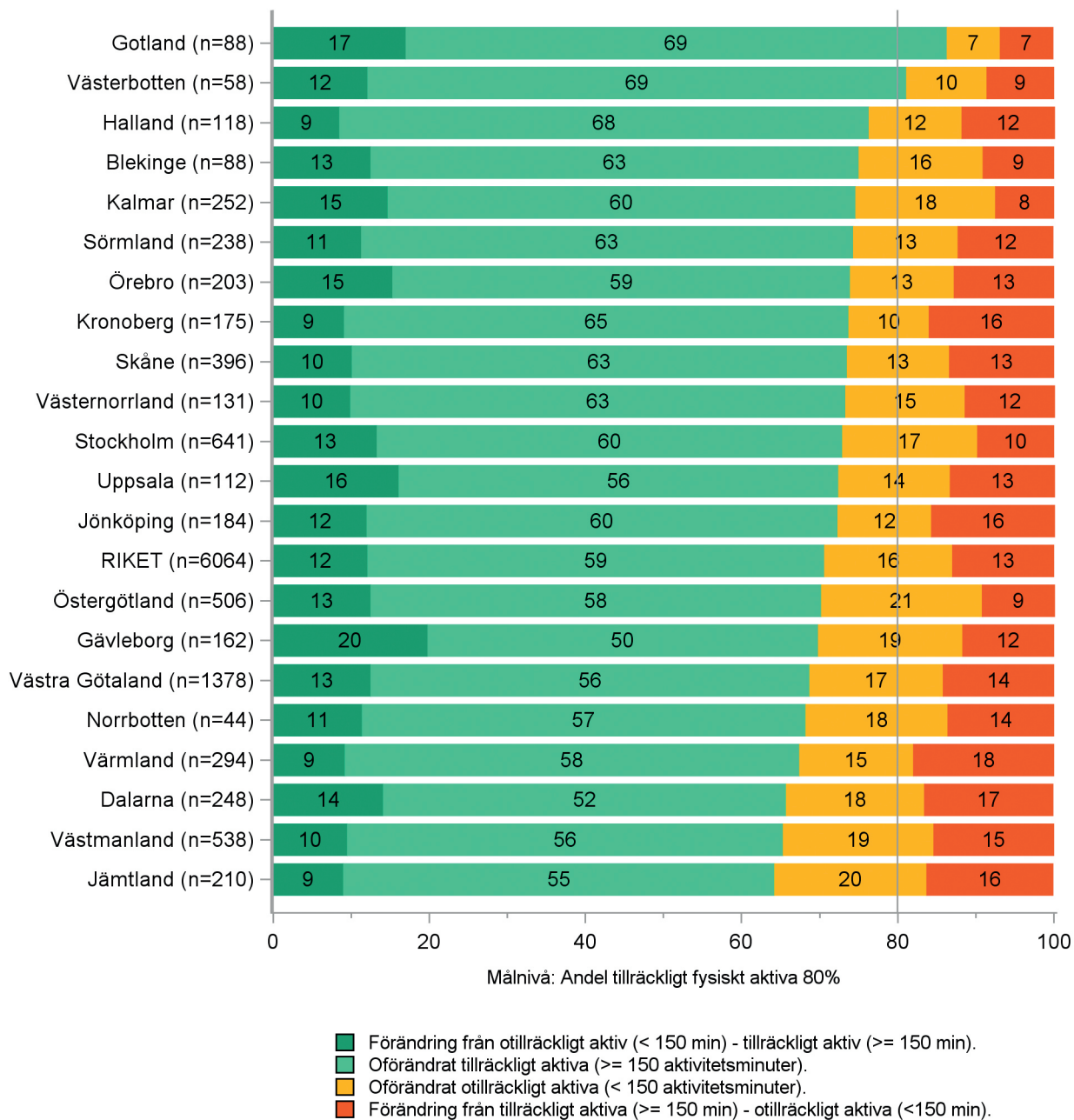
*Förändring av aktivitetsminuter/vecka efter 12 månader jämfört med första besöket.

Förändring av fysisk aktivitetsnivå efter ett år.

Tolkning: Den gröna stapeln (mörkgrön + ljusgrön) bör sträcka sig över 80 %. Den röda stapeln ska vara kortare än den mörkgröna om andelen som blir fysiskt aktiva är större än andelen som blir inaktiva. Om den röda stapeln är kortare än den mörkgröna så är andelen som blir tillräckligt fysiskt aktiva större än andelen som blir inaktiva.

Figur 11. Knä. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2015).*

INDIKATOR



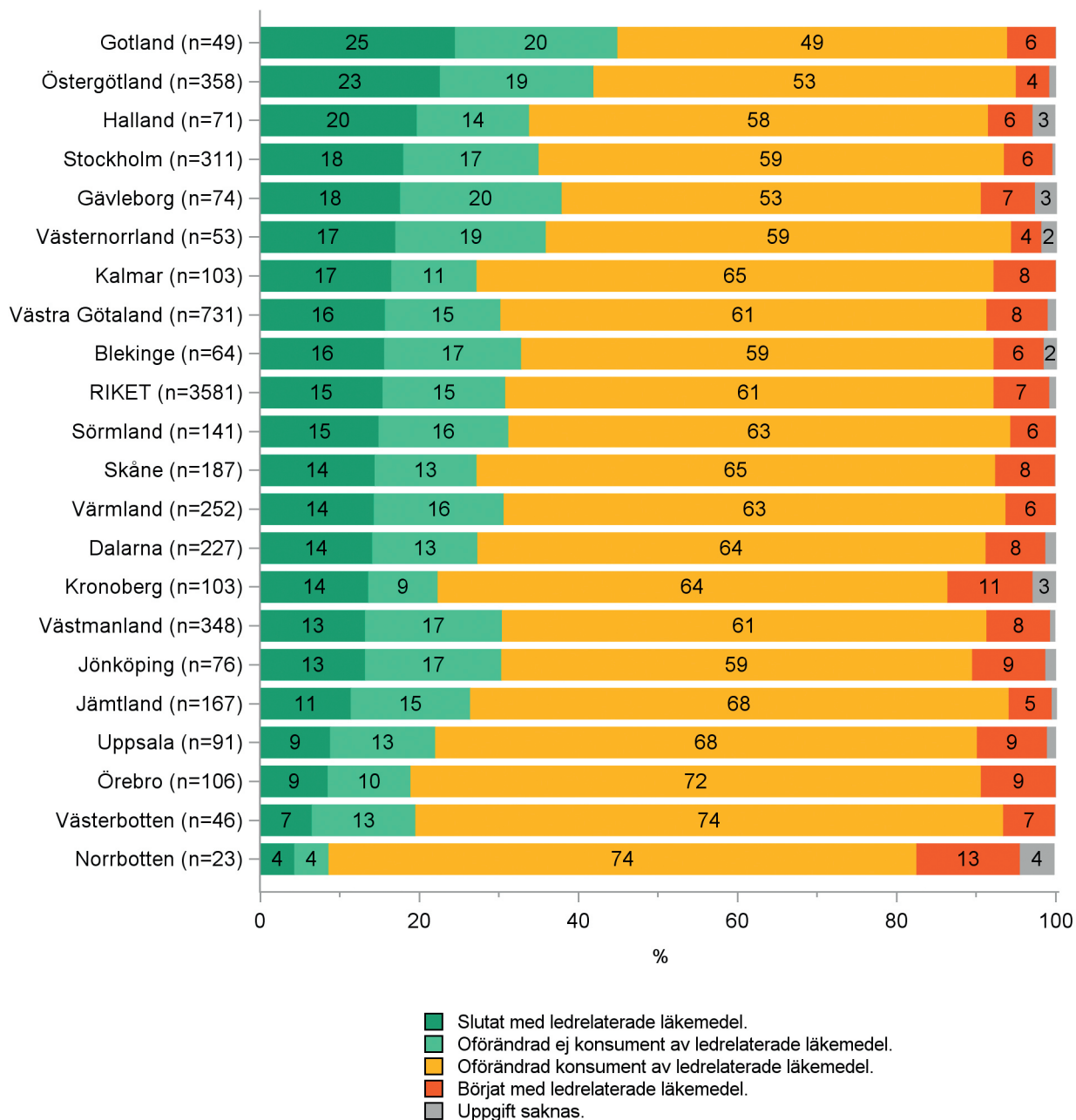
*Förändring av aktivitetsminuter/vecka efter 12 månader jämfört med första besöket.

Förändring av fysisk aktivitetsnivå efter ett år.

Tolkning: Den gröna stapeln (mörkgrön + ljusgrön) bör sträcka sig över 80 %. Den röda stapeln ska vara kortare än den mörkgröna om andelen som blir fysiskt aktiva är större än andelen som blir inaktiva. Om den röda stapeln är kortare än den mörkgröna så är andelen som blir tillräckligt fysiskt aktiva större än andelen som blir inaktiva.

Figur 12. Höft. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2016.

INDIKATOR



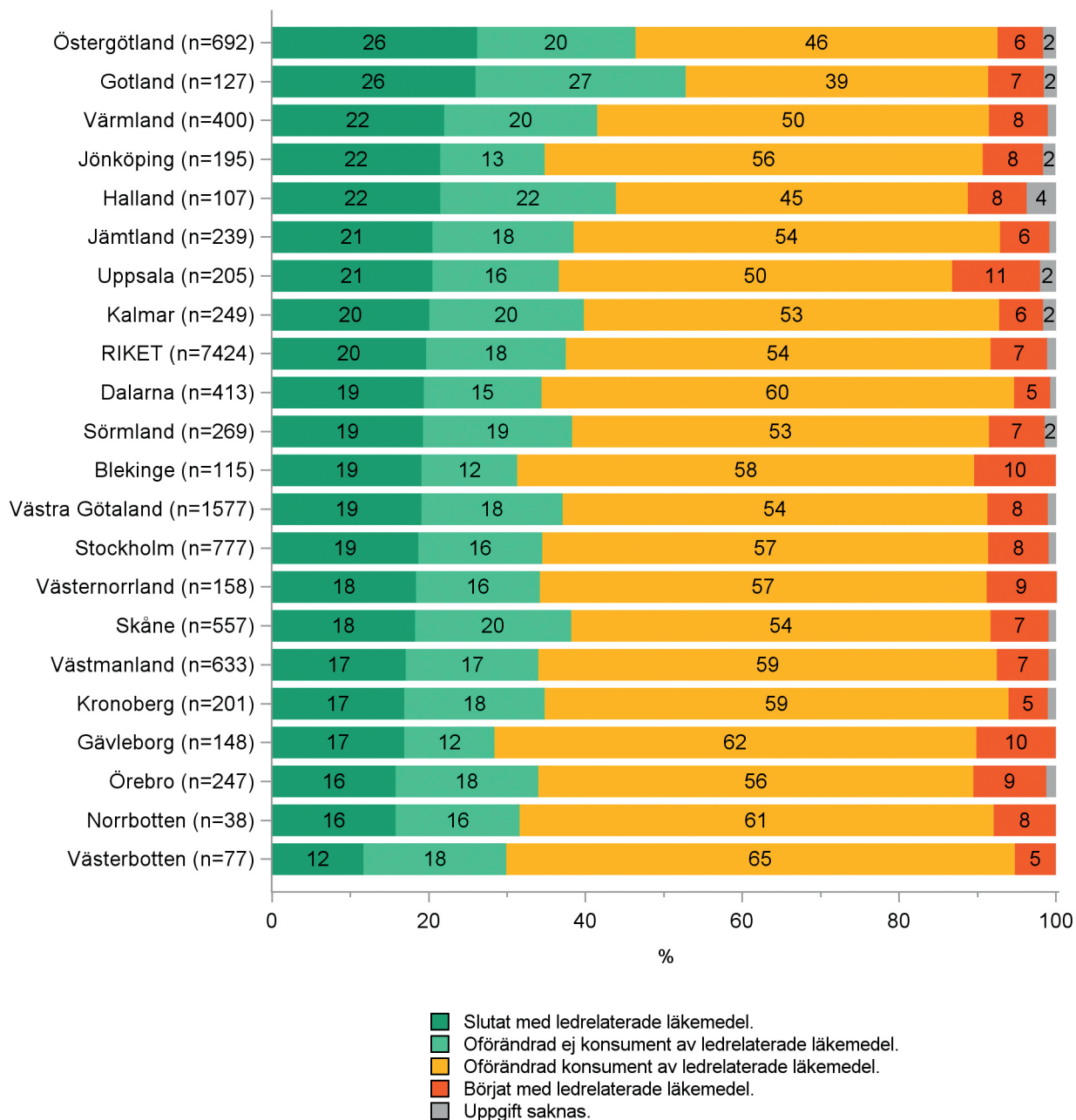
Andel patienter som slutar eller börjar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola.

Målnivå: 30 % ska sluta med ledrelaterade läkemedel.

Tolkning: En lång mörkgrön stapel betyder att många patienter slutar med ledrelaterade läkemedel. Den röda stapeln visar patienter som börjar med ledrelaterade läkemedel, den bör vara kort.

Figur 13. Knä. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2016.

INDIKATOR



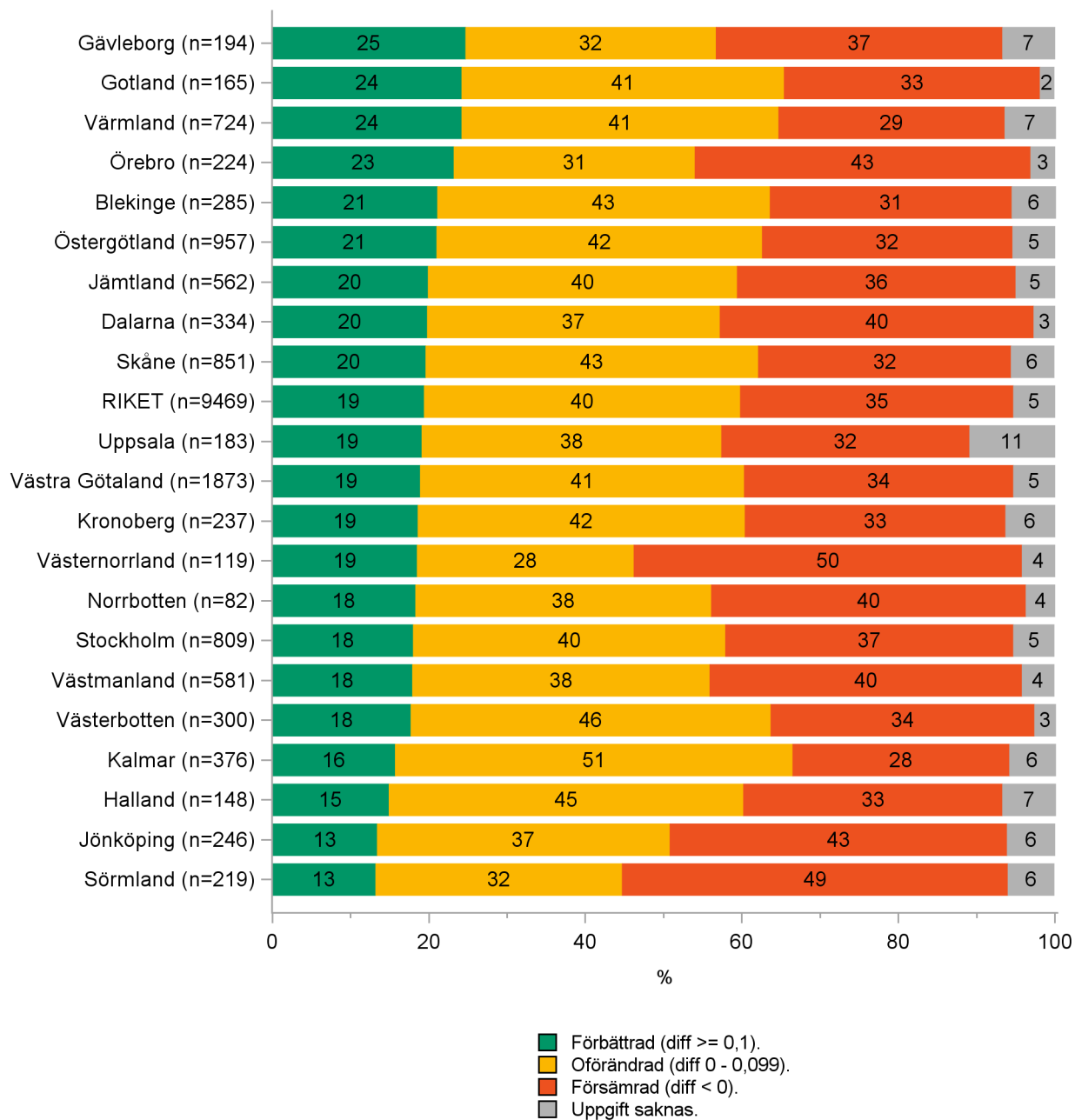
Andel patienter som slutar eller börjar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola.

Målnivå: 30 % ska sluta med ledrelaterade läkemedel.

Tolkning: En lång mörkgrön stapel betyder att många patienter slutar med ledrelaterade läkemedel. Den röda stapeln visar patienter som börjar med ledrelaterade läkemedel, den bör vara kort.

INDIKATOR

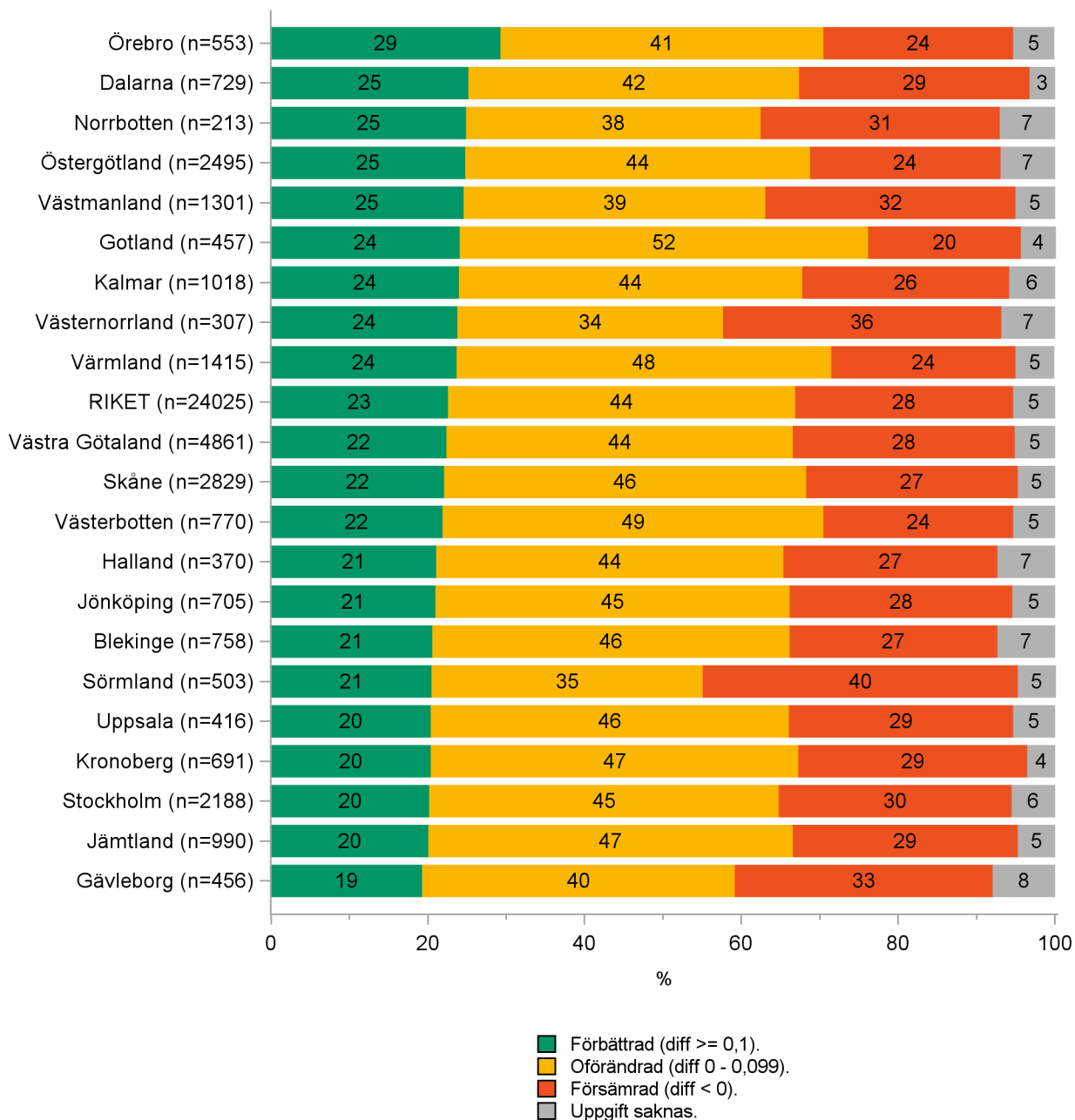
Figur 14. Höft. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2016 eller tidigare.



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

Tolkning: En lång grön stapel betyder att patienter har förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet (EQ5D) med minst 0,1. Även den gula stapeln innebär en förbättring men inte så mycket som 0,1. Den röda stapeln är andelen som försämras och bör vara kort. Målnivån är satt efter bästa enheterna.

Figur 15. Knä. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2016 eller tidigare.

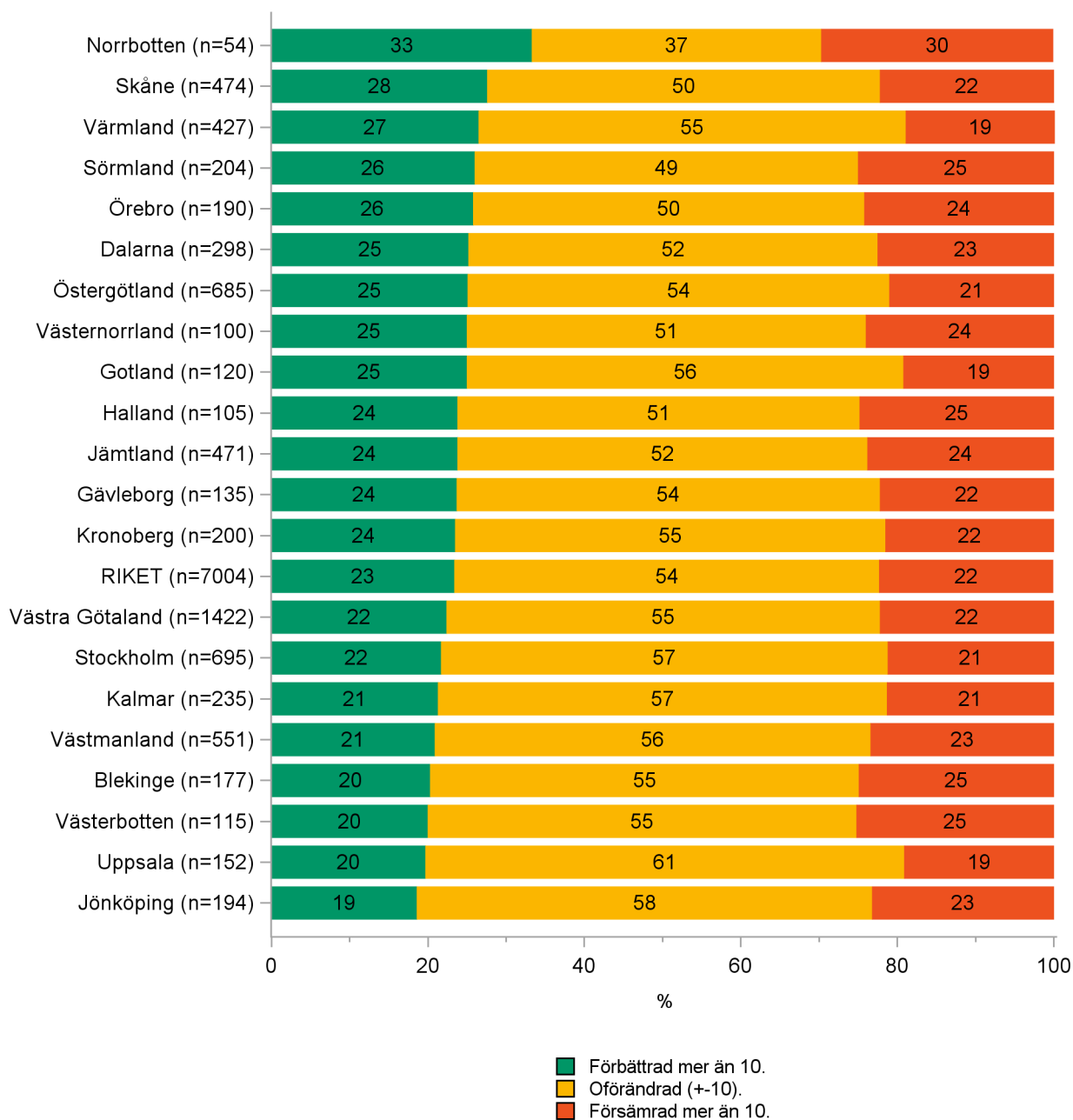


Andel patienter som förbättrats minst 0,1 i hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter ett år. **Målnivå: 30 %.**

Tolkning: En lång grön stapel betyder att patienter har förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet (EQ5D) med minst 0,1. Även den gula stapeln innebär en förbättring men inte så mycket som 0,1. Den röda stapeln är andelen som försämras och bör vara kort. Målnivån är satt efter bästa enheterna.

INDIKATOR

Figur 16. Höft. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd* efter 12 månader.



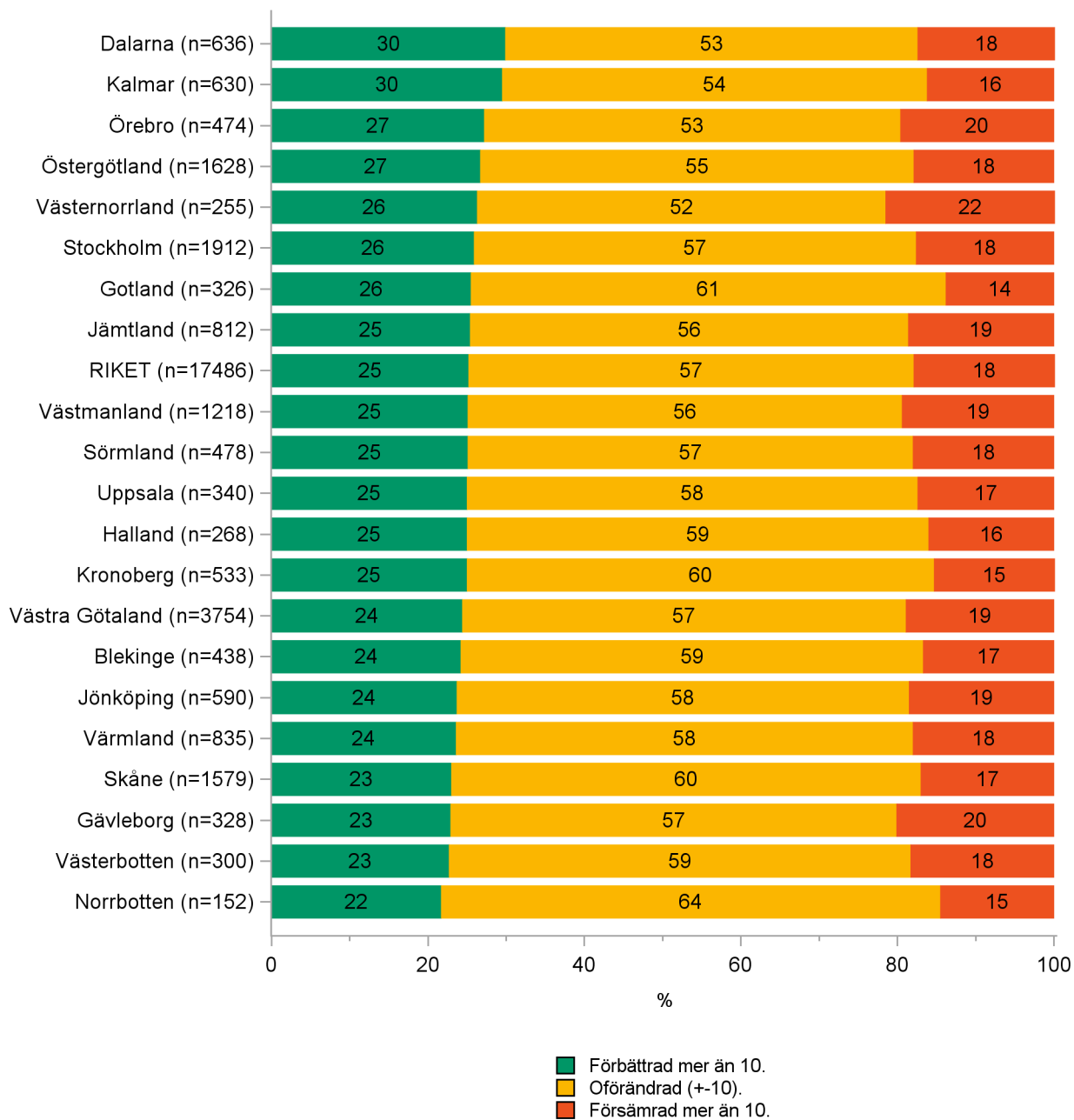
*EQ5D-VAS. Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2016.

Andel patienter med förbättrat hälsotillstånd (EQ5D-VAS) 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).

Figur 17. Knä. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd* efter 12 månader.



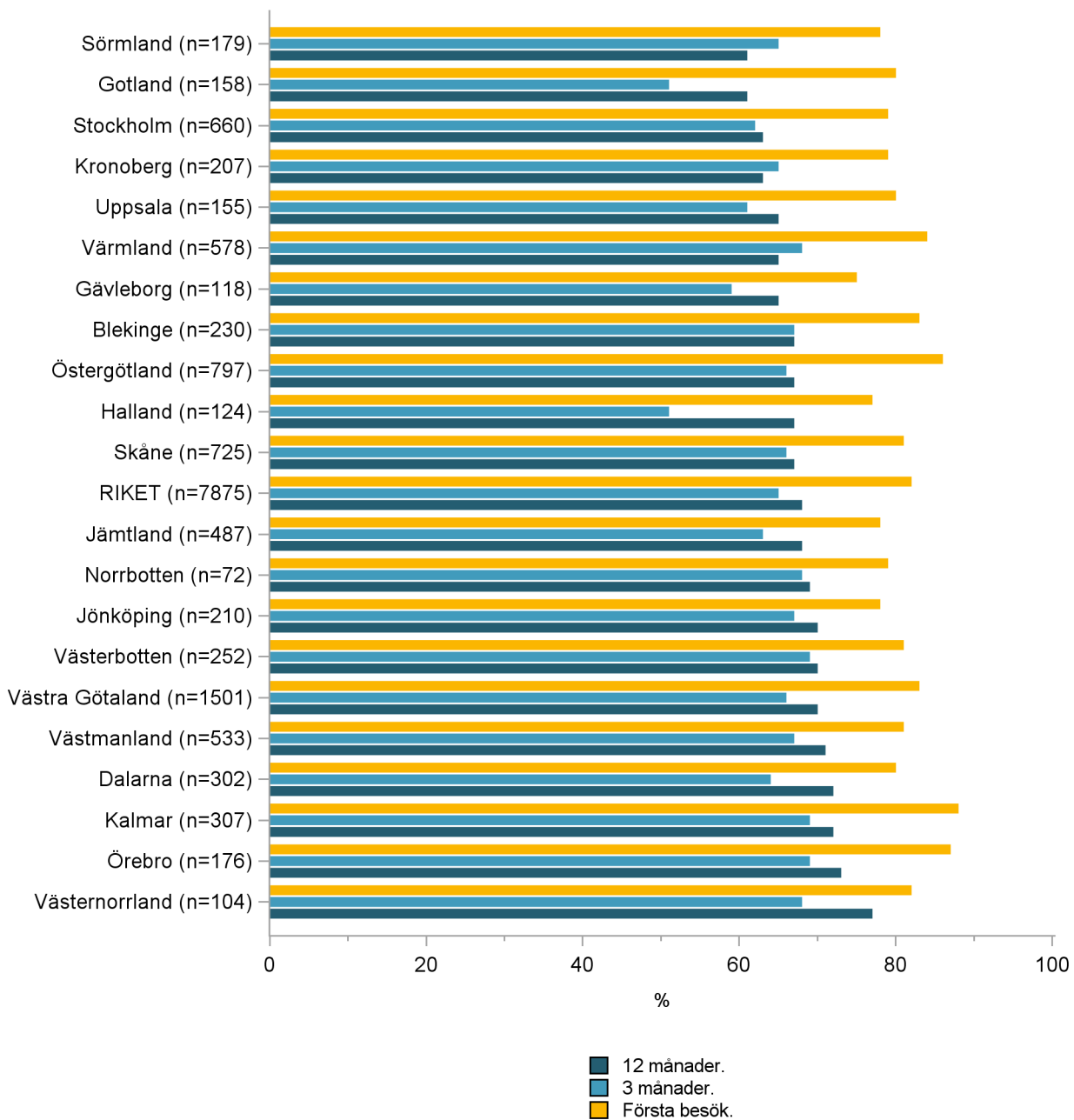
*EQ5D-VAS. Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2016.

Andel patienter med förbättrat hälsotillstånd (EQ5D-VAS) efter genomgången artrosskola.

Målnivå: 30 % efter ett år (andel förbättrade ska vara större än andel försämrade).

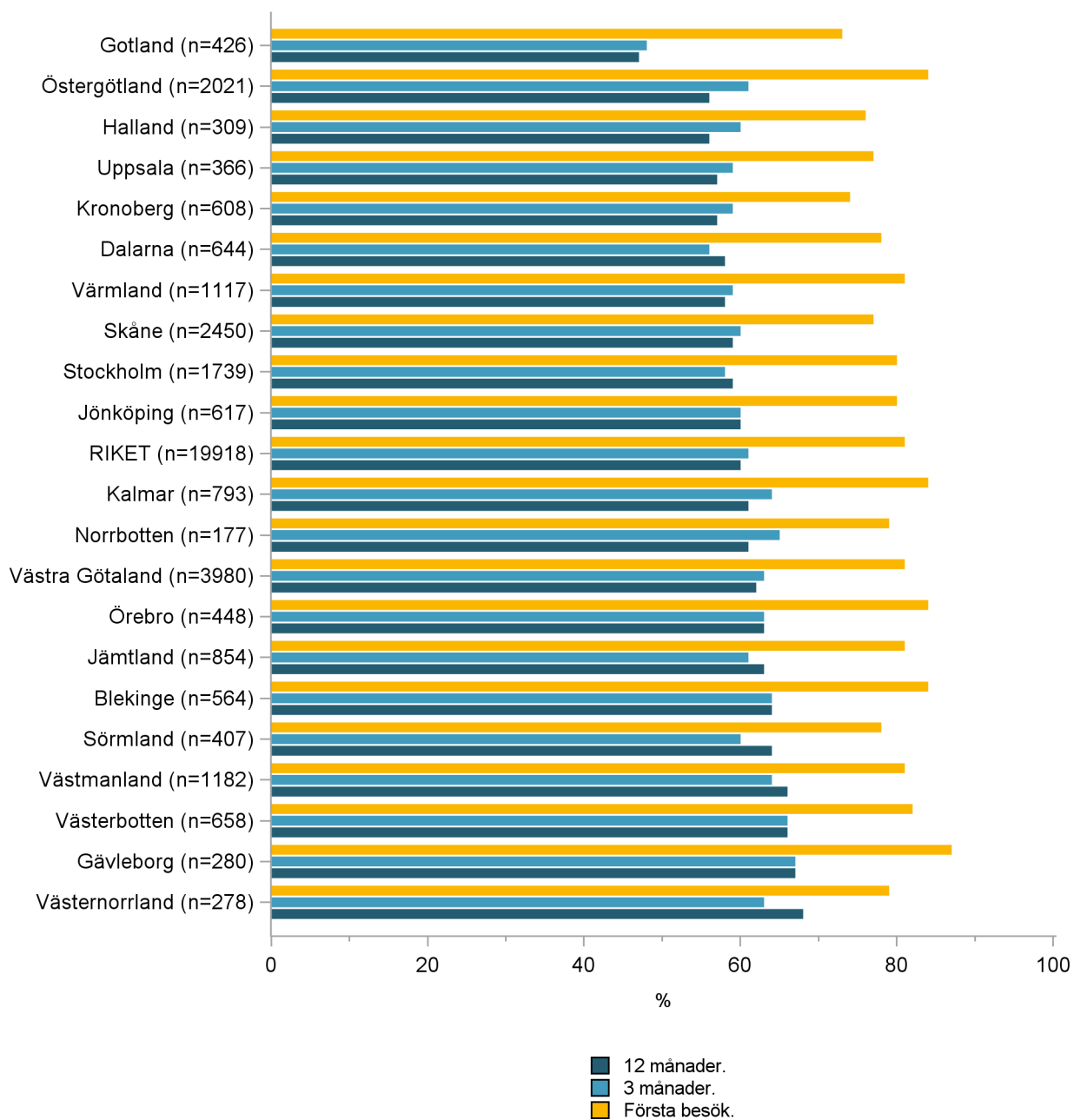
Tolkning: Det är bra med en lång grön stapel och den gröna stapeln bör vara längre än den röda, för att andelen som förbättrats ska vara större än andelen som försämrats. En grön stapel som når över 30 % betyder att målnivån är uppnådd. Målnivån är satt efter de bästa enheterna (se den utökade webbversionen).

Figur 18. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008–2016).



Andel som anger att de har ont varje dag eller alltid, vid första besök samt efter tre och tolv månader.

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

Figur 19. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008 –2016).

Andel som anger att de har ont varje dag eller alltid, vid första besök samt efter tre och tolv månader.

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

Tabell 4. Höft. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley kategori samt andel patienter som anger mest besvär från annan led* vid första besök (2008–2016).

Landskap	Antal**	Ålder	BMI	Kvinnor %	Charnley A %	Charnley B %	Charnley C %	Andel patienter som anger mest besvär från annan led	
								Besvär från knä %	Besvär från hand %
Blekinge	331	67,2	27,8	65	38	6	56	1	1
Dalarna	549	66,0	27,4	68	38	9	52	2	1
Gotland	211	64,4	27,0	73	37	10	53	3	4
Gävleborg	274	66,9	27,7	72	37	7	55	2	2
Halland	195	65,7	26,3	70	35	13	52	2	4
Jämtland	804	66,2	27,7	68	35	7	58	4	1
Jönköping	377	67,8	27,7	68	34	7	59	4	2
Kalmar	463	66,6	27,1	64	38	7	54	2	2
Kronoberg	324	67,8	26,8	69	30	9	61	4	3
Norrbottn	101	66,4	28,3	66	32	10	58	6	1
Skåne	970	66,3	26,9	68	32	7	61	2	2
Stockholm	1 398	67,0	26,2	74	37	8	55	3	3
Sörmland	358	67,5	27,2	69	29	6	65	4	3
Uppsala	284	66,1	27,6	71	40	6	55	3	2
Värmland	907	67,0	27,2	64	40	5	56	3	0
Västerbotten	216	64,8	27,1	66	36	6	59	3	0
Västernorrland	162	65,1	28,0	65	36	6	58	3	1
Västmanland	962	67,4	27,3	69	33	6	61	2	1
Västra Götaland	2 858	66,9	26,9	68	35	7	59	3	2
Örebro	362	67,1	27,3	64	36	9	55	1	0
Östergötland	1 302	66,3	27,0	62	34	8	58	3	1
Riket	13 408	66,7	27,1	68	35	7	58	3	2

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

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

Deskriptiva data för patienter som varit på första besök.

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

Tabell 5. Knä. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley kategori samt andel patienter som anger mest besvär från annan led* vid första besök (2008–2016).

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	721	66,2	28,5	66	42	15	43	1	1
Dalarna	1 008	65,6	28,9	70	39	20	41	1	2
Gotland	484	63,2	28,4	67	39	19	42	1	3
Gävleborg	538	66,0	29,9	68	38	19	43	1	1
Halland	460	65,2	27,8	70	42	23	34	1	4
Jämtland	1 301	65,8	28,6	68	35	16	49	2	2
Jönköping	979	65,6	28,7	69	39	17	44	2	2
Kalmar	1 149	65,0	28,5	64	46	18	36	1	1
Kronoberg	885	65,7	28,4	74	31	22	47	1	3
Norrbottn	228	64,6	28,9	74	35	22	43	2	0
Skåne	2 724	65,4	28,5	72	37	21	42	1	2
Stockholm	3 301	66,8	27,8	75	34	21	45	1	2
Sörmland	710	67,1	28,4	69	33	21	46	1	4
Uppsala	582	65,4	29,0	73	36	17	46	1	2
Värmland	1 522	65,1	28,7	63	44	17	39	1	1
Västerbotten	477	64,9	28,5	65	38	14	48	2	1
Västernorrland	389	65,0	29,1	65	34	21	44	1	1
Västmanland	1 946	66,0	29,0	69	33	18	48	1	1
Västra Götaland	6 258	65,9	28,4	70	37	21	42	1	2
Örebro	819	64,5	28,9	67	41	19	40	1	1
Östergötland	2 903	65,3	28,6	62	39	19	42	1	1
Riket	29 384	65,7	28,5	69	37	20	43	1	2

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

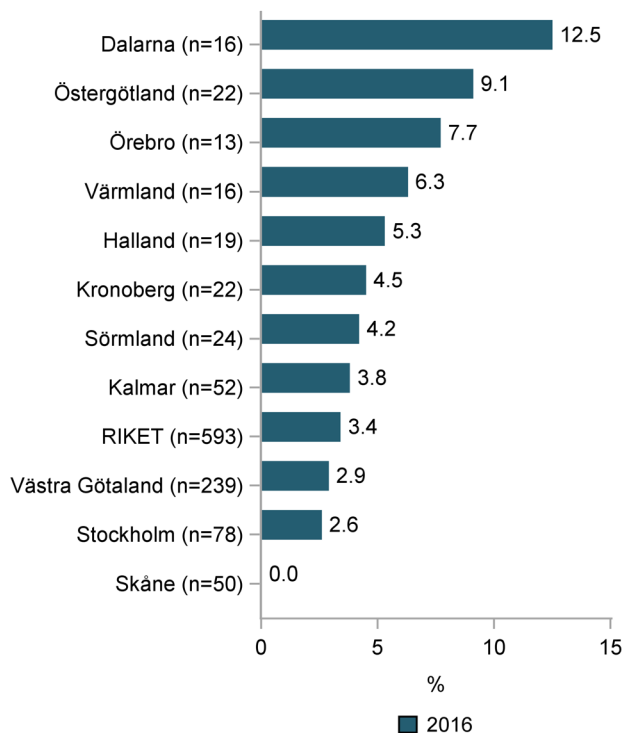
**Antal patienter med uppgifter på samtliga variabler i tabellen.

Deskriptiva data för patienter som varit på första besök.

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

INDIKATOR

Figur 20. Hand. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2016.*



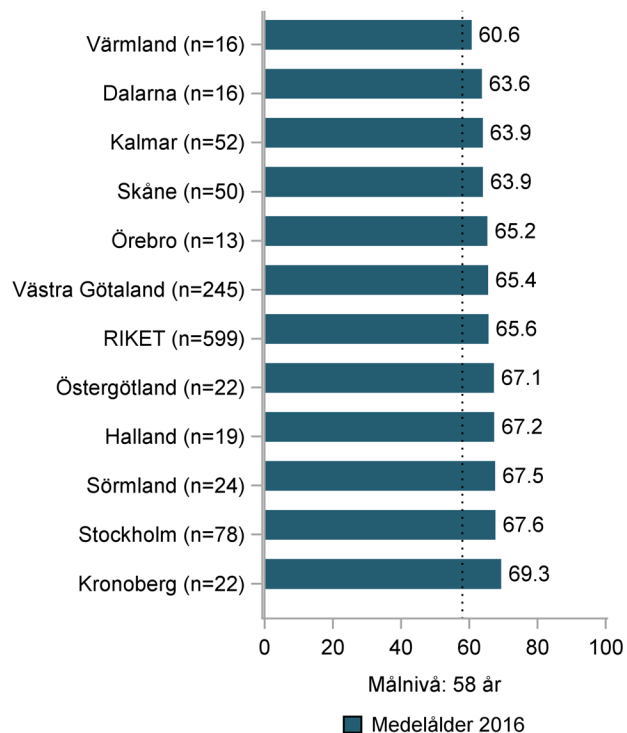
*Landsting med data för färre än 10 patienter redovisas inte.

Andel patienter med artrossymtom som söker artroskola direkt. **Målnivå: 15 %.**

Tolkning: Ett bra resultat är en lång blå stapel.

INDIKATOR

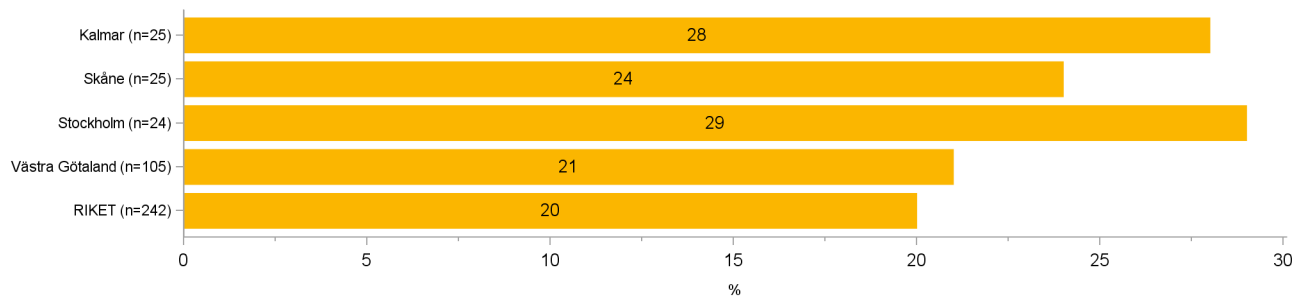
Figur 21. Hand. Medelålder för patienter vid första besöket, 2016.*



*Landsting med data för färre än 10 patienter redovisas inte.

Medelålder för patienter i artroskola. **Målnivå: 58 år.**

Tolkning: Ett bra resultat är en kort blå stapel.

Figur 22. Hand. Andel sjukskrivna* (under 65 år) vid första besök i artrosskolan (2008–2016).

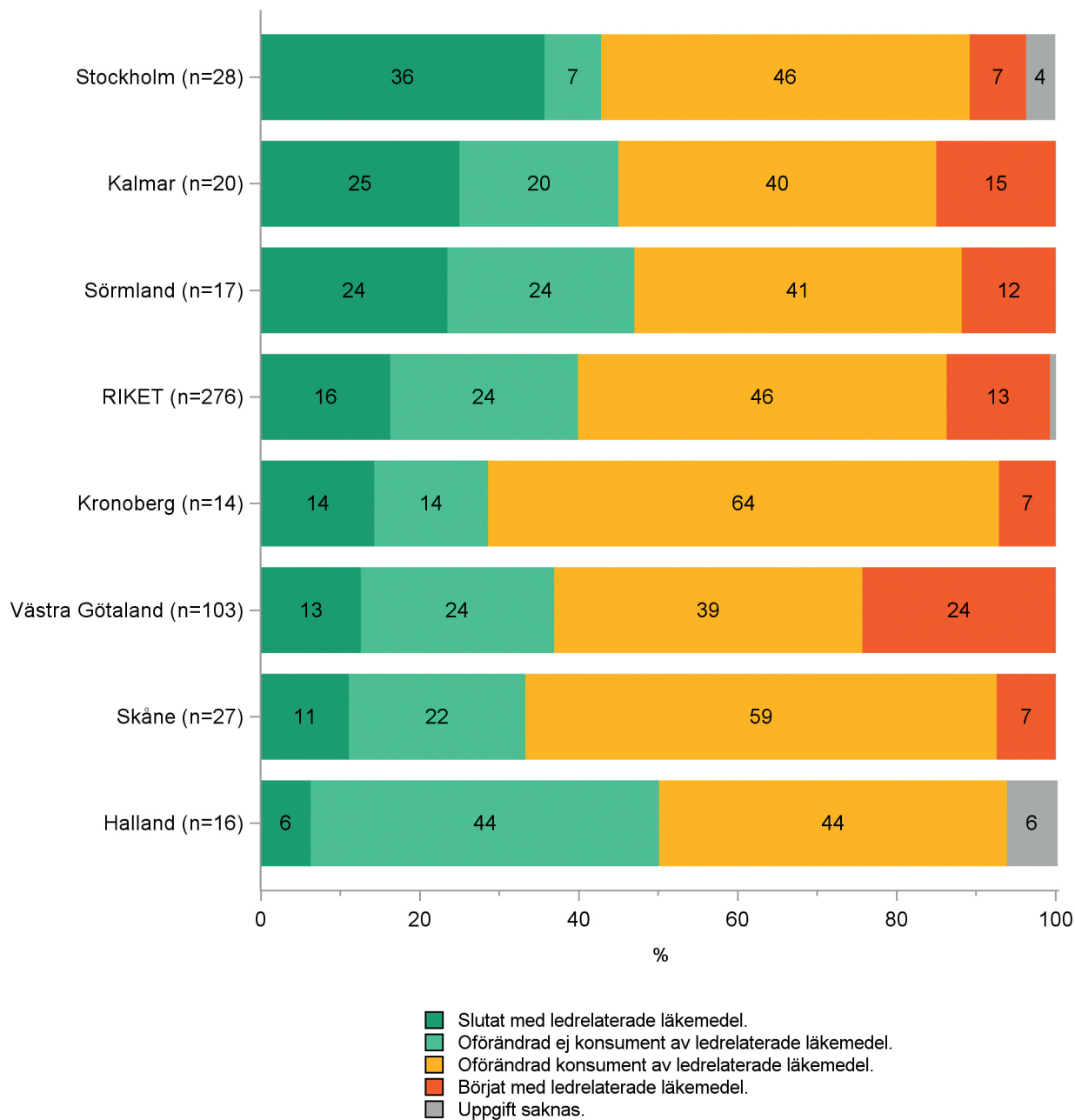
*Självrapporterad sjukskrivning.

Andelen sjukskrivna vid första besök i artrosskola varierar mellan landstingen.

Tolkning: 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.

Figur 23. Hand. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2016.*

INDIKATOR



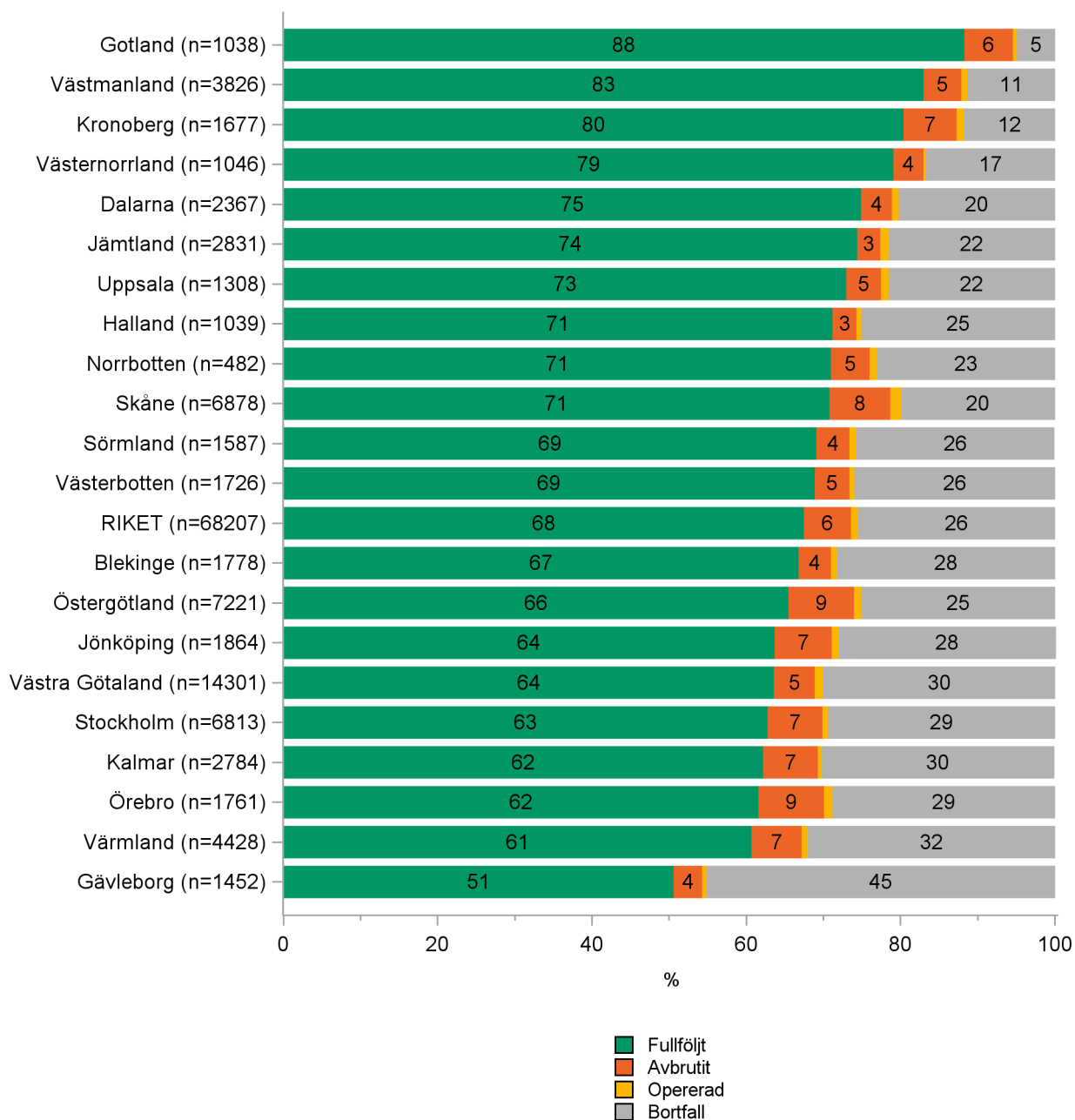
*Landsting med data för färre än 10 patienter redovisas inte.

Andel patienter som slutar eller börjar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola.

Målnivå: 30 % ska sluta med ledrelaterade läkemedel.

Tolkning: En lång mörkgrön stapel betyder att många patienter slutar med ledrelaterade läkemedel. Den röda stapeln visar patienter som börjar med ledrelaterade läkemedel, den bör vara kort.

Figur 24. Andel patienter som har fullföljt* artrosskolan vid tre månader, 2008-augusti 2016.**



*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 2016 gjordes för att samtliga patienter ska haft en möjlighet att ha gjort en 3-månadersuppföljning under 2016.

Andel patienter som fullföljt, avbrutit eller inte följts upp efter 3 månader 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.

Bakgrund och metodbeskrivning

BOA-registret är ett interventionsregister och mäter till största delen patientrapporterade utfallsmått. Interventionen, som följer Socialstyrelsens riktlinjer, är en strukturerad patientutbildning samt individuellt anpassad träning för patienter med artros i höft, knä och hand.

Patienter

Årsrapporten 2016 innehåller data från 73 797 patienter som registrerats i BOA-registret mellan 2008 och 2016. Statistiken baseras på ett datauttag från första veckan i januari 2017. Patienterna har behandlats enligt riktlinjerna hos rehab-enheter inom primärvården.

Avgränsningar

Patienter som har andra besvär som är mer uttalade och patienter med annan orsak till ledsmärtan (tex inflammatorisk ledsjukdom) inkluderas inte i registret även om de i en del fall kan bedömas lämpliga för att genomgå interventionen. Patienter som inte förstår svenska språket kan både genomgå interventionen och registreras i registret. Det markeras då i registret att någon del av interventionen har givits med tolk.

Variabler och datainsamling

Patientrapporterade variabler

Patienterna rapporterar in variabler via ett pappersformulär som fylls i vid ett individuellt besök hos en arbetsterapeut eller fysioterapeut. Formuläret innehåller bland annat frågor om smärta, fysisk aktivitetsnivå, hälsorelaterad livskvalitet och vilja att bli opererad (full variabellista finns på www.boaregistret.se). Formuläret matas sedan in i registret manuellt av vårdpersonal. Samma procedur sker vid ett uppföljningsbesök efter avslutad intervention. Efter ett år får patienten ett formulär skickat till sig med post, dessa formulär scannas in och importerar sedan som en textfil till databasen via en extern applikation.

Arbetsterapeutens och fysioterapeutens variabler

I samband med det individuella första besöket fyller även arbetsterapeuten eller fysioterapeuten i ett formulär. Detta formulär innehåller frågor kring vilka tidigare undersökningar och behandlingar som patienten genomgått för aktuella besvär. Vid uppföljningsbesöket registreras vilka delar av interventionen patienten har genomgått och om patienten har fått andra undersökningar eller behandlingar utöver interventionen. Formuläret registreras på samma sätt som patientens formulär på registrets hemsida.

Beräkningar för figurer och tabeller

Resultaten i denna årsrapport baseras på ett dataset som hämtats ur databasen den första veckan i januari 2017.

Då resultaten tyder på att interventionen har olika effekt för patienter med höft-, knä- och handartros redovisas resultaten separat per led i de flesta fall. Om en patient har besvär från flera leder redovisas den led som arbetsterapeuten eller fysioterapeuten bedömt som mest besvärande. Datan är deskriptiv och bör tolkas med viss försiktighet då underlaget för vissa indikatorer kan vara litet.

Alla resultat som redovisas är baserade på parade data, det vill säga patienter som har registreringar vid samtliga tillfällen som indikatorn mäts på.

Resultaten i årsrapporten redovisas på landstingsnivå, resultat på enhetsnivå finns att se i realtid på www.boaregistret.se. Statistik för enheter som har färre än tio patienter registrerade med kompletta data redovisas inte öppet men bidrar till rikets medelvärde. Med riket menas alla enheter i registret.

Det är svårt att beräkna täckningsgrad i registret då det ännu inte finns nationell statistik att tillgå för besök hos arbetsterapeut och fysioterapeut. Det finns en så kallad KVÅ-kod, GB020, som står för artrosskola. Denna kommer förhoppningsvis att kunna användas för att beräkna täckningsgraden i registret efterhand men är ännu inte implementerad på nationell nivå.

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

Interventionen

Interventionen som mäts i registret kallas härefter för artrosskola. Patienter som är lämpliga för artrosskola är patienter med symtom som vid höft-, knä- eller handartros. Dessa bedöms av en arbetsterapeut eller fysioterapeut vid ett individuellt besök. Sedan följer minst två strukturerade teorielektioner, oftast i grupp, där deltagarna får kunskap om vad artros är, nyttan av att fortsätta vara fysiskt aktiv och hanteringsstrategier.

Upplägget av artrosskolan varierar. Många enheter erbjuder tre teoritillfällen varav det tredje oftast hålls av en arbetsterapeut. Flera enheter erbjuder dessutom ett tillfälle med en så kallad artrosinformatör. En artrosinformatör är en proffspatient som berättar om sina erfarenheter av att leva med artros. Dessa personer är utbildade av Reumatikerförbundet i att leda samtal i grupp och är tänkta att verka som ett gott exempel. Artrosinformatörerna har själva artros och har lärt sig att hantera denna med hjälp av bland annat fysisk aktivitet.

I artrosskolan ingår även i de allra flesta fall ett erbjudande om ett individuellt anpassat träningsprogram. Det poängteras dock att träningen är valfri. En del enheter har möjlighet att erbjuda deltagarna övervakad träning under sex till åtta veckor. Många väljer dock att få ett individuellt anpassat program som de kan träna där det passar dem bäst, hemma eller på annat ställe.



Deltagande och rapportering

BOA-registret innehåller patienter som genomgått artrosskola. Det är svårt att uppskatta täckningsgrad då det inte finns tillförlitlig statistik på hur många artrosskolor som bedrivs i landet. Målet är att alla enheter som driver artrosskola ska rapportera alla patienter som uppfyller inklusionskriterierna i BOA-registret. Årsrapporten för 2016 innefattar 73 797 patienter som inkluderats och registrerats i registret till och med 2016. Under 2016 registrerades 17 336 patienter med höft-, knä- eller handartros. Under 2016 rapporterade 435 enheter in minst en patient i registret. Uppgifter om hur många artrosskolor som bedrivs innehåller en viss osäkerhet men en uppskattning är att 90 procent av enheterna som driver artrosskola även registrerar i BOA-registret. Dessa baseras på uppgifter från regionala kontaktpersoner.

Ännu registreras inte besök hos arbetsterapeut eller fysioterapeut rutinmässigt i varken vårddatabaser eller PAR, så en helt tillförlitlig täckningsgradsanalys är inte möjligt att genomföra. Det finns också en mängd olika journalsystem inom landet där några har ”artrosskola” som sökord och andra inte. Det råder heller ingen konsensus kring vilka besök som ska definieras som artrosskola. Detta gör att det är svårt att matcha hur många patienter som har gått artrosskola mot hur många patienter som finns i BOA-registret.

Forskning

På BOA-registrets hemsida finns rutiner och dokument för datautlämning. Här redovisas också alla pågående forskningsprojekt på data ur BOA-registret.



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

www.boaregistret.se