



BOA-registret

Årsrapport 2008–2010

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros
www.boaregistret.se



Årsrapport 2008–2010 års resultat

BOA-registret – Registercentrum Västra Götaland

www.boaregistret.se

Registerhållare

Carina Thorstensson

Sjukgymnast, Med Dr
Registerhållare
FoU-centrum Spenshult
carina.thorstensson@spenshult.se

Leif Dahlberg

Överläkare, Professor
Registerhållare
Ortopedkliniken,
Skånes Universitetssjukhus, Lund/Malmö
leif.dahlberg@med.lu.se

Övriga i styrgruppen

Göran Garellick

Kjell G Nilsson

Ingrid Lundin

Maria Klässbo

Lillemor Nyberg

Ingrid Cederlund

Therese Jönsson

Malin Jönsson-Lundgren

Övriga medverkande

Mia Johansson

Sjukgymnast
Ortopedkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Mia Lutvica

Läkarstuderande
Ortopedkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Statistiker

Zeliha Tuna

Registercentrum Västra Götaland

Mervete Miftaraj

Registercentrum Västra Götaland

Sektionsledare statistik

Ann-Marie Svensson

Registercentrum Västra Götaland
ann-marie.svensson@registercentrum.se

Ansvarig utgivare

Thomas Brezicka

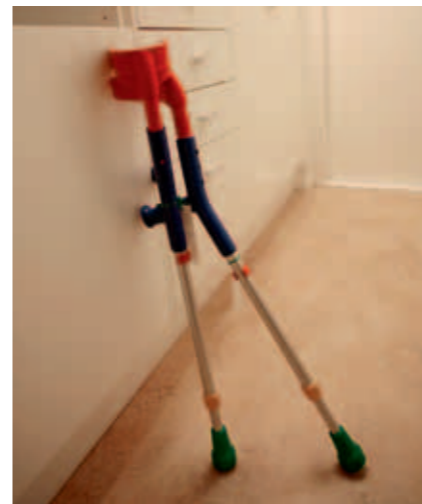
Chef
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISBN 978-91-979909-0-5

ISSN 2001-1067



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	5
Artrosdiagnostik	7
Socialstyrelsens riktlinjer – artros	9
Artros – mål och vision	10
BOA och artrosskola	12
BOA och verksamhetsanalys	15
Deltagande och rapportering	17
Resultat 2008–2010	20
Antal patienter och kliniska karakteristika	20
Tidigare åtgärder	29
Deltagande i artrosskolan	40
Praxis	43
Case-mix profil	46
Indikatorer/värdekompass	49
Förändring över tid	52
Vad tycker patienterna om artrosskolan	64
Andel som tycker det var användbar kunskap	65
Avbrutit/Opererade	66
Könsskillnader	67
Diskussion	70
Pågående studier	74
Fakta om BOA	75
Organisation	75
Medverkande enheter	76



Inledning

BOA-registret, för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, utsågs i december 2010 till ett Nationellt Kvalitetsregister av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Du håller i din hand den första årsrapporten, som omfattar verksamheten från starten år 2008 till och med december 2010.

Inom medicin är evidens ett ledord. En stor del av de behandlingar som används inom sjukvården i allmänhet och sjukgymnastik i synnerhet grundar sig emellertid på klinisk erfarenhet i brist på vetenskaplig evidens. Inom artrosområdet finns det starkt stöd i forskningen för sjukgymnastiska interventioner såsom träning och information. I verkligheten har det visat sig variera stort från landsting till landsting vilken behandling som erbjuds patienter med artros. Genom BOA vill vi att alla patienter ska erbjudas likvärdig behandling oavsett var de bor eller söker sjukvård. I BOA omsätts evidensen för information och träning vid höft- och knäartros i en så kallad artrosskola som leds av sjukgymnast, i många fall i samverkan med arbetsterapeut och patientombud. BOA-registret är det första Nationella Kvalitetsregister som utvärderar en sjukgymnastisk intervention. Genom register kan vi systematiskt samla kliniska resultat inom områden som är svåra att utvärdera vetenskapligt. Det ger oss möjligheter att lära av varandra för att optimera omhändertagandet av individen.

BOA startade som ett pilotprojekt på tio sjukvårdsenheter i fyra landsting och regioner år 2008. Verksamheten har sedan dess fortsatt att utvecklas både kvalitets- och volymmässigt. Den första årsrapporten innehåller data från 39 enheter i 11 landsting som tillsammans rapporterat in 3 766 patienter till registret innan utgången av 2010. Då årsrapporten sammanställs (augusti 2011) uppgår antalet anslutna enheter till 107. Vid utgången av 2011 kommer nära nog samtliga landsting att ha sjukgymnaster som är utbildade i artrosskola och registerkunskap.


BOA-registret innehåller främst patientrapporterat utfall. Sjukgymnasten rapporterar vilken behandling patienten fått tidigare samt följsamhet till intervention. Då vår avsikt är att nå patienterna så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet är artrosskolan främst riktad mot patienter i primärvården. Sjukvårdens olika organisation medför att patienter med artros i höft och knä, i somliga regioner och landsting, i stor utsträckning hänvisas till ortopedklinikerna. För att nå dessa patienter har artrosskolor startats upp på ett antal ortopedklinik runt om i Sverige. Vi har också ett flertal privata vårdgivare som

rapporterar data till registret. På sikt kommer vi att kunna jämföra de olika verksamheterna med varandra. I denna första rapport är dock underlaget för litet för den typen av grupperingar.

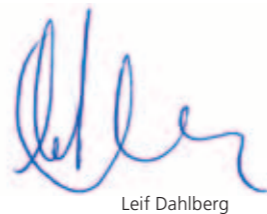
Årsrapporten syftar främst till att ge en enkel översikt av registrets innehåll. Statistiken är deskriptiv och de flesta medelvärden presenteras utan spridningsmått med hänsyn till de små materialen på kliniknivå. Resultaten bör därför ses som preliminära och tolkas med försiktighet. Resultat presenteras separat för höft och knä. Indelningen efter mest besvärade led baseras på sjukgymnastens bedömning vid undersökning. Många patienter anger besvär från både höft och knä. I 28 fall där man inte kunnat avgöra vilken led som utgör största besväret har patienterna grupperats till knä, eftersom det utgör den största gruppen. Inverkan av dessa 28 patienter på gruppens totala medelvärde blir mindre i en grupp med cirka 2 000 individer med knäbesvär än i gruppen på 1 000 individer med höftbesvär.

För att ge läsaren en överblick har vi valt att rapportera patientsammansättning på kliniken, så kallad case-mix, som en värdekompass. Vi har också valt ut ett antal resultatvariabler, indikatorer, som presenteras på kliniknivå och jämförs med rikets genomsnitt. "Riket" i det här fallet representeras av medelvärden från de 39 enheterna i de 11 landsting som ingår i registret. Vi har för avsikt att på sikt jämföra olika landsting, men i denna första rapport används landstingsnivå endast som sortering. Data på kliniknivå redovisas endast för enheter med fler än 10 patienter med höft- respektive knäbesvär. Vår avsikt är också att presentera män och kvinnor separat, men på grund av små material på kliniknivå innehåller denna första årsrapport framför allt resultat utan könsindelning. Alla resultat är parade data, det vill säga enbart patienter med kompletta data från nybesök och uppföljning inkluderas i resultaten.

Vi hoppas att denna årsrapport ska fungera som inspiration för fördjupningsanalyser och förbättringsarbete inom artrosområdet. Årsrapporten återfinns i sin helhet på www.boaregistret.se



Carina Thorstensson



Leif Dahlberg



Göran Garellick

Sammanfattning av 2010 års rapport

BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) utvärderar patientrapporterat utfall efter en sjukgymnastisk intervention – artrosskola. BOA initierades som ett pilotprojekt år 2008 med 10 medverkande enheter i fyra regioner/landsting. Våren 2010 öppnade registret för andra enheter. Intresset för medverkan var stort och i december 2010 godkändes registret som ett Nationellt Kvalitetsregister. Den första årsrapporten innehåller data från 39 enheter i 11 landsting som tillsammans rapporterat in 3 766 patienter till registret innan utgången av 2010. Vid årsrapportens pressläggning (augusti 2011) har 107 enheter anslutit sig till registret.

Artrosskolan enligt BOAs koncept har tagits med utgångspunkt från aktuell forskning inom området, samt patienternas tankar och önskemål om behandling av artros och stämmer väl överens med Socialstyrelsens preliminära riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar/artros. Målgruppen är patienter med besvär från höft och/eller knä av sådan grad att de söker sjukvård. Patienterna i BOA behöver inte ha en röntgenverifierad diagnos utan bedöms utifrån symptom, kliniska fynd och sjukhistoria. För att leverera och utvärdera artrosskolan på ett likvärdigt sätt leds artrosskolan av sjukgymnast som har genomgått en tvådagars utbildning i BOAs regi. Fram till utgången av 2010 hade cirka 650 sjukgymnaster och arbetsterapeuter utbildats över hela landet. I artrosskolan erbjuds patienterna information samt individuellt anpassad, övervakad träning under 6 veckor. Under denna tid introduceras också hemträning och andra alternativ för att bibehålla kontinuitet i träningen över lång tid. Betydelsen av att vara fysiskt aktiv under lång tid betonas i patientundervisningens alla delar.

Artros är mycket vanligt förekommande och föranleder ett stort antal besök i hälso- och sjukvården. Statistik från vårddatabaser (VEGA och Region Skåne) visar att 1 600 unika individer med höft och knäartros/100 000 invånare över 45 år uppsöker primärvården varje år. För att kunna erbjuda artrosskola till samtliga som söker skulle det behövas 160 artrosskolor/100 000 invånare över 45 år. Trots att information och anpassad fysisk aktivitet har påvisat goda resultat vid behandling av artros i en rad vetenskapliga studier har många patienter med artros aldrig erbjudits denna behandling. Ett av målen med BOA är att säkra jämlik och säker vård genom att sprida kunskap och förändra rutiner i vården så att

alla patienter med artros i höft och knä ska få information om sin sjukdom och om vad man kan göra själv för att lindra sina besvär och förebygga funktionshinder så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Ett annat mål är att systematiskt utvärdera och kvalitetsförbättra resultatet av en sjukgymnastisk åtgärd. Varje enhet som rapporterar in data i registret kan när som helst hämta ut sina resultat i realtid och jämföra dem med rikets genomsnitt. Kontinuerlig återkoppling är ett viktigt redskap i verksamhetsutveckling. Datakvaliteten i BOA-registret är mycket god om vi bedömer hur stor procent av frågorna som besvaras och matas in. Varje enskild fråga är besvarad i mer än 98% av fallen.

Resultaten i denna rapport redovisas separat för höfter och knän. Patienter med besvär från både höft och knä kategoriseras utifrån den led som sjukgymnasten bedömt orsakar mest besvär. Två tredjedelar har mest besvär från sina knän. Cirka 70% av patienterna i registret är kvinnor. Könskillnader presenteras i denna rapport endast på riksnivå. Framgent, när antalet patienter per enhet ökar, kommer årsrapporten att redovisa resultat för män och kvinnor separat. Vi vill också understryka att patientunderlaget kan skilja sig betydligt mellan olika kliniker, då vi i BOA-registret redovisar data från såväl ortopedklinik som primärvård, och från både offentliga och privata aktörer. Dessa aspekter måste vägas in vid tolkning av resultat. Denna första rapport bör främst ses som en beskrivning av verksamheten och som en utgångspunkt för kommande förbättringsarbete inom sjukgymnastisk verksamhet.

I Västerbotten har införandet av artrosskola och registrering i BOA medfört att rutinerna i sjukvården setts över som ett led i förbättringsarbete. Efter att sjukvården brottats med allt längre väntetider för att få träffa ortoped infördes 2008 artrosskola på ortopedkliniken. Patienterna erbjuds artrosskola under tiden de stod på väntelista. Cirka 2/3 av patienterna som remitterades från primärvården till ortopedkliniken i Umeå med diagnos höft- eller knäartros bedömde sig, efter genomgången artrosskola, vara så förbättrade att de inte hade behov av att träffa ortoped för diskussion om operation. Majoriteten av den tredjedel patienter som inte hade förbättrats tillräckligt av artrosskolan blev opererade inom ett år. De goda resultaten från artrosskolan vid ortopedkliniken Umeå har lett till att Västerbottens läns landsting beslutat att

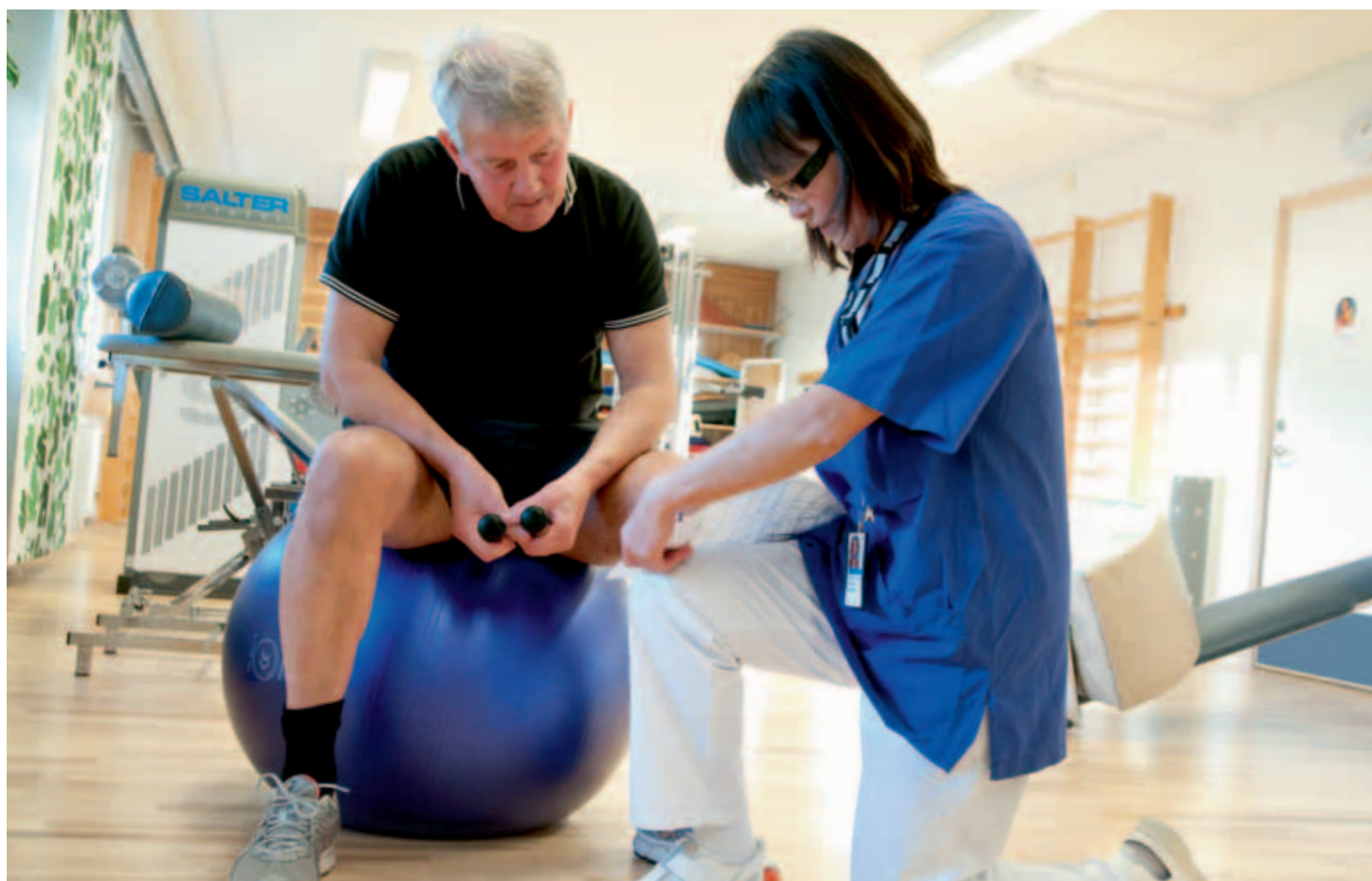
införa artrosskola i primärvården. Nu diskuteras möjligheten att införa krav på genomgången artrosskola för att få remittera patienter till ortopedkliniken.

I kvalitetsförbättringshänseende vill vi uppmana alla enheter att aktivt använda sina resultat. På så sätt upptäcks eventuella felmatningar och validiteten i registrets data förbättras ytterligare.

Följande intressanta iakttagelser kan lyftas fram ur resultaten från BOA-registrets tre första verksamhetsår:

- Röntgen är en vanligt förekommande åtgärd. Röntgen är ett relativt billigt, men också trubbigt verktyg för att diagnostisera artros, där det ofta tar 10-15 år mellan första symtom och synliga förändringar på röntgen. Den relativt höga andelen patienter i BOA-registret som uppger att röntgen visar förändringar som vid artros leder tankarna till att många patienter kan ha fått vänta på en röntgenverifierad diagnos innan behandling har satts in.
- Var tredje man och var femte kvinna vill bli opererad.
- Män är i större utsträckning än kvinnor rädda att deras led ska ta skada av fysisk aktivitet.
- Endast 15% av patienterna är fysiskt aktiva på en nivå som anses tillräcklig för att bibehålla hälsan.

- Runt 40% av patienterna uppger att de inte har fått någon förklaring till sina besvär eller att de fått veta att de har förslitning. Föreställningen om att leden är utsliten leder sannolikt till en rädsla för att orsaka värre skada genom att vara fysiskt aktiv och ökar risken för inaktivitet och därmed ohälsa och för tidig död.
- En tredjedel av patienterna har andra besvär än höft och knä som påverkar deras gångförmåga. Även om insatser görs för att minska funktionshinder och symtom till följd av artros finns det andra problem som utgör hinder för en ökad aktivitetsnivå.
- Patienter med mest besvär från knälederna har mer bestående effekt på smärta av artrosskolan än patienter med besvär från höften.
- Efter 3 månader har hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D förbättrats med 0.07 för både höft och knä. Efter 12 månader är skillnaden 0.04 jämfört med vid nybesök.
- Efter tre månader uppger 63% att de använder vad de lärt sig i artrosskolan varje dag eller flera gånger dagligen och 92% säger sig använda det minst varje vecka. Efter 12 månader använder 32% dagligen sina kunskaper från artrosskolan och 63% använder dem varje vecka.



Artrosdiagnostik

Diagnosen artros har traditionellt ställts med hjälp av röntgen. Sambandet mellan symtom och röntgenförändringar vid artros är svagt och det tar ofta många år från första symtom tills förändringar blir synliga på röntgen. Ungefär hälften av alla de som har ont har inga röntgenologiska tecken på artros, och tvärtom; hälften av de som har röntgenförändringar som vid artros har inte ont. Det finns ännu ingen bot för artros, utan behandlingen går ut på att minska symtom samt förebygga funktionshinder, förbättra funktion och livskvalitet. För att få bästa effekt av behandling är det väsentligt att sätta in åtgärder så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet.

Klinisk diagnos

I den preliminära versionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar fastslås att artros ska diagnostiseras med hjälp av anamnes och klinisk undersökning (se sid 9, Socialstyrelsens riktlinjer). Röntgen bör endast användas i de fall där osäkerhet råder om diagnos eller då specialistremiss övervägs. Generellt utvecklas artros långsamt och tiden mellan första symtom och synliga förändringar på röntgen är ofta mer än tio år. Debuten av artros är ofta smygande med ökande stelhet och belastningssmärta som första symtom, speciellt i höften. Men i både höft och knä kan symtomdebuten komma plötsligt och ibland av ett obetydligt våld som normalt inte skulle ge långvariga symtom. Symtomen är ofta fluktuerande, så att perioder av försämring följs av en period med minskade besvär. Längden på dessa perioder av försämring och förbättring kan variera från dagar till månader. Somliga försämras relativt snabbt, medan det hos andra går väldigt långsamt och hos vissa stannar till och med förloppet av eller går tillbaka. Prognosen för den enskilde går idag inte att förutsäga. Det långsamma förloppet och variationen i symtom över tid gör att relationen mellan symtom och strukturförändringar som är synliga på röntgen är dålig. För att undvika att behandling fördröjs och för att få bästa effekt av behandling är det väsentligt att sätta in åtgärder i den stora populationen med artros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet.

Röntgen

Av tradition söker den medicinska professionen objektiva och kvantifierbara mätmetoder. Röntgenundersökning, som ju är vår äldsta möjlighet att avteckna skelettet, har blivit en ofta använd metod vid diagnostik av ledbesvär. Brosk kan inte ses med röntgen utan det man ser är en sänkning av ledspringan så att avståndet mellan ledytorna minskat. Andra typiska artrosförändringar är osteofyter

som är en pålagring av ben runt ledytanerna och för-tjockat ben under brosket, så kallad skleros. Vanlig röntgenundersökning påvisar endast relativt avancerade ledförändringar när sjukdomen har pågått under många år och brosket till stor del redan saknas. Många har emellertid ledbesvär utan att röntgen kan påvisa några förändringar. För patienten är det nedsatt funktion, oberoende av om det föreligger röntgenologiska ledförändringar eller inte, som föranleder besök i sjukvården och det är också symtomen och inte röntgenförändringarna som styr valet av behandling. Inför planering av ledprotesoperation är röntgenundersökning ovärderlig men för att initiera de behandlingar som Socialstyrelsen föreskriver som första åtgärd, det vill säga information och träning, krävs ingen röntgenundersökning.

Magnetkamera

Undersökning med magnetkamera (MR) är en utmärkt metod för att påvisa förändringar i ledens olika vävnader. Nackdelen med MR är att man ibland uppträcker förändringar som felaktigt uppfattas vara relaterade till de aktuella besvärerna, med åtföljande risk för onödigt och missriktad behandling. Smärta medialt i knäleden som vid medial knäartros kan exempelvis lätt förväxlas med en medial meniskskada. Eftersom menisken inte syns på vanlig röntgen genomförs ofta MR vid misstanke om skada, vilket i stort sett alltid påvisar förändringar i menisken hos personer äldre än 35 år. En studie från 2008 (1) visade att många förändringar finns i lika stor omfattning i menisker hos besvärsfria individer som hos dem med symtom. Att en påvisad förändring tekniskt är möjlig att påverka med kirurgi innebär inte att den nödvändigtvis ger symtom eller behöver åtgärdas. Förekomst av meniskförändringar ökar med stigande ålder och är ett regelmässigt fynd hos patienter med radiologiskt påvisbar artros. Risken för att fynd av meniskförändring på MR ska leda till artroskopi ("titthälskirurgi") är överhängande vilket medför att

korrekt diagnostik fördröjs och försenar start av evidensbaserad behandling enligt nedan. Det finns anledning att misstänka att antalet MR-undersökningar av knäleden på denna patientgrupp utförs alltför ofta, något som uppmärksammats i Nationella Medicinska Indikationer (SKL).

Artroskopi

Artroskopi utförs betydligt oftare i knäleden än i höften. I början användes artroskopi i knäleden mycket för att bedöma ledens tillstånd. Nu finns bred uppslutning bakom att artroskopi ska användas för kirurgisk åtgärd snarare än för diagnostik. Artroskopi vid artros eller meniskskada har undersökts i några mycket väl designade studier där man jämfört artroskopi med placebo samt också med träning av lärmuskulaturen (2,3). Resultaten visar att artroskopi ger en placeboeffekt och att den inte säkert tillför något till de goda resultat som träning ger. Erfarenheten visar också att många av de artroskoperade patienterna ofta inte fått tillräcklig symtomlindring av en sköljning och städning av leden via artroskop. Det är viktigt att minnas att dessa resultat gäller på gruppnivå. Inom professionen pågår en debatt om vilka patienter med menisklesion som skulle kunna få hjälp av behandling via artroskop. Studier som kan svara på detta saknas. Fysisk aktivitet och träning är helt ofarligt och föreskrivs som artrosbehandling i Socialstyrelsens preliminära

version av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (se sid 9, Socialstyrelsens riktlinjer). Denna behandling bör prövas av majoriteten av dessa patienter under cirka 2–3 månader. Därefter kan ett eventuellt behov av artroskopi bedömas. Undantag gäller då det förekommer låsningar i knäleden, sträckdefekt eller efter trauma med knäsmärta och hemartros. Att artroskopi är en åtgärd som överutnyttjas har uppmärksammats i Öppna jämförelser 2009 (Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen (SOS), Folkhälsoinstitutet (FHI)). Av 12 000 utförda artroskopier på patienter över 40 år med artros eller meniskskada uppskattas 10 000 ha utförts på tveksam indikation. Av dessa hade cirka 6 000 diagnosen artros. I de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar står artroskopi vid artros på ”icke-göra listan”.

1. Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, et al. *Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons.* *N Engl J Med.* 2008 Sep 11;359(11):1108-15.
2. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee.* *N Engl J Med.* 2002 Jul 11; 347(2):81-88.
3. Herrlin S, Hallander M, Wange P, Weidenhielm L, Werner S. *Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomised trial.* *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2007 Apr; 15(4):393-401.



Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar kom ut i sin preliminära form i november 2010. De ska bidra till en rättvis och jämlik sjukvård i hela landet.

Nya riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Slutversionen av Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar beräknas komma våren 2012. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer ska vara ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om diagnostik, behandling och rehabilitering av rörelseorganens sjukdomar. De belyser områden där behovet av vägledning är stort på grund av att det finns praxisskillnader, kontroversiella frågor eller behov av kvalitetsutveckling. Målet är att bidra till att hälso- och sjukvården använder sina resurser effektivt, fördelar dem efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringar. Syftet är att främja god vård för patienterna. Rekommendationerna ger vägledning för beslut på gruppnivå. Rekommendationerna utgör även indirekt en vägledning och ett stöd för beslut som rör enskilda personer, fastän det självfallet kan finnas omständigheter som motiverar att personalen i hälso- och sjukvården gör avsteg från rekommendationerna. Socialstyrelsens rekommendationer är resultatet av en samlad bedömning av:

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens nytta för tillståndet (effekten)
- evidensen för effekten (hur starkt det vetenskapliga stödet är)
- åtgärdens kostnadseffektivitet (jämfört med andra åtgärder, eller ingen åtgärd alls)

Riktlinjer för artros

Riktlinjerna föreskriver att hälso- och sjukvården bör ställa diagnos med hjälp av en samlad bedömning av anamnesen, tre vanliga symtom och tre typiska kliniska

fynd. Symtom som är vanliga vid artros är smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion. Exempel på typiska fynd vid undersökning av knä är krepitationer (ett knastrande ljud som kan höras i en led med artros), nedsatt rörlighet och svullen led. Vid undersökning av höft kan kliniska fynd vara nedsatt böjformåga och inåtrotation samt smärta vid inåtrotation. Röntgenundersökning är nödvändig när personen inte svarat på behandling (till exempel sjukgymnastledd träning eller smärtlindrande läkemedel) inom förväntad tid eller när vården måste utesluta annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funktionsnedsättningen. Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården inte behandlar med glukosamin eller hyaluronan vid artros i knä- eller höftled. Dessa ämnen har inte någon effekt på smärta eller ledfunktion. Socialstyrelsen anser vidare att hälso- och sjukvården inte bör göra artroskopisk kirurgi i form av ledstädning med meniskresektion vid artros i knäleden. Som behandling av artros har artroskopi inte bättre effekt på smärta och funktion än träning och smärtlindrande medicin. Som behandling vid artros i knäleden rekommenderas att hälso- och sjukvården bör ge regelbunden, övervakad träning under lång tid (1).

BOA och riktlinjerna

Omhändertagandet av patienter med artros enligt BOAs koncept följer Socialstyrelsens riktlinjer. Patienterna i BOA behöver inte ha en röntgenverifierad diagnos, utan bedöms utifrån symptom, kliniska fynd och sjukhistoria. I BOA erbjuds patienterna individuellt anpassad, övervakad träning under 6 veckor. Under denna tid introduceras också hemträning och andra alternativ för att bibehålla kontinuitet i träningen över lång tid. Betydelsen av att vara fysiskt aktiv under lång tid betonas i patientundervisningens alla delar.

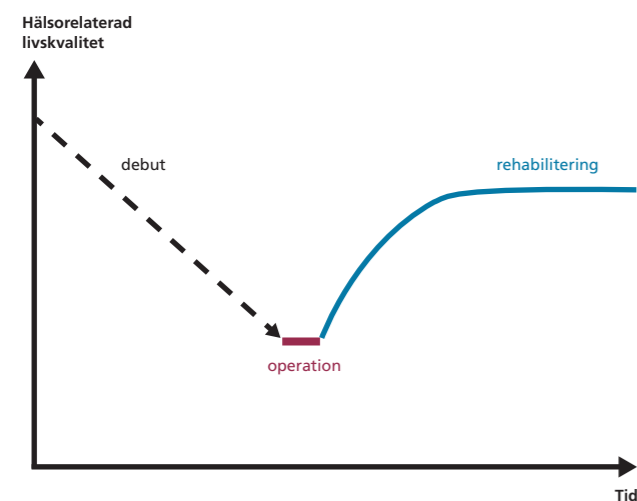
1. *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010 – stöd för styrning och ledning – Preliminär version.* <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-15>

Artros – mål och vision

Har vi nytta av ett sjukgymnastbaserat Nationellt Kvalitetsregister?

Artros är en av våra stora folksjukdomar. WHO har beräknat att varannan kvinna och var fjärde man över 60 års ålder lider av någon form av artros. Artros i knä och höft är de artroslokaliseringar som oftast för patienten till sjukvården. I Sverige har vi sedan 70-talet en världsunik kontroll på hur det går för de patienter som i slutstadierna av knä- och höftartros blir opererade med knä- respektive höftprotes. Denna individbaserade kontroll fås via Sveriges äldsta Nationella Kvalitetsregister: Svenska Knäprotesregistret och Svenska Höftprotesregistret. Vi vet, med stor noggrannhet, hur det går för dessa patienter efter det att man bestämt sig för att operera. Vi har dock låg kunskap om förloppet från det att patienterna får symptom från sina artrosleder till den dag de opereras (se figur).

Artrosförlopp över tid



Det finns ett stort behov av att kartlägga artrospatienternas väg genom sjukvården. Artros i någon av de stora lederna kostar det svenska försäkringssystemet uppemot 1 miljard kronor per år. Den streckade delen av ovanstående figur utgör den tidsperiod av artrosutvecklingen som för närvarande är dåligt kartlagd. Ett av de viktigaste framtida målen med BOA är att bidra med kunskap om hur patienterna tas om hand innan de eventuellt opereras – det vill säga att vi via samkörning mellan ett riksimplicerat BOA-register och de etablerade implantatregistren kan nå ett heltäckande system avseende verksamhetsanalys, -förbättring och klinisk forskning kring artrossjukdom i de stora lederna. Om samkörningarna också omfattar

Statistiska Centralbyrån (SCB), Socialstyrelsens Hälsodataregister (som till exempel: Nationella Patientregistret, Läkemedelsregistret), Försäkringskassa och KPP-datasen (Kostnad Per Patient) kan vi få tillgång till helt världsunika och individbaserade databaser som kan ha en potential att på ett komplett sätt kartlägga denna stora patientgrupps omhändertagande i svensk sjukvård. Denna analys kan då omfatta både process- och resultatmätt liksom prediktorer för både bra och dåligt utfall efter BOAs intervention. Via registerresultat fås en rad utfallsvariabler såsom rent objektiva resultat och patientrapporterat utfall (PROM). Via de officiella statistikdatabaserna kan socioekonomiska variabler och grad av samsjuklighet inkluderas i analysen, som då också kan utnyttjas till hälsoekonomiska studier. För första gången kan vi via en nationell prospektiv observationell studie följa en standardiserad fysioterapeutisk intervention. Både BOAs databas och de framtida samkörningsdatabaserna kommer att öppna ett nytt forskningsfält med potential för ett stort antal magister- och doktorandprojekt.

Det svenska systemet med Nationella Kvalitetsregister

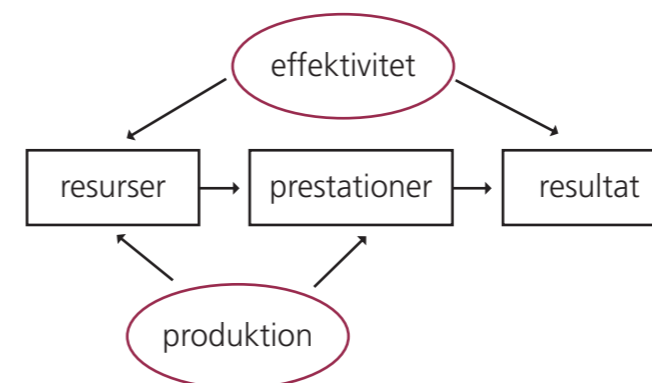
Sveriges första Nationella Kvalitetsregister, Svenska Knäprotesregistret, startades av ortopedkliniken i Lund 1975, och några år senare, 1979, startades i Göteborg Svenska Höftprotesregistret. Tekniken att ersätta artrosdrabbade leder med proteser var relativt ny i Sverige i början av 1970-talet och komplikationsfrekvensen var inledningsvis hög. Genom att skapa nationella register, där samtliga operationer registrerades, skapades ett stort material där man med stor statistisk kraft kunde identifiera protestyper och tekniker som fungerade dåligt. Man diskuterade och drog slutsatser runt om på landets ortopedkliniker och registren har med stor sannolikhet bidragit till att Sverige nu är världsledande inom proteskirurgin.

Under de närmast följande åren tillkom i långsam takt ytterligare Nationella Kvalitetsregister. Representanter för dåvarande Landstingsförbundet och Socialstyrelsen bildade 1993, tillsammans med två registerhållare och Svenska Läkaresällskapet, det som senare döptes till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister. Gruppen diskuterade hur fler register skulle skapas och finansieras och principerna för dagens decentraliserade registersystem utformades. Från och med 2007 sköter Sveriges Kommuner och Landsting all central administration av

kvalitetsregistren. Beslutsgruppen har nu representanter för SKL, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening samt landstingen via tre landstingsdirektörer.

En expertgrupp med kunskap inom hälso- och sjukvård, epidemiologi och statistik, registerdrift och kliniskt förbättringsarbete går varje år igenom ansökningshandlingar.

Landstingen, regionerna och de lokala huvudmännen har traditionellt följt upp sin verksamhet med produktivtets- och kostnadsmätt, men det har tidigare inte funnits någon systematisk koppling till det faktiska utfallet och nyttan av verksamheten (se figur nedan). De Nationella Kvalitetsregistren har utvecklats för att fylla detta tomrum. Sverige är det land i världen som kommit längst med att utveckla kvalitetsregister. 89 Nationella Kvalitetsregister täcker över 30 procent av sjukvårdens totala kostnader och ungefär 45 procent av kostnaderna för den somatiska slutenvården.



Sverige är ett litet land som trots detta hållit en internationellt sett mycket hög kvalitet i såväl hälso- och sjukvård för medborgarna som i sin medicinska forskning. Effektiva uppföljningssystem av sjukvårdens resultat och en klinisk forskning av högsta internationella standard är en nödvändighet för att upprätthålla kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård och bibehålla Sveriges konkurrenskraft. Hälso- och sjukvården bör fokusera mer på värdet för patienterna.

Kvalitetsregistren är och kan bli ett än mer kraftfullt verktyg för vårdpersonalen. När det finns möjligheter att göra internationella jämförelser har de verksamhetsgrenar i Sverige som sedan länge använder kvalitetsregister nästan undantagslöst visat sig ha längre överlevnad, bättre behandlingsresultat och mindre komplikationer än andra länder.

De sista åren har via olika statliga utredningar och en rapport från Boston Consulting Group inneburit ett kraftfullt ökat fokus på de Nationella Kvalitetsregistren och deras potential för verksamhetsanalys, kliniskt förbättringsarbete och klinisk forskning. Intresset från politiker och övriga beslutsfattare på olika nivåer liksom från universiteten har dramatiskt ökat.

Utredningen om den kliniska forskningen och delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen har visat att vi förlorat en del mark gentemot andra länder när det gäller klinisk forskning och att vi samtidigt insett vikten av en kraftfull satsning på register. Det har också funnits en enighet om att det egentligen bara är ett område där svensk hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har unika konkurrensfördelar gentemot övriga världen. Personnummer, heltäckande befolknings- och hälsodataregister samt Nationella Kvalitetsregister av hög kvalitet ger oss förutsättningar för att följa upp patienterna och därigenom utveckla vården och bedriva forskning som de flesta länder utanför Norden saknar.

Registerstudiers fördel för klinisk forskning

Observationella kliniska studier har under lång tid ansetts ha en relativt låg evidensnivå jämfört med randomiserade studier (RCT). Inom kirurgiska discipliner är det dock mycket svårt och i många fall omöjligt att genomföra RCTn med "statistisk power". Eftersom randomiseringen sällan omfattar kirurgen/sjukgymnasten går det inte att undvika "performance bias" och en stor andel av de publicerade artiklarna inom området är publicerade av innovatören och/eller vid "centre of excellence".

Registerstudier har några uppenbara fördelar jämfört med en RCT; statistisk kraft att analysera ovanliga händelser och komplikationer, att beskriva subgruppers resultat, att finna prediktorer för utfall och att undvika "performance bias" enligt ovan. Registerstudier kan rapportera generaliserbara resultat som belyser hela det ortopediska/sjukgymnastiska samhället ("the real world"). Kliniska forskningsresultat från register kan då gå hand i hand med lokala förbättringsarbeten på alla kliniker – inte bara på specialenheter.

Det är nu mycket glädjande att Cochrane (musculoskeletal group) överväger att inkludera registerresultat i sina översikter, vilket då kommer att höja evidensvärdet av denna typ av studier. Samma diskussion pågår på flera lärosäten i Sverige.

BOA och artrosskola

BOA står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. BOA-registret kan sägas vara en kombination av ett diagnos- och ett interventionsregister för patienter med besvär från höft och knä.

Syfte och mål med BOA

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

Så började det

BOA initierades 2008 som ett 3-årigt samverkansprojekt mellan Västra Götalands Regionen, Region Skåne, Värmlands läns landsting och landstinget i Västerbotten. Bakgrunden var de höga sjukskrivningskostnaderna för artros och kunskapen om att endast en bråkdel av alla patienter som opereras på grund av artros har träffat en sjukgymnast vid något tillfälle före operation. Detta trots att information, träning och viktkontroll utgör grunden i artrosbehandling enligt såväl nationella som internationella behandlingsriktlinjer. Projektet finansierades med medel från Försäkringskassan och landstingsmiljarden. Tio vårdgivande enheter i dessa fyra regioner (Mölnadal, Kungälv, Munkedal, Trollhättan, Vänersborg, Malmö, Trelleborg, Lund, Karlstad, Umeå) utgjorde pilotenheter i registret. Baserat på hur sjukvården var

organiserad i respektive region/landsting inkluderades såväl primärvårds- som slutenvårdsenheter i projektet. Sjukgymnaster och intresserade arbetsterapeuter utbildades genom BOA att leverera och utvärdera artrosskolan på ett likvärdigt sätt. Tvådagars-utbildningen omfattade aktuell evidens inom området och syftade till att ge en djupare kunskap om artros och den icke-kirurgiska behandlingen av artros. I utbildningen ingick även grundläggande registerkunskap, då kvalitetsregister fortfarande är ett tämligen nytt och okänt fält inom sjukgymnastik. Då artrosskolan syftar till att påverka självskattad fysisk aktivitetsnivå, rörelserädsla, motivation till operation och tilltron till den egna förmågan att kunna påverka symtom inkluderades dessa som utvärderingsmått i BOA-registret, tillsammans med patientnöjdhet och ytterligare patientrapporterade variabler som använts i Svenska Höftprotesregistret sedan flera år, såsom smärta och hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D). Sjukgymnasten som levererade artrosskolan till patienterna var också den som rapporterade in data i registret. Under en konsolideringsfas testades frågeformulär och databas av de tio pilotenheterna, samtidigt som sjukgymnaster vid fler enheter utbildades för att kunna starta artrosskolor och ansluta till registret. I början av 2010 öppnades registret för fler enheter.

Artrosskolan

Artrosskolan vänder sig till patienter med besvär från höft eller knä av sådan grad att de söker sjukvård. Röntgen eller en diagnos sedan tidigare är inte nödvändigt. Alla patienter som bedöms ha nytta av artrosskolan träffar sjukgymnasten för ett individuellt besök före artrosskolan. Patientens sjukhistoria och sjukgymnastens undersökning ger möjlighet att ställa en klinisk diagnos, alternativt utesluta andra orsaker till besvären. Även om det senare skulle visa sig att besvären inte berodde på artros riktar sig behandlingen som erbjuds i artrosskolan – information och träning – mot funktionshindren och riskerna med behandling är försumbara. Patienter med inflammatorisk ledsjukdom, annan sjukdom som ger mer dominerande symtom (exempelvis malignitet eller generaliserad smärta), eller havererad collumfraktur behöver primärt ett annat

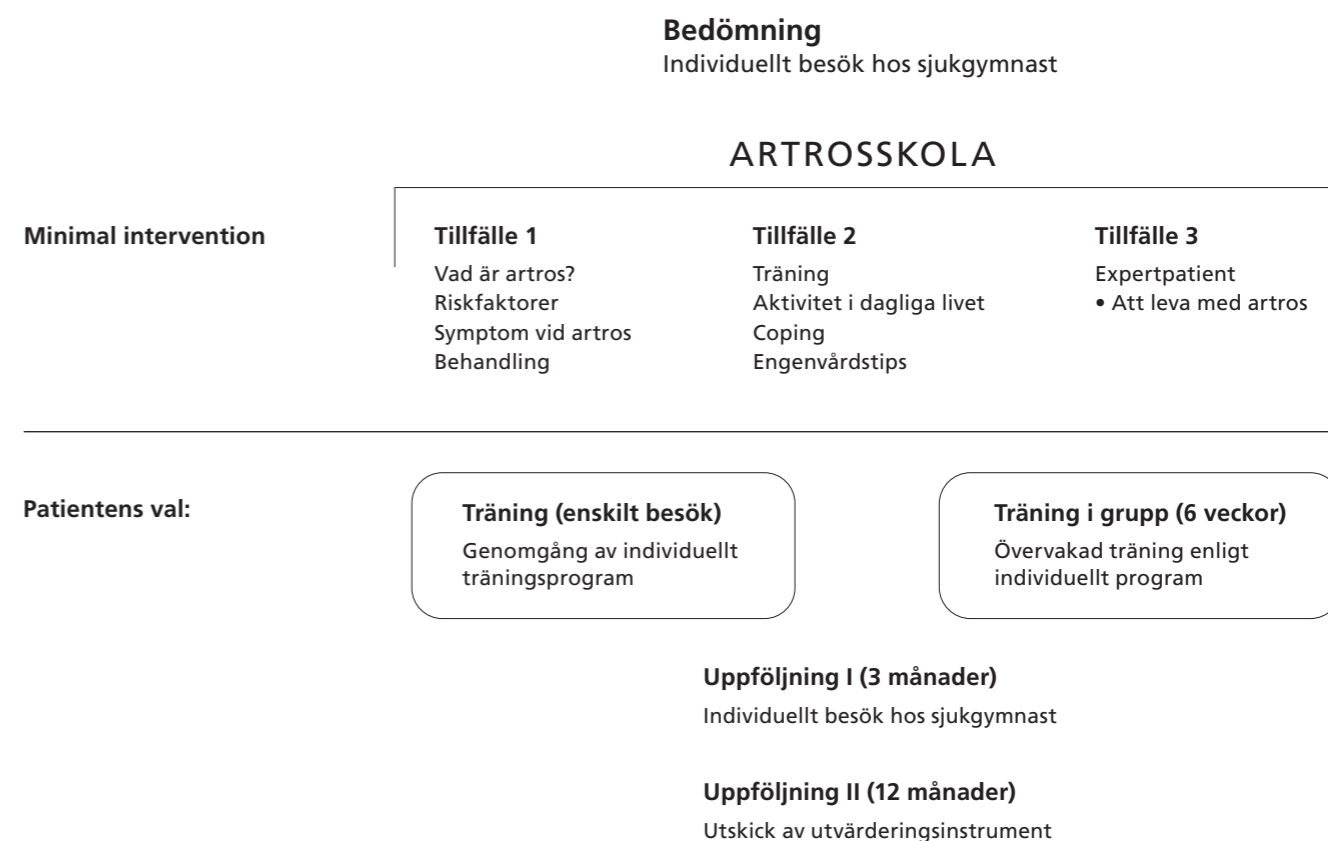
omhändertagande och exkluderas därför ur artrosskolan och registret. Patienter som inte förstår svenska bör få ett individuellt omhändertagande, eventuellt med tolk, för att säkerställa att de tillgodogör sig informationen på ett korrekt sätt. De behöver inte heller besvara frågeformulären som registreras i BOA-registret.

Information

Artrosskolan har tagits fram mot bakgrund av aktuell forskning inom området, samt patienternas tankar och önskemål om behandling av artros. Artrosskolan i BOA innehåller en ”minimal intervention” som bedrivs på liknande sätt på alla enheter (Figur 1). Innehållet omfattar information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar, samt egenvårdstips. Skolan leds av sjukgymnast, och på vissa håll även arbetsterapeut, med speciell utbildning och gedigen kunskap om artros. Dessutom inkluderar artrosskolan ett tillfälle som leds

av en ”expertpatient”, det vill säga en patient med artros som har genomgått en speciell utbildning för att kunna tala om hur det är att leva med artros och om sina erfarenheter av grundbehandling. Dessa expertpatienter är utbildade av Reumatikerförbundet. Syftet med deras medverkan är att deltagare i artrosskolan lättare ska kunna identifiera sig med den som levererar råd och rekommendationer och på så sätt gemensamt hitta lösningar på de svårigheter som kan upplevas i samband med fysisk aktivitet i vardagen. På de platser där den lokala reumatikerföreningen har resurser och aktiviteter för patienter med artros kan deltagare ur artrosskolan få fortsatt fördjupning av artroskunskaperna genom studiecirklar eller föreläsningar i den lokala föreningen, samt erbjudas kontinuerlig träning i föreningens regi. Medverkan av artrosombud i skolorna sker helt utan kostnad för sjukvården. Artrosombuden medverkar på ideell basis och Reumatikerförbundet står för reseersättning.

Figur 1. Upplägg artrosskola



Individuellt anpassad träning

Efter teoridelen i artrosskolan erbjuds patienten ett individuellt utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna detta program tillsammans med andra under övervakning av sjukgymnast. Träningsdelen är frivillig, men målet är att så många som möjligt ska känna lust och behov att lära sig mer om hur man på bästa sätt kan ta hand om sin sjukdom och de besvär den för med sig genom att träna på rätt sätt och vara fysiskt aktiv i sin vardag. Diskussioner kring lämplig hemträning och planering för fortsatt fysisk aktivitet/träning efter avslutad artrosskola utgör en viktig del i upplägget. Artros går ännu inte att bota och för att få varaktig effekt av träning som behandling krävs också att träningen planeras långsiktigt och utförs kontinuerligt. Långvarig sjukdom kräver långvarig behandling.

BOA-registret idag

Intresset för BOA och artrosskola är stort både bland patienter och vårdgivare. Fram till och med utgången av 2010 har cirka 650 sjukgymnaster utbildats enligt BOA-konceptet och de 10 pilotenheterna har fått sällskap av ytterligare 29 kliniker. Uppgifter från drygt 3 500 patienter har matats in i registret, varav cirka två tredjedelar har hunnit följas upp efter 3 månader och en tredjedel efter 12 månader. Allt fler enheter ansluter sig kontinuerligt till registret. På flera håll i landet har artrosskolan blivit rutin i vården och ortopedkirurgen skickar tillbaka remisser på patienter som inte träffat sjukgymnast. I Västerbotten har man utvärderat verksamheten med artrosskola på ortopedkliniken och resultatet redovisas i nästa kapitel: BOA och verksamhetsanalys.

1. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, and Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 342: p. d1165.

BOA och verksamhetsanalys

Resultaten från den egna verksamheten med artrosskola kan följas genom BOA-registret. Varje enhet kan hämta ut sina egna data i realtid i excel-format och analysera dem. Registret erbjuder också översiktliga rapporter med möjlighet att i realtid värdera sina resultat i jämförelse med rikets genomsnitt, samt hur stor andel av frågorna som inte besvarats. Genom att kontinuerligt använda sina data kan varje enhet kontrollera sin egen rapportering till registret och också använda data för att medverka aktivt i diskussionerna om innehållet i den egna verksamheten. Så har man gjort på ortopedkliniken i Umeå.

Artrosskolan på ortopedkliniken i Umeå

Artrosskola enligt BOA-konceptet i Västerbottens Läns Landsting (VLL) startade höstterminen 2008 vid ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus (NUS). Skolan har bedrivits på heltid av 2 sjukgymnaster och totalt har 44 skolor givits till och med slutet av april 2011. Som en följd av ett landstingsbeslut att starta upp artrosskolor inom primärvården i VLL med fullt ikraftträdande från och med halvårsskiftet 2011 avvecklades artrosskolan vid NUS under juni 2011.

Till ortopedkliniken vid NUS inkommer cirka 900 remisser per år under diagnos/frågeställning höft- eller knäartros, med en fördelning på 60:40 mellan knä- respektive höftartros. Fram till 2008 var det relativt ovanligt att patienter i öppenvård med artrosdiagnos fick någon systematisk sjukgymnastisk behandling, och de få som haft sjukgymnastkontakt hade vanligen endast fått enstaka träningsinstruktioner. Väntetiden till läkarbesök var vid tiden för artrosskolans start drygt 3 månader. Vid uppstarten av skolan höstterminen 2008 beslutades att patienter remitterade till ortopedmottagningen NUS under diagnos/frågeställning höft- eller knäartros och boende inom Umeå Sjukvårdsdistrikt slumpmässigt skulle erbjudas artrosskola i väntan på läkarbesöket. Det klargjordes för de deltagande patienterna att de efter genomförd artrosskola hade full rätt att utnyttja läkarbesöket enligt remissen

om de så önskade. Om de emellertid tyckte att resultatet av artrosskolan var framgångsrikt avbokades läkarbesöket och artrosskolans sjukgymnast skrev remissvar. Alla patienter var också garanterade tid för läkarbesök inom 1 år efter artrosskolan, utan ny remiss om det var så att det initiala goda resultatet sedermera försämrades. Totalt hänvisades på detta sätt 253 patienter direkt till sjukgymnast.

Ytterligare 115 patienter genomgick artrosskola. Dessa patienter skickades till artrosskolan efter läkarbesök hos ortopedspecialist på ortopedmottagningen. Detta var patienter där antingen läkaren bedömde att ingen operationsindikation fanns, eller där patienten av olika anledningar inte tyckte att operation var indicerad. En del patienter i denna grupp ville också prova artrosskola innan de tog slutlig ställning till operationserbjudande.

Vid mitten av februari 2011 hade totalt 368 patienter erbjudits och påbörjat artrosskola. Cirka 10 procent av patienterna valde att avsluta artrosskolan i förtid. Orsakerna kunde vara tidsbrist, dålig motivation, missnöje med resultatet eller problem med resorna till och från artrosskolan. Av de deltagande patienterna hade cirka 65% knäartros och 35 % höftartros. Kvinnor utgjorde 61% och andelen patienter äldre än 60 år var 64%.



Resultat

Resultatet framgår av tabell 1. Av det totala antalet patienter (368) har till dags dato 66 (18%) blivit opererade eller står på väntelista för att bli opererade. Majoriteten av dessa opererades inom 1 år efter artrosskolan. Trettiosju (10%) patienter avbröt skolan i förtid, några (< 1%) var missnöjda med resultatet, men tyckte inte att de behövde opereras (då). Kvar var 253 patienter (69%) som passerat 3 månaders uppföljning och som inte uttryckt önskan om läkarbesök. Cirka hälften av dem har ännu inte passerat 12 månaders uppföljning, och det är väl troligt att några fler kommer att uttrycka önskan om operation. Av patienterna som kom direkt från primärvården har 22% opererats medan 64% kan karakteriseras som ”nöjda” det vill säga de finner ingen anledning (än) att fundera på operation. Operationsfrekvensen och andelen patienter som är ”nöjda” med artrosskolan skiljer sig inte mellan könen. Däremot kan man konstatera att relativt sett fler patienter med knäartros verkar ha haft nytta av skolan liksom patienter yngre än 60 år.

Tabell 1. Sammanställning av resultaten av artrosskolan Umeå.

	Antal	Avbruten %	Missnöjd men ej opererad %	Opererad %	Nöjd %
Hela materialet	368	10,0	3,6	17,9	68,5
Remiss från vårdcentral	253	9,9	4,7	21,8	63,6
Från ortopedspecialist	115	10,4	0,0	8,7	80,9
Knäartros	245	10,6	3,3	10,2	75,9
Höftartros	123	8,9	4,1	32,5	54,5
Kvinnor	223	9,0	1,8	18,8	70,4
Män	145	11,7	5,5	16,6	66,2
≤ 60 år	135	8,9	2,9	10,4	77,8
> 60 år	233	10,7	3,5	21,9	63,9

Slutsats

Cirka 2/3 av patienterna remitterade från primärvården till NUS under diagnos höft- eller knäartros bedömde sig, efter genomgången artrosskola, vara så förbättrade att de inte önskade träffa ortoped för diskussion om operation. Majoriteten av de patienter som inte förbättrats tillräckligt av artrosskolan blev opererade inom ett år. Artrosskolan föreföll ge bättre resultat på knäartros jämfört med höftartros, och likaså föreföll yngre patienter svara bättre än de som var äldre än 60 år. Resultaten visar att många patienter i primärvården med artros kan behandlas adekvat så att tidpunkten till remiss för operation kan senareläggas. De goda resultaten från artrosskolan vid ortopedkliniken Umeå har lett till att VLL beslutat att införa artrosskola i primärvården. Möjligheten att införa krav på genomgången artrosskola för att få remittera patienter till ortopedkliniken diskuteras.

Deltagande och rapportering

För att bedöma om resultaten från registret är representativa och möjliga att generalisera är det väsentligt att registret täcker in den population som avses. Avgörande är också datakvaliteten, det vill säga hur noggrant och väl data rapporteras in till registret. BOA-registret är främst ett interventionsregister, där vi avser att registrera alla patienter med höft- eller knäartros som genomgår artrosskola. Vårt mål är emellertid att alla med artros i höft och knä ska erbjudas artrosskola så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Därmed närmar vi oss ett diagnosregister som strävar efter att registrera alla med diagnosen artros i höft eller knä.

Förekomst (prevalens) av artros i befolkningen

Artros är mycket vanligt, vanligare än diabetes och högt blodtryck. Det är svårt att uppskatta hur stor andel av befolkningen som har artros. Siffrorna varierar beroende på om man med artros menar röntgenverifierad artros, symtomgivande artros eller en kombination. För att kunna ställa diagnosen krävs att patienterna söker sig till sjukvården, vilket inte alltid är fallet vid artros. Många tror fortfarande felaktigt att artros är utslitna leder, att artros beror på åldern, att det inte går att göra något åt och söker därför inte sjukvård. Förekomsten av artros blir vanligare med ökande ålder, men det betyder inte att artros är en ålderssjukdom. Alla äldre har inte artros och artros förekommer redan i 30-årsåldern. Eftersom artros ännu inte går att bota ackumuleras antalet personer med diagnosen i de äldre åldersgrupperna. Man räknar med att cirka 5% av befolkningen mellan 35 och 55 år har artros enligt röntgen. Många av dessa personer har inte några besvär och behöver således ingen behandling, annat än eventuellt i förebyggande syfte. Svenska studier visar att ungefär 15% eller var sjätte vuxen under 60 år har knäbesvär som vid artros och att dessa besvär i de allra flesta fall leder till röntgenförändringar med tiden. Knäartros är vanligare än höftartros, men inte lika vanligt som artros i ryggradens småleder och i fingerlederna. Den vanligaste lokaliseringen

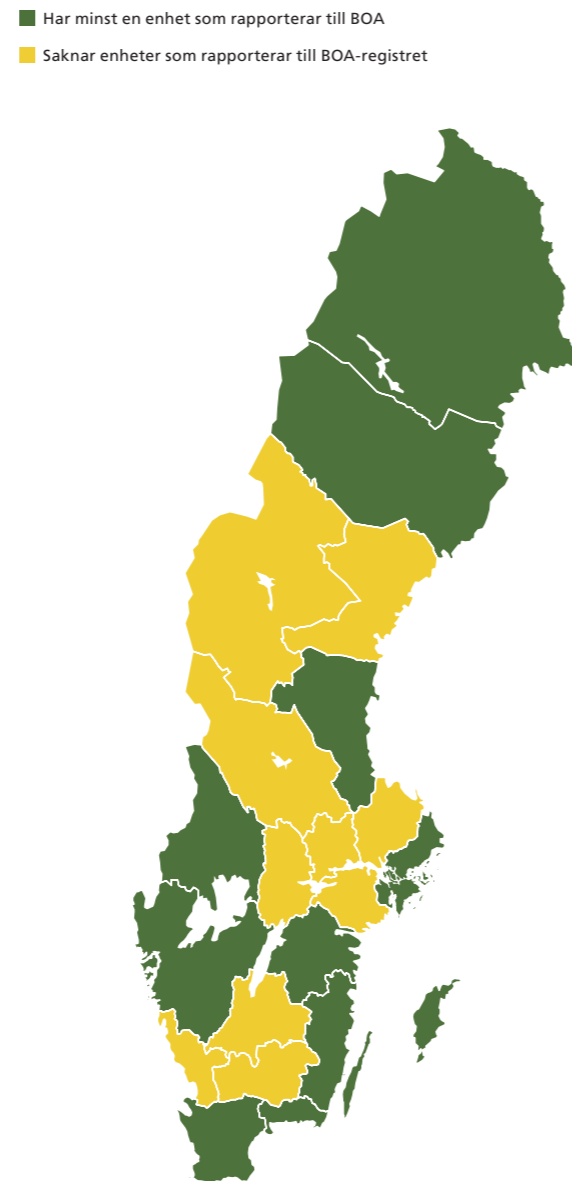
för handartros är tummens grundled och fingrarnas ytterleder. Efter 65 års ålder är det vanligare att ha artros i någon fingerled än att inte ha det. Det är också mycket vanligt att ha artros i fingerleder och samtidigt ha artros i någon annan led. Cirka 40% av befolkningen över 55 år och mer än hälften av alla över 70 år beräknas ha artros i någon led. En engelsk studie av Peat et al uppskattar att 25% av alla över 55 år har ihållande knäbesvär under ett år och att 10% har svåra besvär på grund av knäartros (1). Enligt Statistiska Centralbyrån fanns det 2,9 miljoner människor över 55 år i Sverige den 31 december 2010. Det betyder att uppskattningsvis 1,2 miljoner människor över 55 år har artros i någon led. En halv miljon av dem är i arbetsför ålder. I Västra Götalandsregionen sökte 58 115 unika individer i alla åldrar primärvården med diagnosen höft- eller knäartros som första diagnos under perioden 2006-2010. Det motsvarar 8% av befolkningen i åldergruppen 45 år eller äldre. Antal individer med vårdtillfällen i slutenvården under samma period var 14 703. I Region Skåne visar motsvarande beräkningar att 10% av alla över 18 år och 27% av alla äldre än 65 år med diagnosen artros i någon extremitetsled söker läkare (A Turkiewicz, IF Petersson, M Englund. Consultation prevalence of osteoarthritis in upper and lower limbs in southern Sweden. Abstract OARSI 2011).

Geografisk täckningsgrad och behov av artrosskolor

Fram till och med utgången av 2010 hade 11 av 21 lands-ting/regioner artrosskolor som rapporterade till registret. Den geografiska spridningen kan ses i figur 2. Befolkningsmängden i de olika länen varierar och därmed också det faktiska behovet av artrosskolor. Det är svårt att uppskatta hur många artrosskolor som krävs för att tillgodose behovet. Idag finns det ett stort antal patienter som inte fått adekvat information och omhändertagande trots att de har haft besvär och diagnos i många år. På lång sikt kan efterfrågan och tillgång jämnas ut sig. Baserat på siffrorna från VEGA-data, att 8% av befolkningen 45 år eller äldre har diagnosen höft- eller knäartros som första diagnos och uppsöker sjukvården någon gång under en femårsperiod, har vi gjort en uppskattning av det årliga behovet. Om vi antar att besöken fördelar sig jämt över de fem åren är det årliga patientunderlaget för artrosskola i primärvården 1 600/100 000 invånare över 45 år. En artrosskola har i genomsnitt 7-10 deltagare och en medelstor primärvårdsenhet håller 6-8 artrosskolor per år. (Hur många artrosskolor varje medverkande enhet i BOA bedriver kan ses i avsnittet om praxis i Resultat)

För att möta det årliga behovet i en region motsvarande Västra Götaland skulle det enligt dessa beräkningar krävas 20 vårdgivande enheter, eller 160 genomförda artrosskolor/100 000 invånare 45 år eller äldre. För en aktuell bild av tillgången i de 11 länen hänvisas till tabell 2. (Det finns artrosskolor som inte rapporterar till BOA-registret. Dessa är inte medräknade). Ett mål är att alla som opereras med höft- eller knäprotes på grund av artros ska ha genomgått artrosskola vid något tillfälle före operation. Under 2010 genomfördes cirka 16 000 höftprotesoperationer och cirka 14 000 knäprotesoperationer, majoriteten av dem utfördes på patienter med artros. I en framtida samkörning av BOA-registret, Svenska Knäprotesregistret och Svenska Höftprotesregistret kan vi bedöma hur stor andel av dessa patienter som fått adekvat information och individuellt anpassad träning före operation och vilka faktorer som påverkar vårdkedjan. Studien av Peat et al (1) uppskattar att cirka 10% av alla med artros i knäna är så sjuka i sin led att de skulle kunna komma ifråga för operation. Det betyder att de 14 000 som opererades i Sverige 2010 endast utgör en liten del av alla patienter med knäartros som under ett år behöver ett omhändertagande i sjukvården.

Figur 2. Deltagande landsting år 2010



Tabell 2. Täckningsgrad

Landstingskod	Län	Antal invånare äldre än 45 år	Antal anslutna enheter per landsting	Antal artrosskoleenheter per 100 000 invånare 45 år och äldre
1	Stockholm	809 535	2	0,25
5	Östergötland	189 919	1	0,53
8	Kalmar	116 313	4	3,30
9	Gotland	28 556	1	3,30
10	Blekinge	73 266	1	1,40
12	Region Skåne	537 587	13	2,40
14	Västra Götaland	686 687	11	1,60
17	Värmland	133 481	1	0,80
21	Gävleborg	135 630	1	0,70
24	Västerbotten	115 549	4	3,30
25	Norrbotten	122 358	2	1,70

Tabellen visar vilka län som vid utgången av 2010 rapporterade data till BOA-registret och hur många anslutna kliniker det finns per län. (Notera att alla kliniker inte har rapporterat in patienter till registret). Baserat på Socialstyrelsens uppgifter från december 2010 om antalet invånare i länet i åldergruppen 45 år och äldre har antalet enheter per 100 000 invånare 45+ beräknats.

Datakvalitet i registret

Ett annat sätt att mäta täckningsgrad är att utvärdera andelen saknade värden, det vill säga hur många frågor som lämnats obesvarade eller ej inmatade i registret. Generellt är andelen obesvarade frågor per formulär mycket låg i BOA-registret. Den fråga i patientformuläret som oftast har lämnats obesvarad, saknar värde i 2% av alla formulär. De frågor som patienterna tenderar att hoppa över är ”Ange din vikt”, ”Har du så mycket besvär att du vill bli opererad?” och ”Har du varit sjukskriven under det senaste året på grund av dina höft/knäbesvär?”. Det är möjligt att patienterna inte vill svara på vad de väger, men en annan trolig orsak är att de helt enkelt inte har vägt sig på länge och inte vet vad de väger. Ett sätt att lösa det skulle kunna vara att ha en våg stående i vänt-rummet eller det rum där patienterna sitter och fyller i sina frågeformulär. Sjukgymnaster som driver artrosskola på ortopediklinik har rapporterat att patienter ibland är

oroliga över konsekvensen om de svarar ”nej” på frågan om de har så mycket besvär att de vill bli opererade. De är rädda att ortopedläkaren ska läsa deras svar och att de därför förlorar en möjlighet att bli opererade i framtiden. Tydlig information om att läkaren inte ser deras svar och att deras svar inte på något sätt påverkar den vård de behöver vare sig nu eller i framtiden är väsentlig. Orsaken till att frågan om sjukskrivning inte är ifylld kan vi också bara spekulera i. Det kan vara svårt att komma ihåg ett år tillbaka i tiden. Det kan också vara svårt att minnas om det var höften, knäleden eller något annat som var orsak till den senaste sjukskrivningen.

1. Peat, G., R. McCarney, and P. Croft, *Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis*, 2001. 60(2): p. 91-7.

Resultat 2008–2010

I detta kapitel presenteras resultaten baserade på data från och med de första inmatningarna under 2008 till och med 31 december 2010. Med "Riket" avses i årsrapporten medelvärden från alla patienter som registrerats. Riket representerar enbart kliniker som har registrerat minst en patient före utgången av 2010 och kan alltså inte sägas vara rikstäckande mer än vad som anges i kapitlet Deltagande och rapportering.

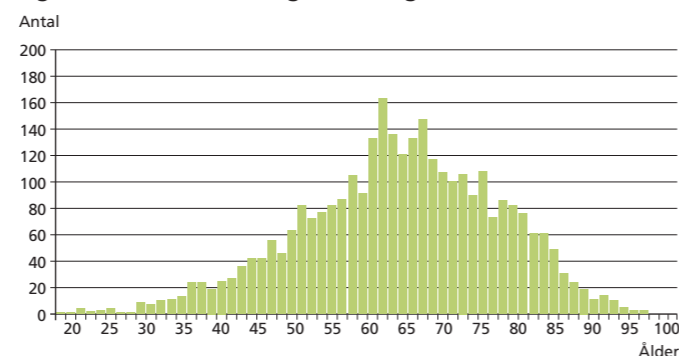
Antal patienter och kliniska karakteristika

Totalt har 3 766 patienter rapporterats in till registret, 32% bedömdes av sjukgymnasten ha mest besvär från höften och 68% mest besvär från knäleden. I årsrapporten benämner vi dem fortsättningsvis för höftartros och knäartros. Många patienter har besvär från både höft och knä. I denna rapport skiljer vi inte ut patienter med besvär från flera leder från dem med enstaka ledbesvär. I 73 fall angav patienten en annan led än vad som framkom vid sjukgymnastens undersökning och bedömning.

Ålder

Artros är relativt ovanligt före 30 års ålder, men inte alls en sjukdom som enbart drabbar äldre. Personer som får höftartros till följd av medfödda missbildningar och tidiga höftsjukdomar kan ha haft symptom från sin led i stort sett hela livet, men besvären förvärras i 30-års åldern. Ungefär hälften av alla som drabbas av en meniskskada som ung utvecklar knäartros efter 10-15 år. De första symtomen på artros utan föregående skada eller sjukdom kan ofta noteras redan i 40-års åldern, men det är vanligt att såväl den drabbade som sjukvården söker andra förklaringar än artros. Forskning har dock visat att ihållande knäsmärta utan andra förklaringar i de allra flesta fall är första tecknet på knäartros. Besvären kan komma och gå och föranleder ofta inte besök i sjukvården förrän efter ett antal år då besvären leder till funktionsproblem i vardagen. Eftersom artros inte går att bota öka förekomsten av artros med stigande ålder. Medelåldern i BOA-registret var 64,7 år. Åldersfördelningen i hela registret kan ses i figur 3. Medelåldern för män var 64,8 (SD 10,1) år och för kvinnor 64,7 (SD 9,7) år.

Figur 3. Åldersfördelning i BOA-registret



Kön

Studier av artrosförekomst i befolkningen (prevalens) visar att det är något fler män än kvinnor som har artros i åldersgruppen under 45 år. Det kan bero på att ledskador, som ofta leder till artros efter 10-15 år, är vanligt i samband med kontaktidrotter som fotboll och handboll, idrotter som utövas av fler män än kvinnor. I högre åldrar är det dock vanligare med artros bland kvinnor. I BOA-registret var 70% kvinnor. I denna årsrapport är antalet patienter på de flesta kliniker fortfarande för litet för att kunna göra rättvisande jämförelser mellan män och kvinnor på kliniknivå. Vi har därför valt att redovisa könsskillnader i registret under ett särskilt kapitel och för hela riket.

Antalet patienter med höft- respektive knäartros som registrerats på varje klinik mellan år 2008 och 2010 framgår av tabellerna 3a och 3b.

Tabell 3a. Höft. Antal patienter, ålder och kön.

Landsting	Enhet	Patienter Antal	Ålder Medelvärde (SD*)	Kvinnor	
				Antal	%
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	15	65,7 (6,5)	12	80,0
Gotland	HabRehab Gotland	15	66,9 (6,6)	14	93,3
Kalmar	Samrehab Vimmerby	16	62,0 (8,5)	11	68,8
	Samrehab, Mönsterås	23	68,3 (7,9)	17	73,9
	Västerviks sjh	19	66,6 (9,6)	14	73,7
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	10	66,0 (6,5)	7	70,0
Region Skåne	Brahehälsan Löberöd	16	64,8 (9,6)	13	81,3
	Deltagruppen Helsingborg	15	68,3 (4,9)	15	100,0
	Lomma Vårdcentral	10	63,9 (13,0)	6	60,0
	Lund Capiokliniken	28	58,8 (8,3)	22	78,6
Malmö	Abels Rehab	116	64,1 (10,1)	89	76,7
	SUS, Malmö	11	66,0 (8,3)	8	72,7
	Trelleborg Lyftet Rehab	43	67,9 (8,6)	36	83,7
Värmland	Karlstad CSK	237	66,1 (9,3)	149	62,9
Västerbotten	NUS Umeå	127	62,6 (10,4)	68	53,5
	Tegs Hälsocentral	11	61,8 (9,9)	10	90,9
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	46	63,3 (10,2)	28	60,9
	Munkedal	31	68,2 (8,3)	19	61,3
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	19	65,8 (9,2)	14	73,7
	Rehab Dalslands Sjh	17	64,8 (10,7)	9	52,9
SU/Mölnadal	SU/Mölnadal	96	61,2 (12,0)	53	55,2
	Trollhättan	90	67,4 (10,4)	64	71,1
	Vänersborg	19	65,7 (10,5)	12	63,2
Östergötland	Motala Lasarett	11	67,4 (8,4)	5	45,5
	Rörelse och hälsa Linköping	42	64,4 (11,1)	30	71,4
Riket	Riket	1 222	65,0 (10,0)	824	67,4

* Standardavvikelse (SD)

Tabell 3b. Knä. Antal patienter, ålder och kön.

Landsting	Enhet	Patienter		Kvinna		
		Antal	Ålder Medelvärde (SD*)	Antal	%	
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	19	65,0 (6,2)	13	68,4	
Gotland	HabRehab Gotland	24	62,8 (9,4)	21	87,5	
Gävleborg	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	12	65,2 (10,0)	7	58,3	
Kalmar	Samrehab Vimmerby	52	62,2 (10,8)	35	67,3	
	Samrehab, Mönsterås	47	64,5 (8,2)	39	83,0	
	Västerviks sjh	40	66,9 (8,4)	32	80,0	
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	23	66,8 (8,8)	18	78,3	
Region Skåne	Bjärreds Vårdcentral	10	71,0 (5,6)	7	70,0	
	Brahehälsan Löberöd	41	65,3 (9,4)	32	78,0	
	Deltagruppen Helsingborg	32	65,0 (9,1)	23	71,9	
	Klippans Vårdcentral	14	68,6 (9,5)	12	85,7	
	Lomma Vårdcentral	22	69,2 (6,5)	11	50,0	
	Lund Capiokliniken	70	58,8 (7,3)	47	66,2	
	Malmö Abels Rehab	317	64,2 (10,0)	235	74,1	
	Sjöcrona VC Höganäs	22	68,1 (10,0)	17	77,3	
	Solljunga hälsan, Örkelljunga	15	64,9 (6,7)	11	73,3	
	SUS, Malmö	39	60,7 (7,6)	29	74,4	
Trelleborg Lyftet Rehab	Trelleborg Lyftet Rehab	109	64,4 (8,7)	84	76,4	
	Vårdcentralen Sjöbo	16	67,6 (8,5)	10	62,5	
	Vårdcentralen Skurup	25	64,2 (9,5)	20	80,0	
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	28	70,8 (9,5)	22	78,6	
	Stockholm	Sollentuna Rehabgrupp	13	65,9 (6,8)	10	76,9
	Värmland	Karlstad CSK	315	66,9 (9,9)	218	69,2
		Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	33	65,3 (11,9)	21	61,8
Västerbotten	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	16	65,4 (12,8)	12	75,0	
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	13	62,8 (6,0)	11	84,6	
	NUS Umeå	254	61,8 (10,4)	165	64,7	
Västra Götaland	Tegs Hälsocentral	29	67,1 (10,8)	26	89,7	
	Kortedala Rehab Göteborg	21	63,3 (6,9)	13	61,9	
	Kungälv sjukhus	165	64,7 (9,3)	104	62,7	
	Munkedal	84	64,7 (9,5)	52	61,9	
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	18	65,7 (9,3)	15	83,3	
	Rehab Dalslands Sjh	20	64,8 (7,7)	11	55,0	
	SU/Mölnadal	227	63,0 (9,7)	138	60,5	
	Trollhättan	133	67,1 (9,3)	101	75,9	
	Vänersborg	23	67,8 (10,1)	17	73,9	
	Östergötland	Motala Lasarett	17	62,3 (9,0)	12	70,6
Rehab Finspång		18	67,4 (10,0)	15	78,9	
Rörelse och hälsa Linköping		79	65,7 (8,5)	66	83,5	
Riket	Riket	2 544	64,7 (9,6)	1 795	70,6	

* Standardavvikelse (SD)

BMI

Övervikt är en känd riskfaktor för utveckling av artros, framför allt i knäleder, men även för fingerledsartros. När det gäller sambandet mellan övervikt och höftartros är evidensen inte lika entydig. Ett vanligt sätt att skatta övervikt är att räkna ut body mass index (BMI). BMI räknas ut genom att dividera kroppsvikten uttryckt i kg med kvadraten av kroppslängden, uttryckt i meter. Gränsen för normalvikt går enligt Världshälsoorganisationen WHO vid 25 kg/m², övervikt innebär ett BMI mellan 25,0 och 29,99, och personer med ett BMI på 30 kg/m² eller mer klassas som feta. BMI är ett grovt mått och kan för mycket muskulösa personer ge ett missvisande resultat. I BOA-registret studerar vi medelvärden för grupper av individer. På så sätt får enstaka värden mindre betydelse. För att få pålitliga värden bör

längd och vikt mätas med längdmätare och våg. I BOA-registret är BMI i de flesta fall baserade på patientens självrapporterade uppgifter och bör därför tolkas med en viss försiktighet. På klinisk nivå bör hänsyn tas till att det i många fall handlar om relativt få patienter, vilket gör att enstaka värden får större betydelse. Endast kliniker med mer än 10 patienter med BMI-data redovisas i tabell 4a och 4b.

Patienter med knäartros hade ett BMI på 28,6 kg/m² jämfört med 26,8 kg/m² för dem med höftartros, som framgår av tabell 4a och 4b. Var femte person med knäartros var normalviktig, jämfört med var tredje med höftartros. Det omvända gällde för kategorin feta, där en tredjedel av patienterna med knäartros var feta jämfört med en femtedel av patienter med höftbesvär (figur 4a och 4b).

Tabell 4a. Höft. BMI kg/m²

Landsting	Enhet	Antal	BMI medelvärde (SD*)
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	15	25,9 (3,2)
Gotland	HabRehab Gotland	12	25,9 (2,5)
Kalmar	Samrehab Vimmerby	12	27,6 (3,4)
	Samrehab, Mönsterås	18	27,5 (2,4)
	Västerviks sjh	19	27,2 (4,0)
Östergötland	Rörelse och hälsa Linköping	37	25,7 (3,5)
Region Skåne	Brahehälsan Löberöd	10	27,8 (4,2)
	Deltagruppen Helsingborg	13	25,3 (3,6)
	Lund Capiokliniken	28	26,9 (4,4)
Värmland	Malmö Abels Rehab	100	27,0 (4,6)
	Trelleborg Lyftet Rehab	39	26,5 (4,0)
	Karlstad CSK	236	26,7 (4,0)
Västerbotten	NUS Umeå	115	26,8 (3,8)
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	40	27,0 (4,4)
	Munkedal	27	26,9 (4,2)
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	19	26,5 (4,1)
	Rehab Dalslands Sjh	15	27,8 (3,9)
	SU/Mölnadal	94	26,4 (4,1)
	Trollhättan	87	27,7 (6,8)
Vänersborg	Vänersborg	17	27,9 (4,3)
	Riket	Riket	1 024

* Standardavvikelse (SD)

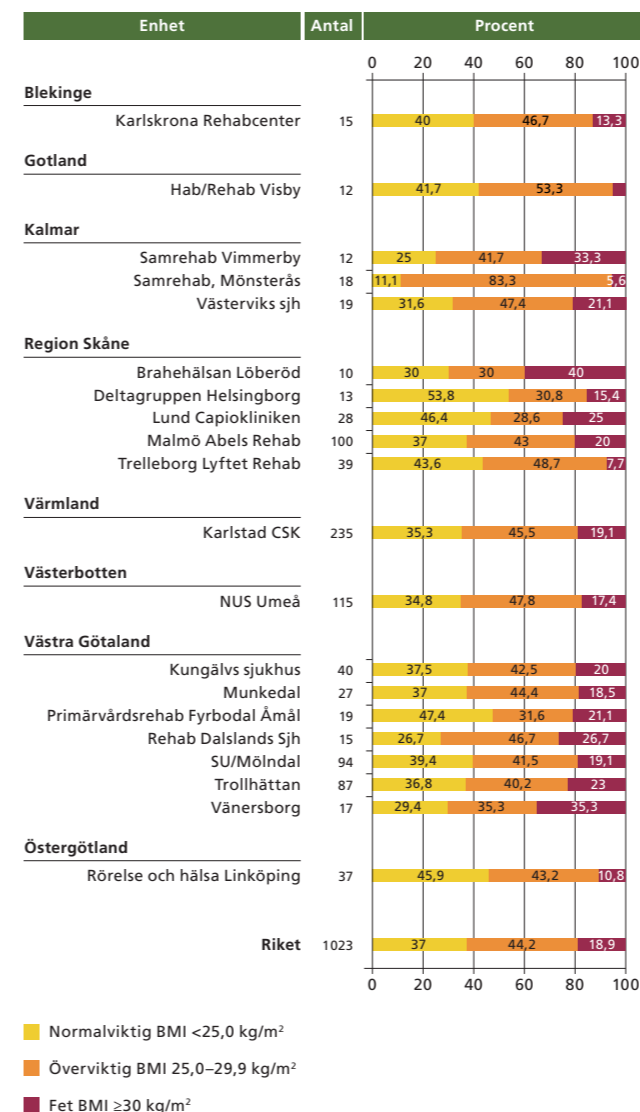
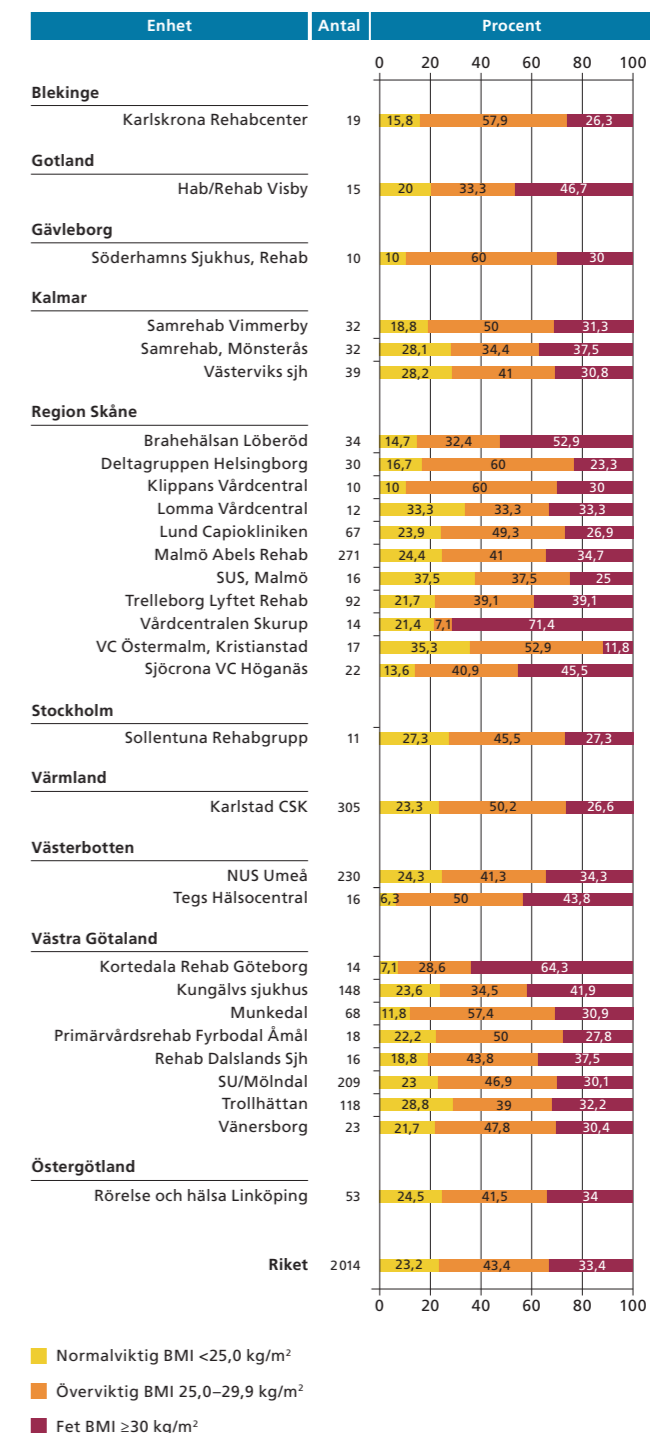
Fotnot: normalviktig (< 25 kg/m²) överviktig (25-29,99 kg/m²) fet (≥ 30 kg/m²)

Tabell 4b. Knä. BMI kg/m²

Landsting	Enhet	Antal	Medelvärde (SD*)
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	19	28,5 (3,6)
Gävleborg	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	10	28,4 (3,2)
Gotland	Hab/Rehab Gotland	15	29,8 (6,3)
Kalmar	Samrehab Vimmerby	32	29,3 (6,3)
	Samrehab, Mönsterås	32	27,9 (4,0)
	Västerviks sjh	39	27,9 (4,5)
Östergötland	Rörelse och hälsa Linköping	53	28,8 (5,2)
Region Skåne	Brahehälsan Löberöd	34	30,6 (5,2)
	Deltagruppen Helsingborg	30	28,2 (4,1)
	Klippans Vårdcentral	10	29,5 (4,2)
	Lomma Vårdcentral	12	28,0 (3,7)
	Lund Capiokliniken	67	28,2 (4,4)
	Malmö Abels Rehab	271	28,7 (5,0)
	Sjücrona VC Höganäs	22	29,5 (4,3)
	SUS, Malmö	16	27,1 (4,6)
	Trelleborg Lyftet Rehab	92	29,5 (5,3)
	Vårdcentralen Skurup	14	30,6 (5,6)
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	17	26,1 (3,1)
Stockholm	Sollentuna Rehabgrupp	11	27,8 (4,2)
Värmland	Karlstad CSK	306	28,1 (4,9)
Västerbotten	NUS Umeå	231	28,9 (5,2)
	Tegs Hälsocentral	16	30,8 (4,5)
Västra Götaland	Kortedala Rehab Göteborg	14	30,8 (4,1)
	Kungälv sjukhus	148	29,2 (5,5)
	Munkedal	68	28,7 (4,5)
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	18	28,9 (5,9)
	Rehab Dalslands Sjh	16	29,2 (4,1)
	SU/Mölnadal	211	28,4 (4,9)
	Trollhättan	118	28,2 (5,4)
	Vänersborg	23	28,1 (3,9)
Riket	Riket	2018	28,6 (5,0)

Fotnot: Bortfall för variabeln BMI är 59.

* Standardavvikelse (SD)

Figur 4a. Höft. Fördelning av BMI kg/m²Figur 4b. Knä. Fördelning av BMI kg/m²

Civilstatus och sjukskrivning

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

Nedan redovisas självrapporterad civilstatus samt sjukskrivning fördelat på personer med besvär från höfter respektive knän samt för män och kvinnor i hela riket (tabell 5a och 5b).

Tabell 5a och 5b. Karakteristika för patienter som har varit på individuellt besök hos sjukgymnasten vid 3 månader.

	5a. Höft												
	Individuellt första besök antal	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskrivning		Sjukskriven mer än 3 månader	
		antal	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	
Män	258	208	80,6	50	19,4	241	93,4	253	98,1	19	7,4	10	3,9
Kvinnor	514	356	69,3	144	28,0	459	89,3	489	95,1	58	11,3	33	6,4
Totalt	775	564	72,8	194	25,0	700	90,3	742	95,7	77	9,9	43	5,5

	5b. Knä												
	Individuellt första besök antal	Civilstatus				Född i Sverige		Svensk medborgare		Sjukskrivning		Sjukskriven mer än 3 månader	
		antal	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	
Män	459	374	81,5	78	17,0	418	91,1	443	96,5	67	14,6	17	3,7
Kvinnor	1159	768	66,3	362	31,2	1041	89,8	1115	96,2	186	16,0	63	5,4
Totalt	1618	1142	70,6	440	27,2	1459	90,2	1558	96,3	253	15,6	80	4,9

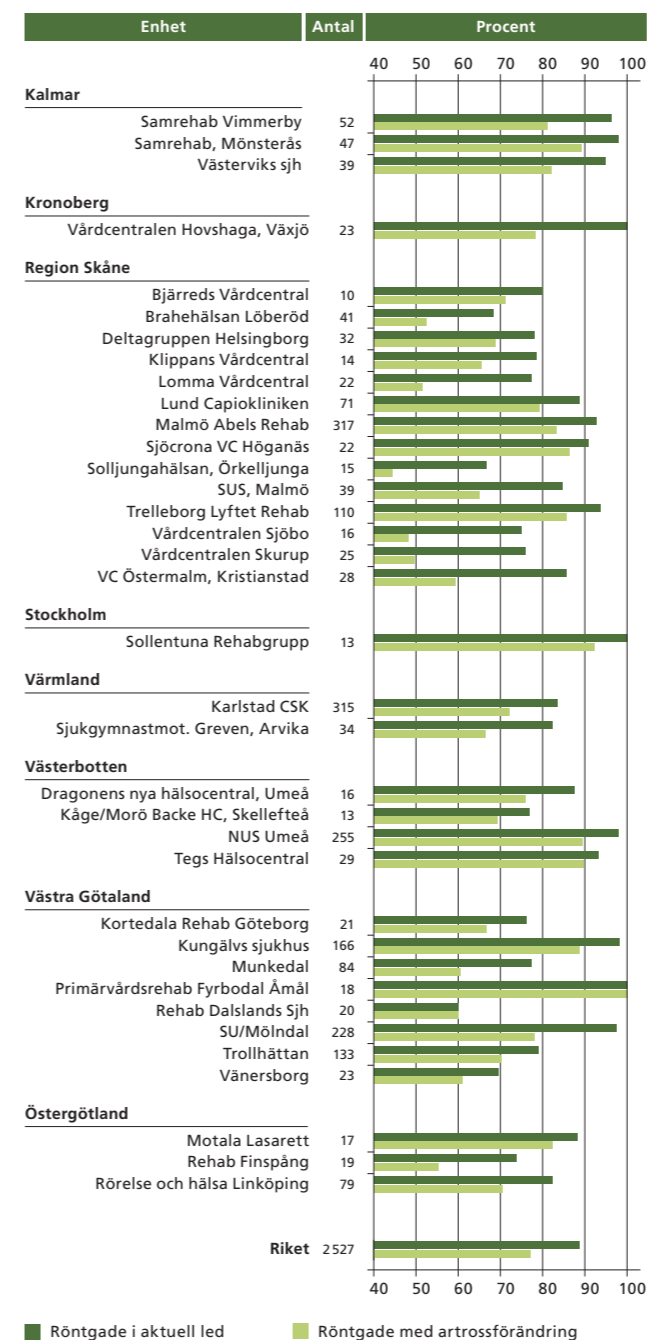
Fotnot: Bortfall för variablerna i tabellen: civilstatus=10, född i Sverige=4, svensk medborgare=10, sjukskrivning=75.

Andel röntgenverifierad artros

Röntgen har, som beskrivits i kapitlet Artrosdiagnostik, ofta varit ett kriterium för att ställa diagnosen artros. Detta har gjort att många människor med enbart den kliniska diagnosen artros, det vill säga symtom men inga röntgenförändringar, inte har fått någon behandling då man inte har velat ställa diagnosen innan det finns mätbara förändringar. Socialstyrelsen har fastslagit att artros ska diagnostiseras med hjälp av anamnes och klinisk undersökning och att röntgen endast bör användas i fall där osäkerhet råder om diagnos.

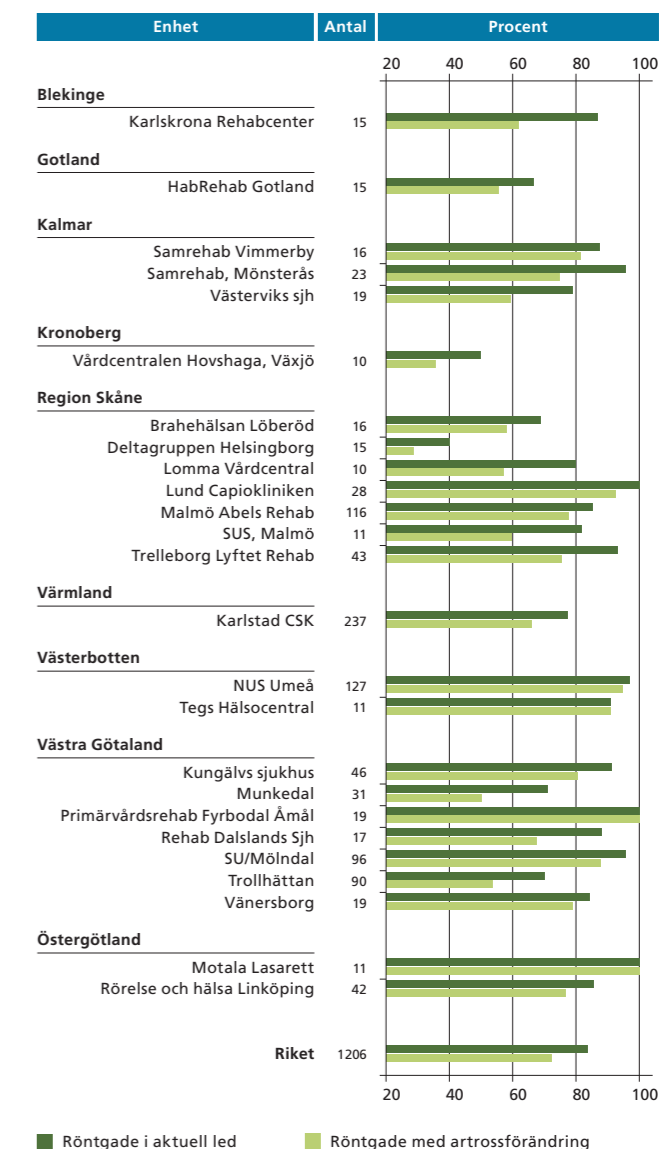
Vi vill nå patienter med besvär från höft och knä så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, för att ha bästa möjlighet att kunna påverka genom livsstilsförändring och ökad aktivitetsnivå. Röntgenförändringar som vid artros är således inget krav för att registreras i BOA. Figur 5a och 5b visar hur stor andel av patienterna i BOA-registret som anger att de har blivit röntgade respektive där röntgen enligt patienten har visat artrosförändringar.

Figur 5a. Höft. Andel som blivit röntgade i aktuell led före artrosskolan, samt andel med artrosförändring



Fotnot: Totalt bortfall för variabeln röntgad i aktuell led är 33 och röntgade med artrosförändring är 358.

Figur 5b. Knä. Andel som blivit röntgade i aktuell led före artrosskolan, samt andel med artrosförändring



Tabell 6b. Knä. Antal och andel patienter som träffat sjukgymnast före artrosskolan.

Landsting	Enhet	Patienter		Träffat sjukgymnast före artrosskolan		
		antal	%	antal	%	
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	19		8	42,1	
Gotland	HabRehab Gotland	24		15	62,5	
Gävleborg	Söderhamns Sjukhus, Rehabiliteringen	12		2	16,7	
Kalmar	Samrehab Vimmerby	52		2	3,8	
	Samrehab, Mönsterås	47		38	80,9	
	Västerviks sjh	40		35	87,5	
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	23		16	69,6	
Region Skåne	Bjärreds Vårdcentral	10		9	90,0	
	Brahehälsan Löberöd	41		23	56,1	
	Deltagruppen Helsingborg	32		13	40,6	
	Klippans Vårdcentral	14		13	92,9	
	Lomma Vårdcentral	22		15	68,2	
	Lund Capiokliniken	70		32	45,7	
	Malmö Abels Rehab	317		198	62,5	
	Sjökrona VC Höganäs	22		13	59,1	
	Solljunga hälsan, Örkelljunga	15		9	60,0	
	SUS, Malmö	39		25	64,1	
Trelleborg Lyftet Rehab	Trelleborg Lyftet Rehab	109		89	81,7	
	Vårdcentralen Sjöbo	16		8	50,0	
	Vårdcentralen Skurup	25		6	24,0	
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	28		16	57,1	
	Stockholm	Sollentuna Rehabgrupp	13		7	53,8
	Värmland	Karlstad CSK	315		84	26,7
		Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	33		11	33,3
	Västerbotten	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	16		10	62,5
		Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	13		4	30,8
		NUS Umeå	254		116	45,7
Tegs Hälsocentral	Tegs Hälsocentral	29		14	48,3	
	Västra Götaland	Kortedala Rehab Göteborg	21		12	57,1
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	165		84	50,9	
	Munkedal	84		62	73,8	
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	18		9	50,0	
	Rehab Dalslands Sjh	20		11	55,0	
	SU/Mölnadal	227		126	55,5	
	Trollhättan	133		78	58,6	
	Vänersborg	23		6	26,1	
	Östergötland	Motala Lasarett	17		8	47,1
		Rehab Finspång	18		12	66,7
		Rörelse och hälsa Linköping	79		24	30,4
Riket	Riket	2 544		1 311	51,5	

Fotnot: Bortfall för variabeln träffat sjukgymnast är 9.

Adekvat icke-kirurgisk behandling

Enligt såväl nationella som internationella riktlinjer ska alla patienter med artros i höft och knä erbjudas information, individuellt anpassad träning och råd om viktreduktion när så behövs. Detta utgör också den vetenskapliga evidens som ligger till grund för Socialstyrelsens riktlinjer. I BOA-registret är det cirka 10% av patienterna med knäartros och 6% av patienterna med höftartros som uppger att de har erbjudits dessa behandlingar (tabell 7a och 7b).

Tabell 7a. Höft. Antal och andel som fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola.

Landsting	Enhet	Man		Kvinna		Total	
		antal	%	antal	%	antal	%
Gotland	HabRehab Gotland			3	21,4	3	20,0
Kalmar	Samrehab, Mönsterås			3	17,6	3	13,0
	Västerviks sjh			3	21,4	4	21,1
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö					1	10,0
Region Skåne	Lomma Vårdcentral					2	20,0
	Lund Capiokliniken			1	4,5	1	3,6
	Malmö Abels Rehab	4	14,8	6	6,7	10	8,6
	Trelleborg Lyftet Rehab			9	25	11	25,6
Värmland	Karlstad CSK	1	1,1	5	3,4	6	2,5
Västerbotten	NUS Umeå	4	6,8	3	4,4	7	5,5
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	1	5,6	2	7,1	3	6,5
	Munkedal			1	5,3	1	3,2
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål			1	7,1	1	5,3
	Rehab Dalslands Sjh			3	17,6	1	5,9
	SU/Mölnadal	3	7	1	1,9	4	4,2
Trollhättan	1	3,8	1	1,6	2	2,2	
Riket	Riket	19	4,8	54	6,6	73	6,0

Fotnot: Adekvat icke-kirurgisk behandling innebär att patienterna uppger att de har varit hos sig, har fått info om anpassad träning och fått råd om viktreduktion.

Tabell 7b. Knä. Antal och andel som fått adekvat icke-kirurgisk behandling före artrosskola.

Landsting	Enhet	Man		Kvinna		Total	
		antal	%	antal	%	antal	%
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter			3	20	3	15,8
Gotland	HabRehab Gotland			3	14,3	4	16,7
Kalmar	Samrehab, Mönsterås			8	20,5	9	19,6
	Västerviks sjh			10	32,3	11	28,2
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö			3	16,7	3	13,0
Region Skåne	Bjärreds Vårdcentral			5	71,4	5	50,0
	Brahehälsan Löberöd			5	15,6	5	12,2
	Deltagruppen Helsingborg			1	4,3	1	3,1
	Klippans Vårdcentral			6	50	7	50,0
	Lomma Vårdcentral	3	27,3	2	18,2	5	22,7
	Lund Capiokliniken			8	17,4	8	11,4
	Malmö Abels Rehab	10	12,3	36	15,3	46	14,6
	Sjökrona VC Höganäs			1	4,8	3	13,6
	Solljunga hälsan, Örkelljunga			2	18,2	2	13,3
	SUS, Malmö	1	10			1	2,6
Trelleborg Lyftet Rehab		3	12	18	21,4	21	19,3
	Vårdcentralen Sjöbo			3	30	3	18,8
	Vårdcentralen Skurup			1	5	1	4,0
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad			1	4,5	2	7,1
Stockholm	Sollentuna Rehabgrupp			2	11,8	3	25,0
Värmland	Karlstad CSK	4	4,1	13	6	17	5,4
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	1	8,3	1	4,8	2	6,1
Västerbotten	Dragonens nya hälsocentral, Umeå			3	25	3	18,8
	NUS Umeå	2	2,2	8	4,9	10	3,9
Västra Götaland	Kortedala Rehab Göteborg			5	38,5	7	33,3
	Kungälv sjukhus	1	1,6	11	10,6	12	7,2
	Munkedal	2	6,3	5	9,8	7	8,4
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål			1	6,7	1	5,6
	Rehab Dalslands Sjh			2	18,2	3	15,0
	SU/Mölnådal	13	14,4	14	10,1	27	11,8
Östergötland	Trollhättan	2	6,3	6	5,9	8	6,0
	Motala Lasarett			1	8,3	1	5,9
	Rehab Finspång			1	7,7	2	10,5
	Rörelse och hälsa Linköping			6	9,1	6	7,6
Riket	Riket	54	7,2	205	11,4	259	10,2

Fotnot: Adekvat icke-kirurgisk behandling innebär att patienterna uppger att de har varit hos sig, har fått info om anpassad träning och fått råd om viktreduktion. Bortfall för variabeln icke-kirurgisk behandling är 12.

Läkemedel

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

I BOA-registret uppger patienterna själva vilka läkemedel de tar för sina höft- och knäbesvär. Paracetamol och NSAID preparat var flitigt använda. En femtedel av patienterna tog glukosamin och mindre än 2%, hade fått tuppkamsextrakt injicerat. Kortisoninjektioner är vanligast i knäleden, då injicering i höftleden kräver genomlysning av leden för att veta att injektionen hamnar rätt. Var sjätte patient uppger sig ta naturpreparat, något som kan vara värt att känna till då somliga preparat kan ha en negativ inverkan på effekten från andra läkemedel. Med "annat" menas i tabell 8a och 8b exempelvis Tramadol och Lederspan.

Varje patient kan ta mer än ett preparat. Fördelningen av läkemedel avser fördelning av det totala antalet läkemedel som tas av patienterna i registret och säger inget om hur många preparat varje enskild patient tar. Figur 7a och 7b (se nästa sida) visar fördelningen av preparaten på klinikinivå.

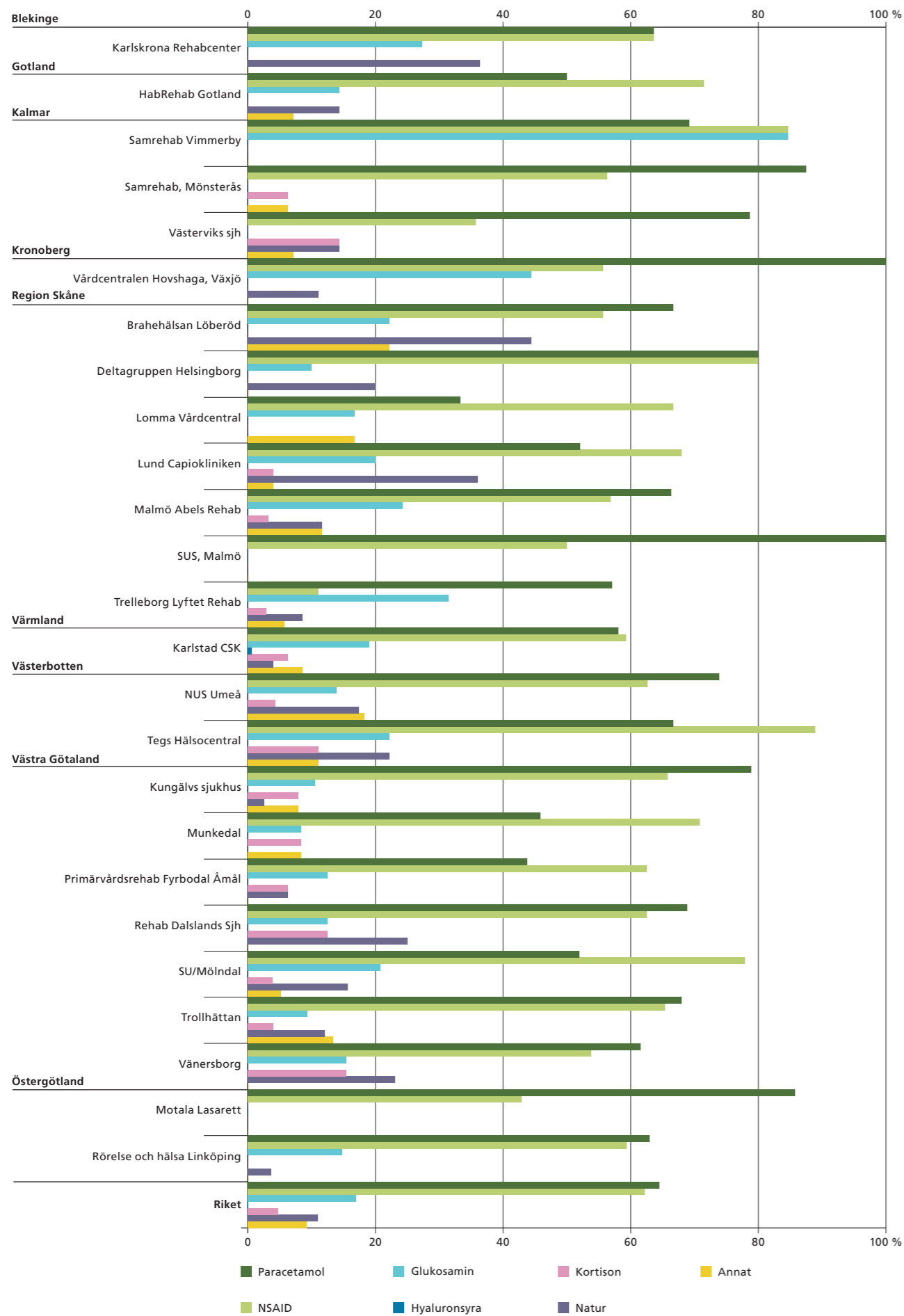
Tabell 8a och 8b. Antal och andel patienter som har tagit ledrelaterade läkemedel på riksnivå.

8a. Höft																
	Tagit ledrelaterade läkemedel		Paracetamol		NSAID		Glukosamin		Hyaluronsyra		Kortison		Natur		Annat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Man	207	52,40	180	64,70	168	60,40	46	16,5			6	2,2	28	10,1	24	8,6
Kvinna	456	55,60	438	64,40	428	62,90	116	17,1	1	0,1	39	5,7	77	11,3	64	9,4
Totalt	663	54,60	618	64,50	596	62,20	162	16,9	1	0,1	45	4,7	105	11,0	88	9,2

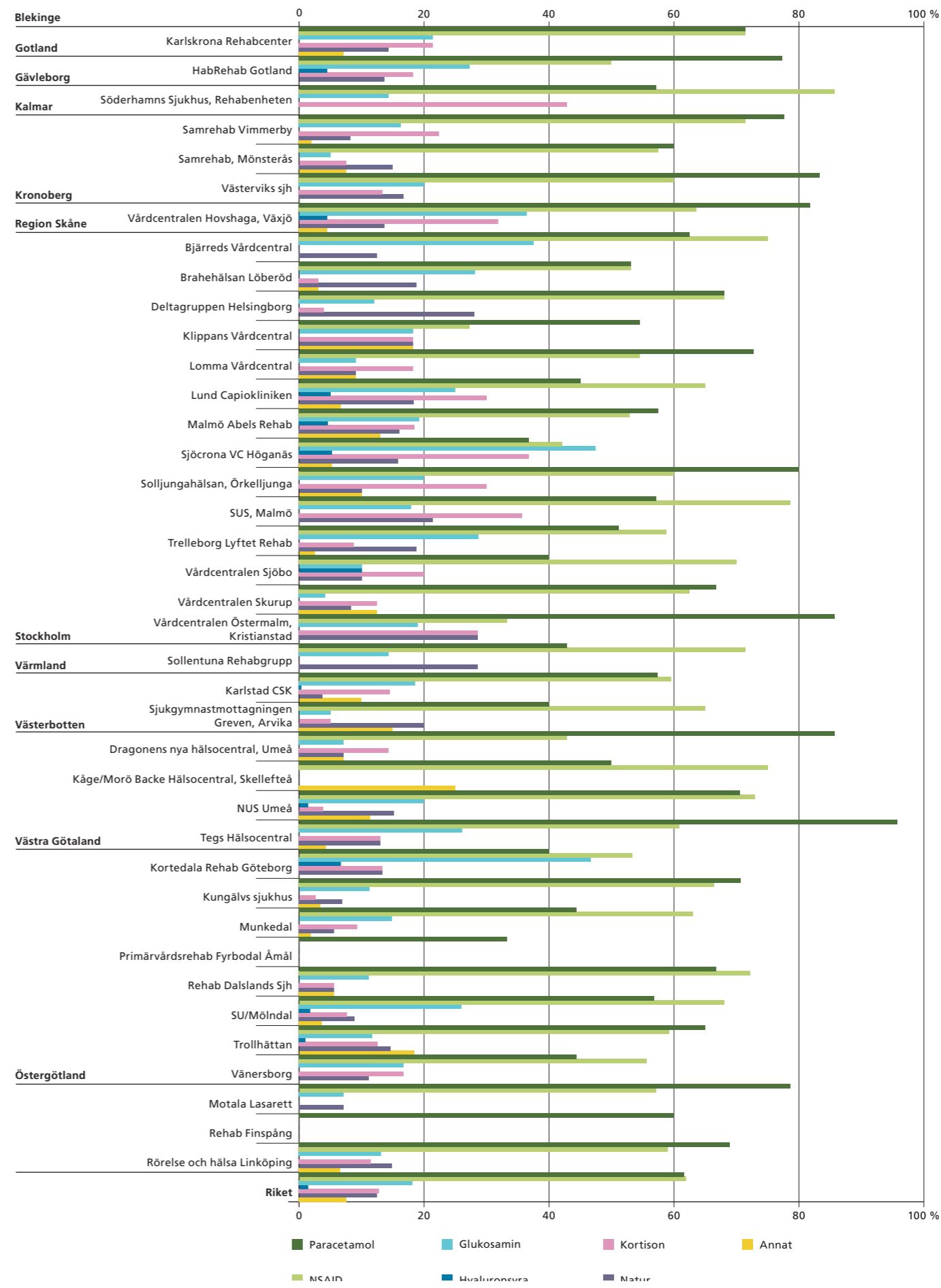
8b. Knä																
Man	408	55,00	281	55,30	312	61,40	88	17,3	6	1,2	64	12,6	35	6,9	45	8,9
Kvinna	1062	59,70	929	63,80	903	62,00	282	19,4	22	1,5	187	12,8	208	14,3	104	7,1
Totalt	1470	58,30	1210	61,60	1215	61,90	370	18,1	28	1,4	251	12,8	243	12,4	149	7,6

Fotnot: Bortfall för variabeln tagit ledrelaterad läkemedel är 31.

Figur 7a. Höft. Fördelning av ledrelaterade läkemedel bland patienter på klinikinivå



Figur 7b. Knä. Fördelning av ledrelaterade läkemedel bland patienter på klinikinivå



Tidigare operationer

Det utförs en stor mängd artroskopier på tveksamma indikationer enligt Öppna jämförelser 2009. Socialstyrelsen avråder från artroskopisk kirurgi vid artros i den preliminära versionen av Riktlinjer för Rörelseorganens sjukdomar. I BOA-registret frågar sjukgymnasten patienten efter tidigare ledrelaterad kirurgi (ej muskel- eller mjukdelskirurgi) i den mest besvärande sidan samt på den motsatta sidan. För knäartros har ungefär var femte blivit opererad i den besvärande leden och var tionde i den motsatta (Tabell 9b). Andelen som blivit opererade i höften är mindre än 10% (Tabell 9a).

En tredjedel (33%) av alla män i BOA-registret har uppgett att de genomgått ledkirurgi i det mest besvärande knät mot 18% av kvinnorna. För höftleden är motsvarande siffra för män 1% och för kvinnor 2% (data visas ej).

Tabell 9a. Höft. Antal och andel opererade i aktuell led/kontralateral

Landsting	Enhet	Opererad tidigare i aktuell led		Opererad kontralateralt	
		Antal	%	Antal	%
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter			1	6,7
Gotland	HabRehab Gotland	2	13,3	1	6,7
Kalmar	Samrehab Vimmerby			1	6,3
	Samrehab, Mönsterås			1	4,3
	Västerviks sjh			3	15,8
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö			4	40,0
Region Skåne	Brahehälsan Löberöd	1	6,3	3	20,0
	Lomma Vårdcentral	1	10,0	2	20,0
	Lund Capiokliniken	1	3,6		
	Malmö Abels Rehab	5	4,3	7	6,0
	SUS, Malmö			1	9,1
Värmland	Trelleborg Lyftet Rehab			1	2,3
	Karlstad CSK	6	2,5	15	6,3
	NUS Umeå	1	0,8	10	7,9
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	1	2,2	9	19,6
	Munkedal			3	10,0
	Rehab Dalslands Sjh			1	5,9
	SU/Mölnadal	3	3,1	7	7,3
	Trollhättan	1	1,1	14	15,6
Östergötland	Vänersborg			1	5,3
	Rörelse och hälsa Linköping			3	7,1
Riket	Riket	24	2,0	98	8,1

Fotnot: Operation avser alla typer av ledkirurgi, ej muskelkirurgi

Tabell 9b. Knä. Antal och andel opererade i aktuell led/kontralateral

Landsting	Enhet	Opererad tidigare i aktuell led		Opererad kontralateralt		
		Antal	%	Antal	%	
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	3	15,8	4	21,1	
Gotland	HabRehab Gotland	5	20,8	4	16,7	
Gävleborg	Söderhamns Sjukhus, Rehabenheten	2	16,7	4	33,3	
Kalmar	Samrehab Vimmerby	17	32,7	7	13,5	
	Samrehab, Mönsterås	7	14,9	4	8,7	
	Västerviks sjh	15	38,5	7	17,9	
Kronoberg	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	1	4,3	2	8,7	
Region Skåne	Bjärreds Vårdcentral	2	20	1	10,0	
	Brahehälsan Löberöd	6	14,6	4	9,8	
	Deltagruppern Helsingborg	8	25	4	12,5	
	Klippans Vårdcentral	4	28,6	3	21,4	
	Lomma Vårdcentral	5	22,7	5	22,7	
	Lund Capiokliniken	20	28,6	6	8,6	
	Malmö Abels Rehab	70	22,2	35	11,0	
	Sjücrona VC Höganäs	3	13,6	2	9,1	
	Solljunga hälsan, Örkelljunga	2	13,3	3	20,0	
	SUS, Malmö	16	41	5	12,8	
Stockholm	Trelleborg Lyftet Rehab	16	14,7	7	6,4	
	Vårdcentralen Sjöbo	3	18,8	2	12,5	
	Vårdcentralen Skurup	3	12	4	16,0	
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	6	21,4			
	Sollentuna Rehabgrupp	5	38,5	1	7,7	
	Värmland	Karlstad CSK	36	11,4	20	6,4
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	7	21,2	2	6,1	
Västerbotten	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	2	12,5	4	25,0	
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	5	38,5	2	15,4	
	NUS Umeå	72	28,3	38	15,0	
Västra Götaland	Tegs Hälsocentral	3	10,3	3	10,7	
	Kortedala Rehab Göteborg	7	33,3	5	23,8	
	Kungälv sjukhus	61	36,7	41	24,7	
	Munkedal	10	12	5	6,0	
	Primärvårdsrehab Fyrbodal Åmål	1	5,6			
	Rehab Dalslands Sjh	6	30,0	3	15,0	
Östergötland	SU/Mölnadal	97	42,5	52	22,8	
	Trollhättan	12	9	10	7,5	
	Vänersborg	2	9,1	1	4,5	
	Motala Lasarett	6	35,3	4	23,5	
	Rehab Finspång	7	36,8	3	15,8	
Riket	Rörelse och hälsa Linköping	11	13,9	9	11,4	
	Riket	575	22,7	324	12,8	

Fotnot: Operation avser alla typer av ledkirurgi, ej muskelkirurgi. Bortfall för variabeln opererad tidigare i aktuell led är 11, och för opererad kontralateralt är 14.

Deltagande i artrosskolan

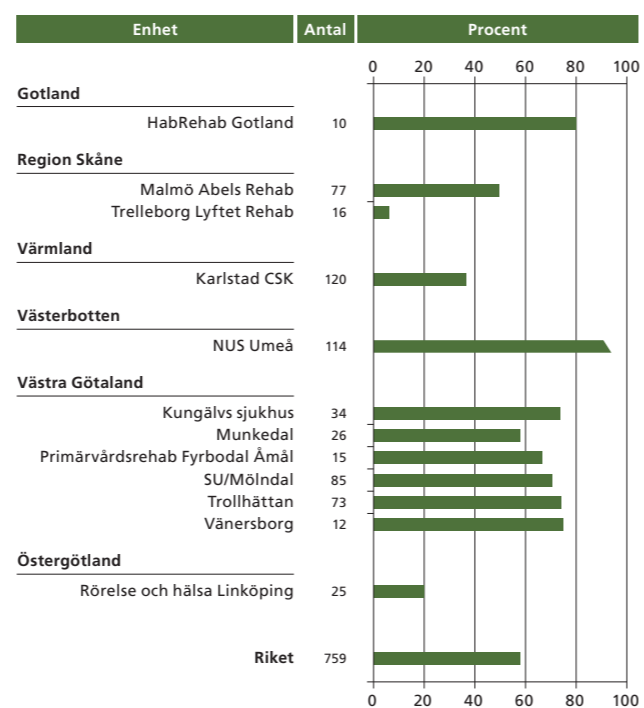
Den minimala interventionen i artrosskolan (se figur 1) består av information om artros och tillgängliga behandlingsalternativ. Informationen ges av sjukgymnaster, och i vissa fall arbetsterapeuter, som har gått en utbildning i artros och artrosskola. Information om livsstilsförändringar, som viktkontroll eller börja träna, kan upplevas som oöverstigliga och svåra att ta till sig för den som har ledvärk och svårt att röra sig utan smärta. Samma budskap från någon i en liknande situation, som man kan identifiera sig med, kan upplevas lättare ta emot. I artrosskolorna samverkar vi med artrosombud, det vill säga en patient med artros som själv har provat att följa rekommendationerna och upplevt den skillnad en förändring i livsstil och aktivitetsnivå kan medföra. Artrosombuden är utbildade av Reumatikerförbundet för att kunna dela med sig på ett pedagogiskt sätt av sina erfarenheter av icke-kirurgisk behandling och hur man kan leva ett gott liv trots artros.

De som tackar ja till att delta i artrosskolan erbjuds i de flesta fall ett individuellt anpassat och utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna detta program under övervakning av sjukgymnast i sex veckor. Gruppträningen genomförs tillsammans med andra med artros som har sina egna program. Alla moment i artrosskolan är frivilliga för patienterna. Genom att patienten själv aktivt väljer att få sitt träningsprogram och delta i gruppträningen har han/hon också flyttat sig från att vara passiv mottagare till att vara en aktiv och motiverad deltagare.

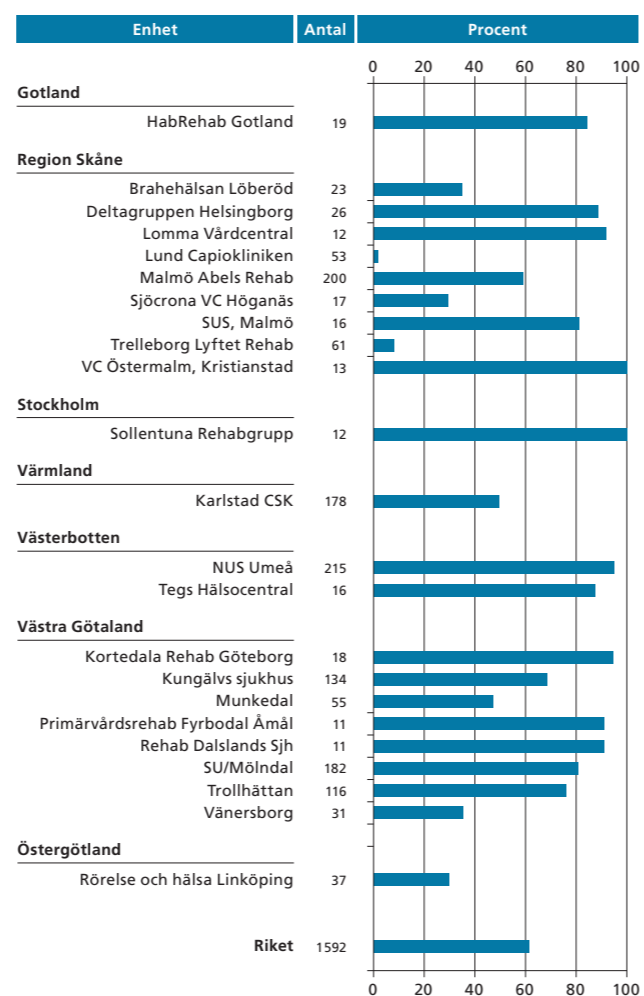
I figur 9-11 visas hur stor andel av patienterna som väljer att delta i de olika delarna av artrosskolan uppdelat på höft och knä.

Artrosombud

Figur 9a. Höft. Andel patienter av dem som gick teori som har fått tillfälle med artrosombud

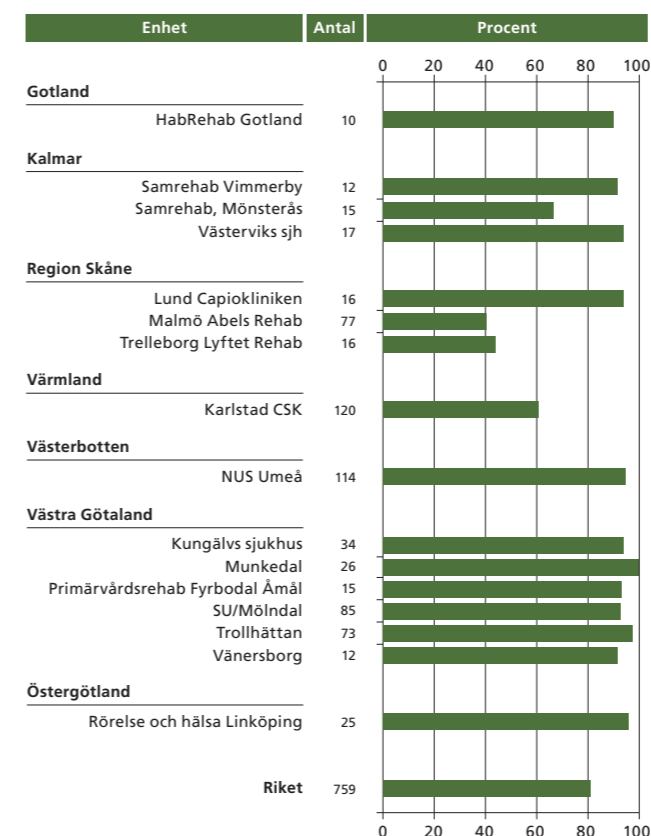


Figur 9b. Knä. Andel patienter av dem som gick teori som har fått tillfälle med artrosombud

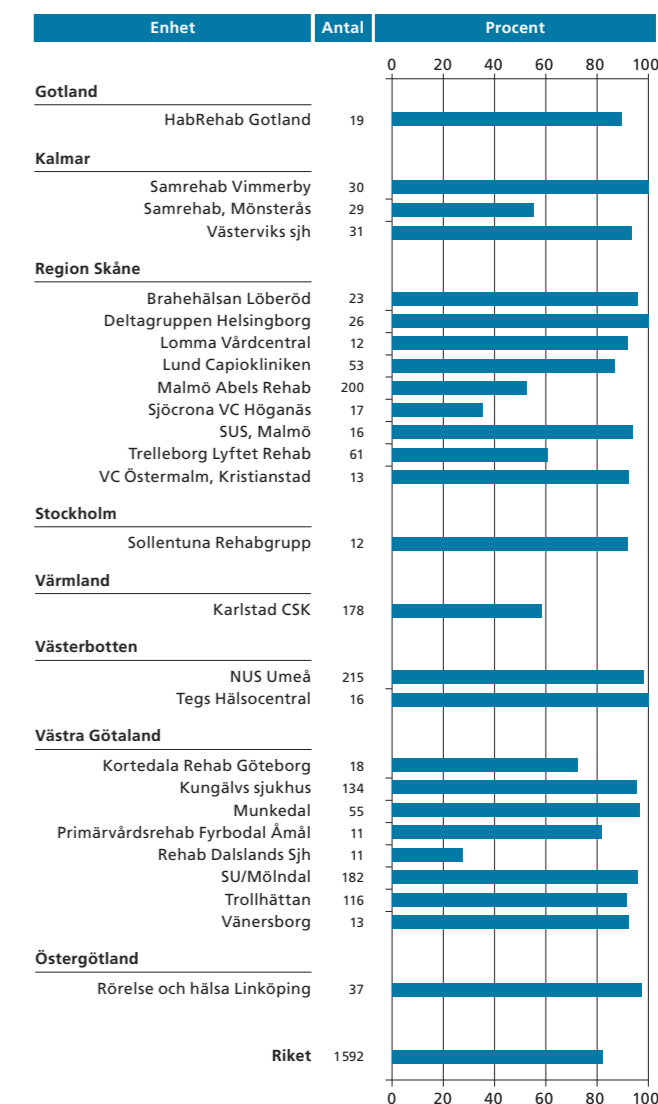


Individuell träningsgenomgång

Figur 10a. Höft. Andel av dem som gick teori som var med på individuell träningsgenomgång

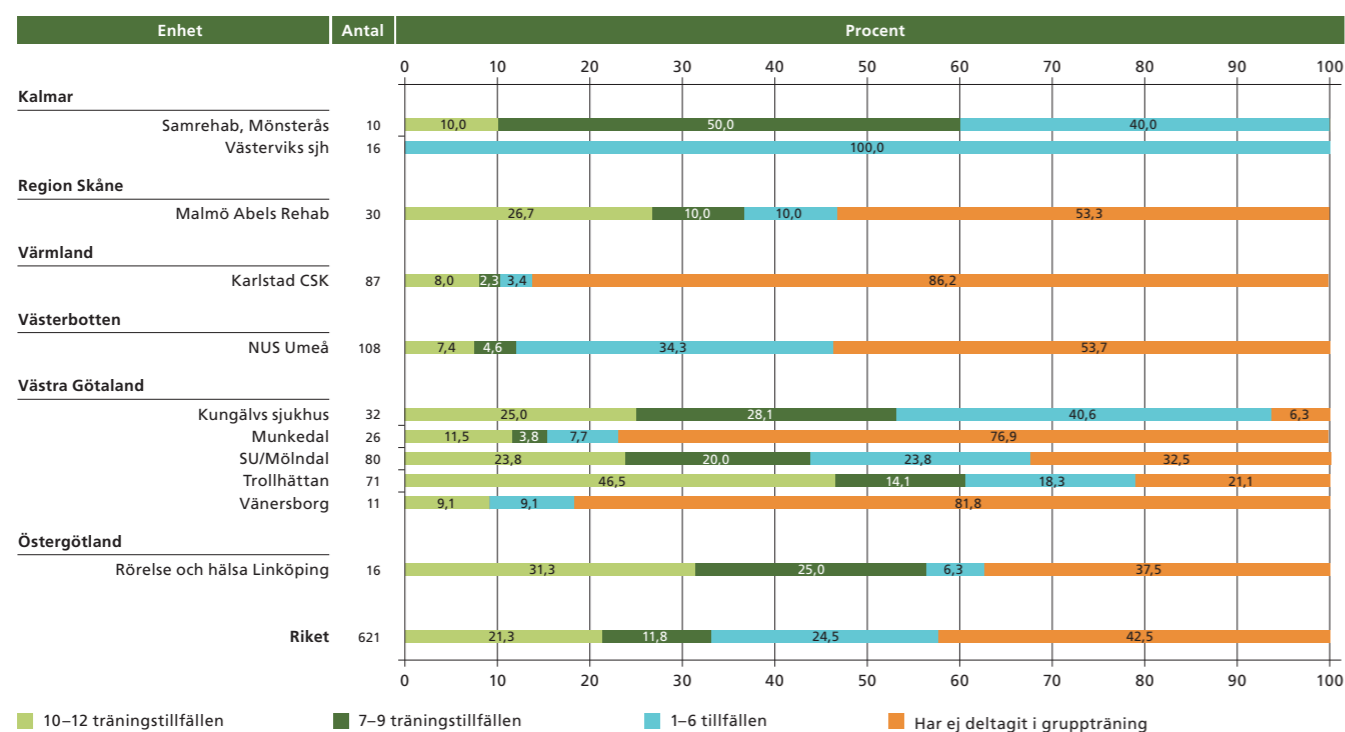


Figur 10b. Knä. Andel av dem som gick teori som var med på individuell träningsgenomgång

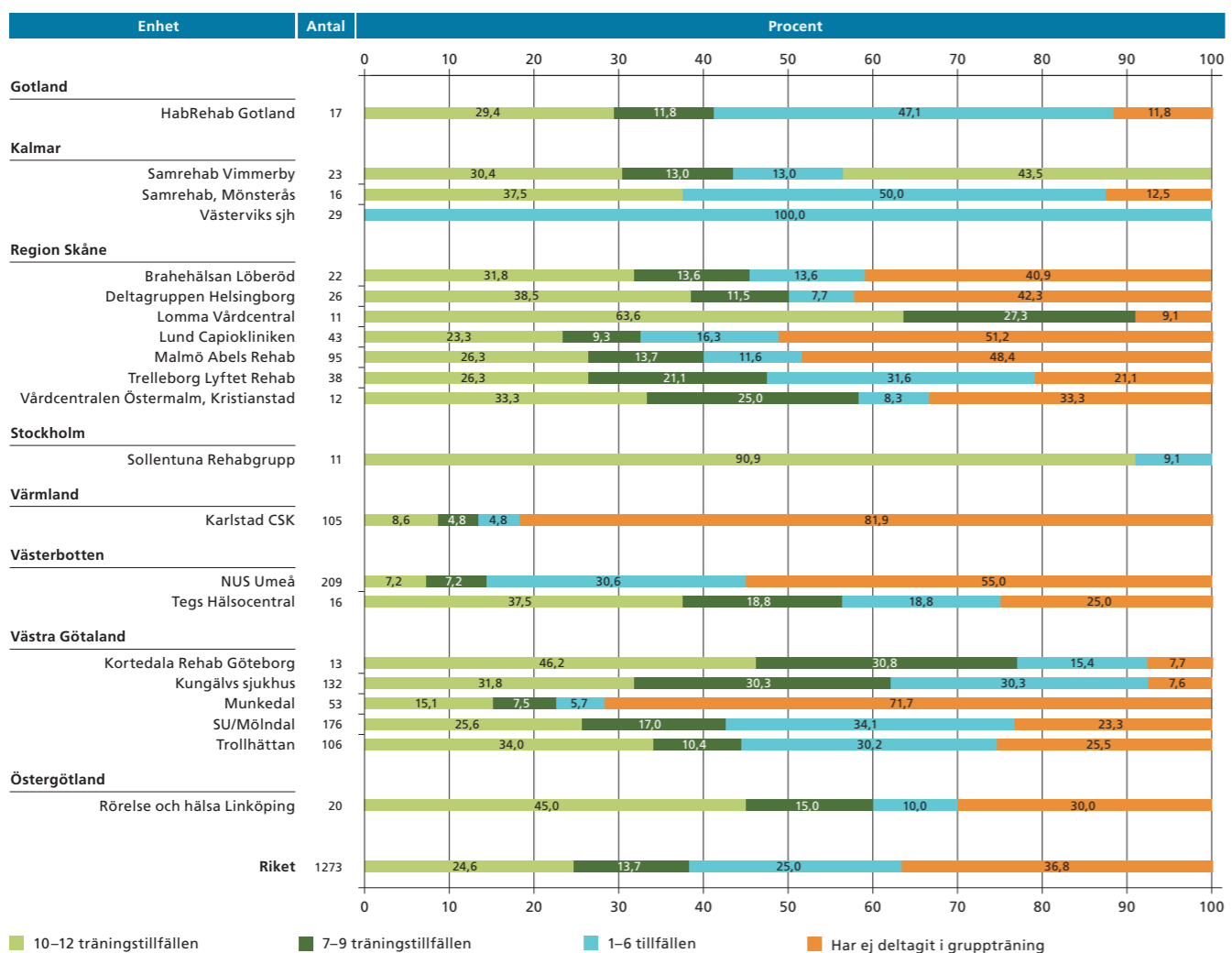


Övervakad gruppträning

Figur 11a. Höft. Andel av dem som var med på individuell träningsgenomgång som deltog i övervakad träning



Figur 11b. Knä. Andel av dem som var med på individuell träningsgenomgång som deltog i övervakad träning



Fotnot: Totalt bortfall för variabeln övervakad träning är 239.

Praxis

Alla enheter som erbjuder artrosskola i någon form och registrerar i BOA uppfyller kraven på minimal intervention och i de fall man erbjuder träning ska den läggas upp enligt de principer som tillämpas i BOA. Därutöver finns det möjligheter för varje klinik att anpassa innehåll och omfattning till de lokala resurserna. Hur artrosskolan bedrivs på varje klinik kallar vi för praxis.

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

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

Varje klinik ombuds att årligen, eller då förändringar i upplägget sker, rapportera in hur artrosskolan bedrivs. Tabell 10 (se nästa sida) visar hur artrosskolan såg ut på de olika klinkerna. Data är hämtad i mars 2011 och gäller hur artrosskolan bedrevs under 2010. Enheter kan ha uppdaterat sina praxis-formulär efter detta, vilket inte syns i tabellen (se nästa sida).

Tabell 10b. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppgift saknas
Blekinge	42. Karlskrona Rehabcenter	▪
Gävleborg	67. Rehabiliteringen Ljusdal	▪
Kalmar	36. Samrehab Vimmerby	▪
	38. Samrehab Hultsfred	▪
	56. Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar	▪
	62. Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	▪
	63. Distriktsrehab Kalmar/Torsås	▪
	72. Samrehab, Oskarshamn	▪
Kronoberg	80. Idrottskliniken, Växjö	▪
Norrbottnen	64. Hortla. Vårdcentral, Piteå	▪
	65. Piteå Vårdcentral	▪
	66. Jokkmokk Vårdcentral	▪
	70. Norrfjärdens Vårdcentral	▪
	76. Furunäsets Vårdcentral	▪
	79. Öjebyns Vårdcentral	▪
Region Skåne	4. Trelleborg Lyftet Rehab	▪
	45. Solljungahälsan, Örskälljunga	▪
	71. Rååpunkten Sjukgymnastik	▪
	75. Vårdcentralen Tollarp	▪
	77. Fysiocenter, Malmö	▪
	78. Näsets Läkargrupp	▪
Stockholm	29. Sollentuna Rehabgrupp	▪
Värmland	7. Karlstad CSK	▪
	46. Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	▪
Västerbotten	24. Umeå Fysiocenter AB	▪
	44. Rehab Center AB, Umeå	▪
	55. Dragonens Nya Hälsocentral, Umeå	▪
	59. Hälsocentralen Tre Älvar	▪
	69. Holmsunds Hälsocentral	▪
	73. Mariehems Hälsocentral, Umeå	▪
Västra Götaland	9. Trollhättan	▪
	11. Nygårds VC Bengtfors	▪
	13. VC Färgelanda	▪
	20. Stay active Trollhättan	▪
	40. Primärvården Södra Bohuslän, Hönö	▪
Östergötland	58. Rehab Finspång	▪
	60. Vårdcentralen Ödeshög	▪
	68. Vårdcentralen Bo.holm	▪
	74. Hageby Vårdcentral, Norrköpin	▪

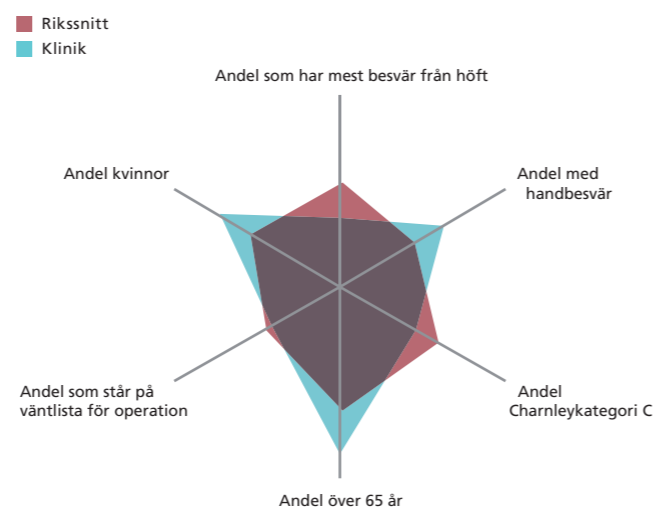
“Case-mix” profil

Resultaten av en intervention påverkas inte enbart av behandlingens utförande (praxis) utan också av patientens förutsättningar. Variationer i ålder, könsfördelning och samsjuklighet kan påverka utfallet av en och samma behandling. Artrosskolor som bedrivs på sjukhus har sannolikt en större andel patienter med svårare artros som väntar på operation än artrosskolor i primärvården. Att ha besvär från händerna kan tyda på en mer generaliserad form av artros som drabbar flera leder, liksom Charnley kategori C som talar om att patienten har andra problem än artros som påverkar gångförmågan. Huruvida kvinnligt kön, ålder över 65 och höftartros utgör en svårare case-mix kommer vidare analyser och årsrapporter att utvisa.

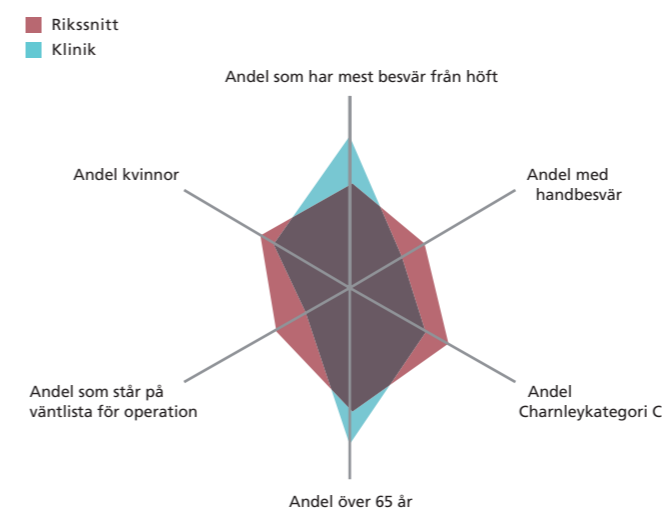
Följande figurer visar grafiskt hur patientdemografien (case-mixen) ser ut i riket och på de olika enheterna i jämförelse med riket. En stor färgad yta motsvarar en ”svårare” case-mix. Gränsvärdena är satta till respektive variabels största respektive minsta värde ± 1 SD. Endast kliniker med mer än 30 patienter vid 3 månaders uppföljning presenteras. Vid tolkning av klinikkens värdekompass och resultat måste case-mixen beaktas.

Figur 12. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (rikets) patientdemografi.

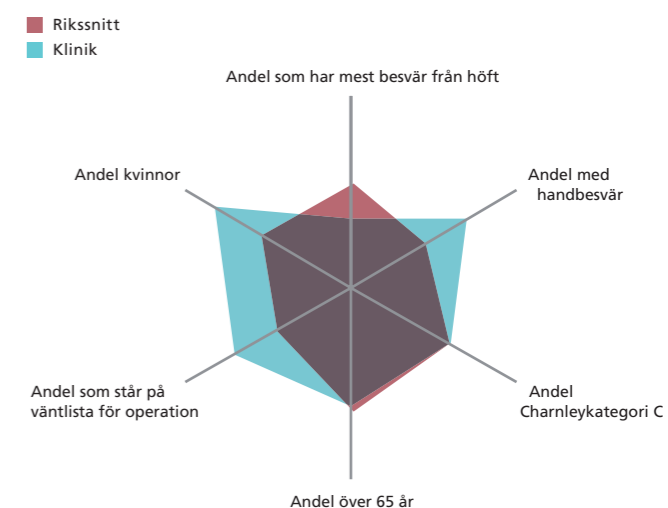
Deltagruppen Helsingborg



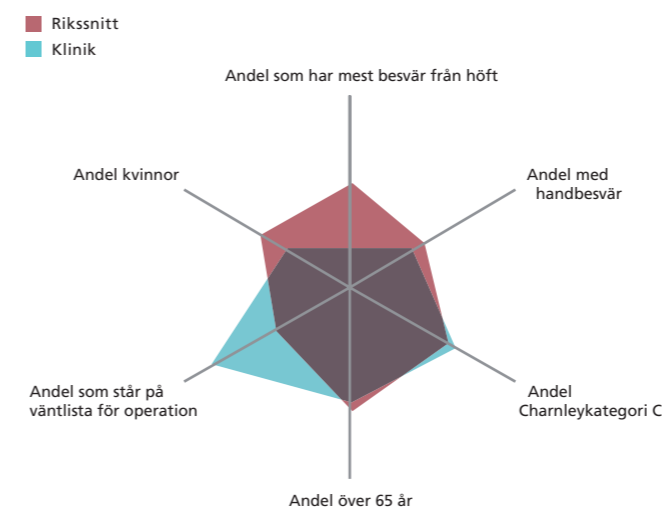
Karlstad CSK



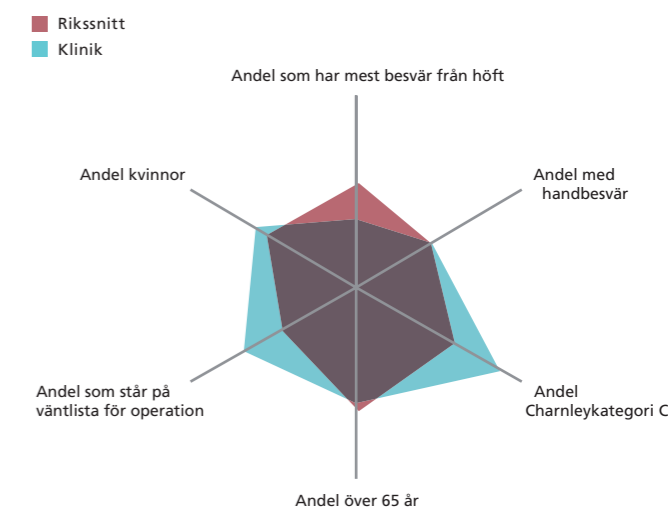
Malmö Abels Rehab



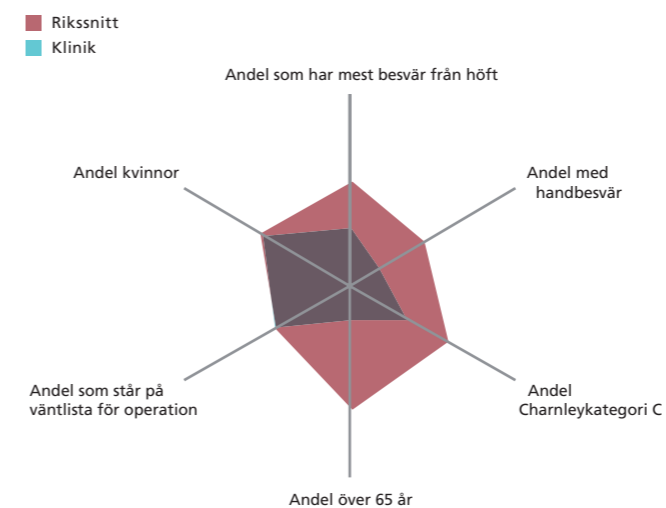
Kungälv sjukhus



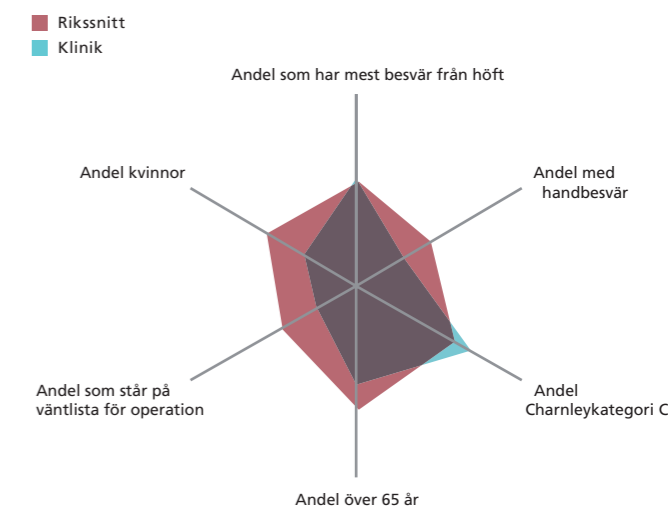
Munkedal



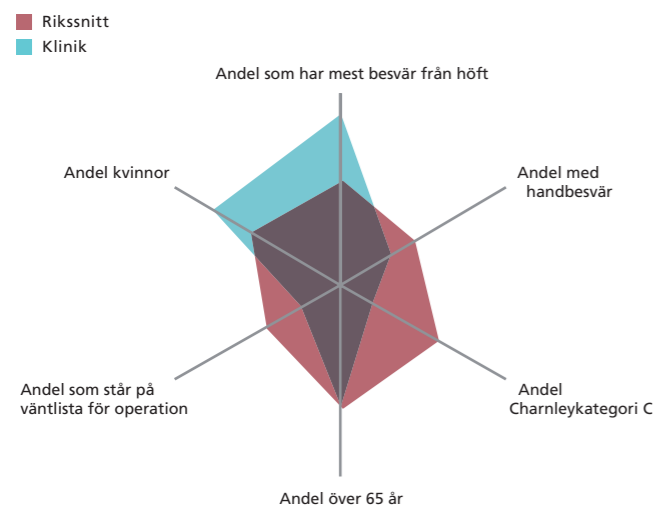
Lund Capiokliniken



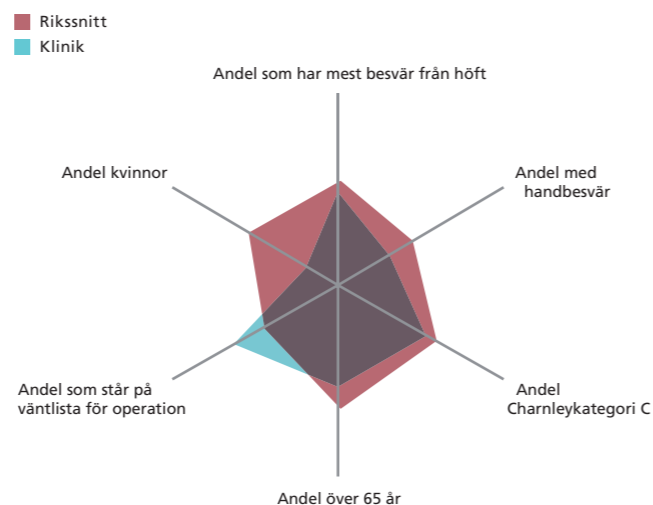
NUS Umeå



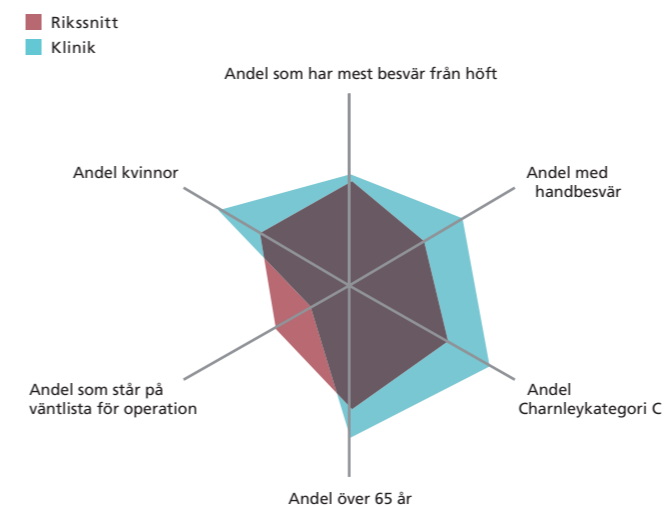
Rörelse och hälsa Linköping



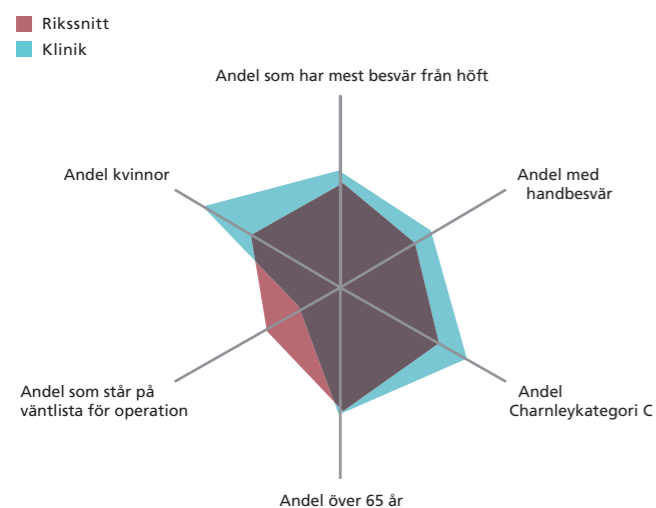
SU/Mölnadal



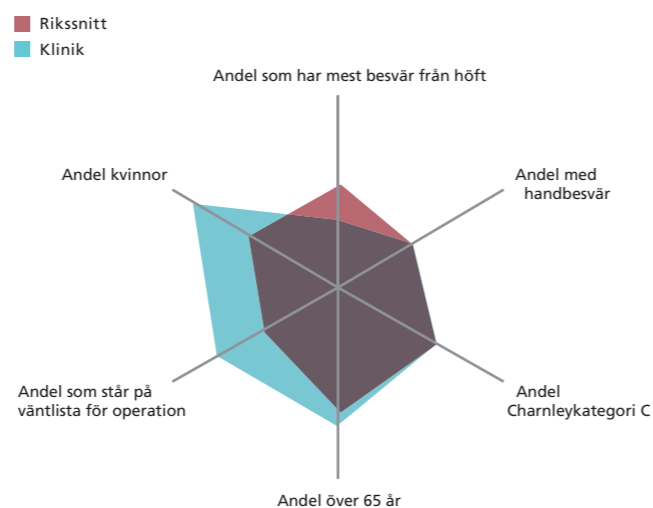
Västerviks sjh



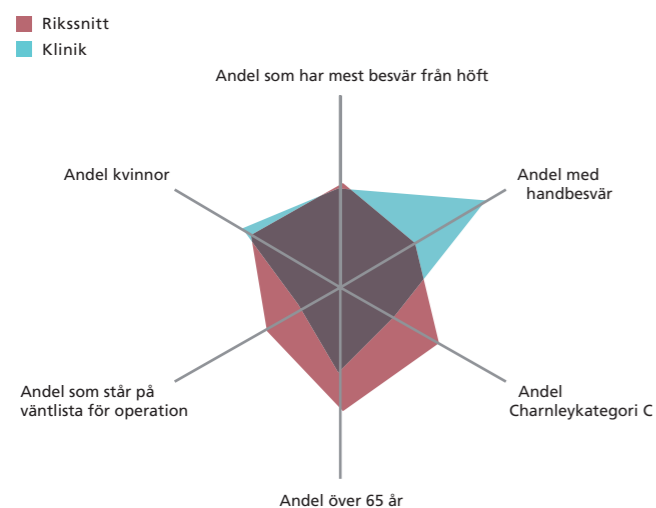
Samrehab Mönsterås



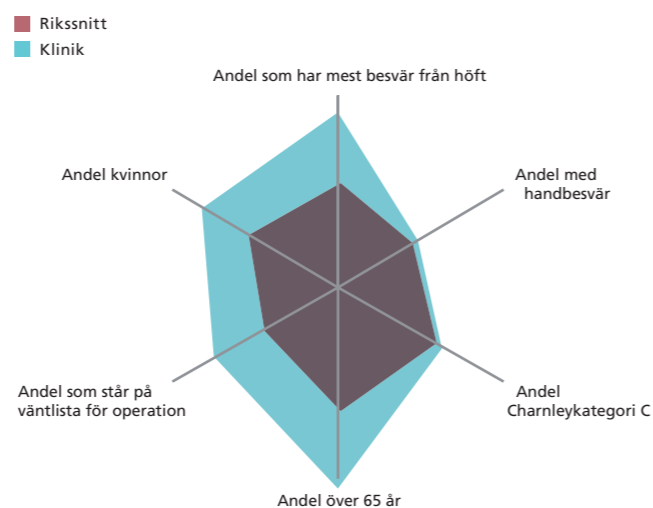
Trelleborg Lyftet Rehab



Samrehab Vimmerby



Trollhättan



Indikatorer/värdekompass

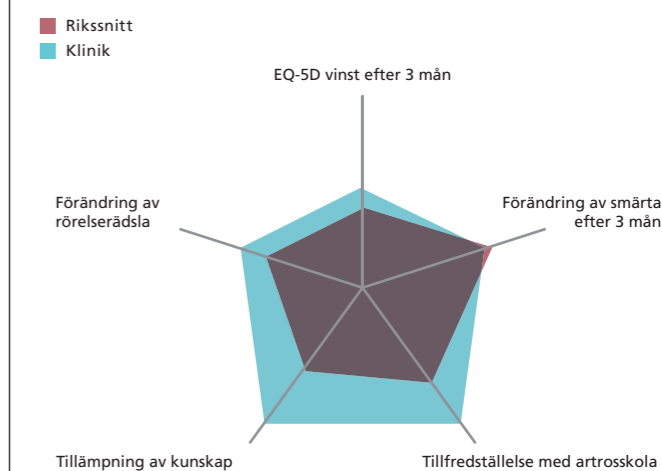
I värdekompasserna visas rikets resultat efter tre månader avseende fem variabler (indikatorer) och resultat per klinik jämfört med rikets medelvärde. Det bästa värdet är i periferin och det sämsta värdet är i origo. En stor färgad yta betyder således ett bra resultat. Gränsvärdena är satta till respektive variablers största respektive minsta värde ± 1 SD. Kliniker med synliga blå fält har bättre värden än rikets genomsnitt. I denna första årsrapport har resultaten för höft och knä kombinerats för att få ett större patientunderlag. Endast kliniker med data på mer än 30 patienter på samtliga variabler efter tre månader presenteras.

Variabeln förändring av smärta gäller resultatet efter tre månader, ett högt (bra) värde betyder mindre smärta. Förändring i rörelserädsla gäller förändring efter tre månader och ett högt (bra) värde representerar en större andel med minskad rörelserädsla. Tillämpning av kunskap representerar andelen som säger att de använder det de lärt sig i artrosskolan varje vecka, varje dag eller flera gånger dagligen. Tillfredsställelse med artrosskolan motsvarar andelen som tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra.

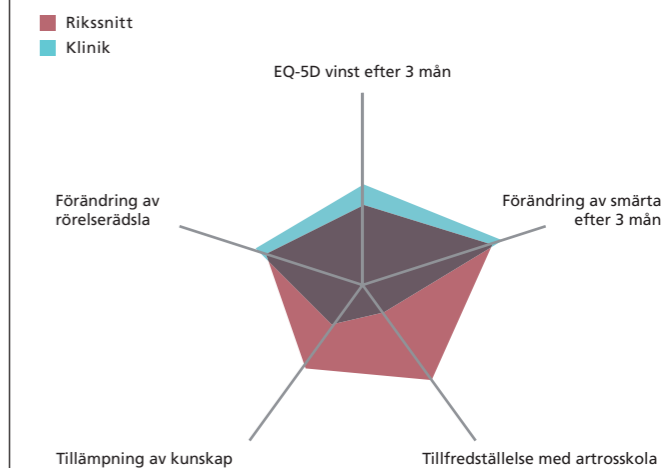
På grund av relativt små material på kliniknivå bör alla förändringar tolkas med försiktighet. Resultaten avseende EQ-5D-vinst efter 3 månader och förändring i smärta efter 3 månader kan studeras i mer detalj i respektive tabell. Detaljerade resultat avseende rörelserädsla, tillämpning av kunskap och tillfredsställelse med artrosskolan för den egna enheten samt rikets medelvärden återfinns endast i rapporterna på www.boaregistret.se

Figur 13. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (rikets) genomsnitt.

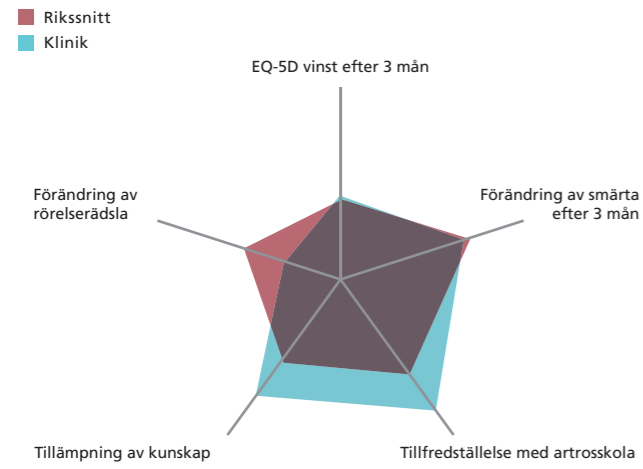
Deltagruppen Helsingborg



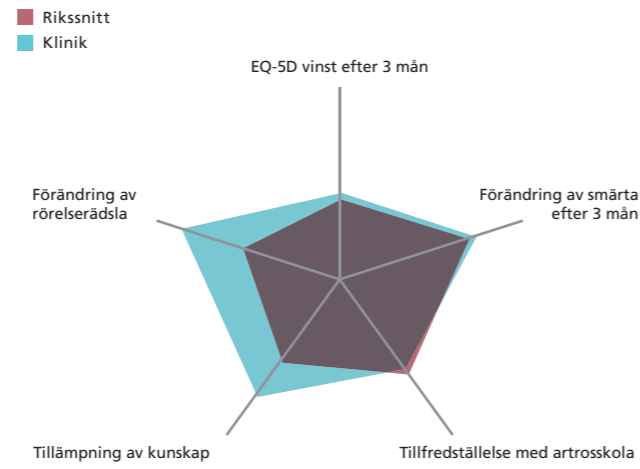
Karlstad CSK



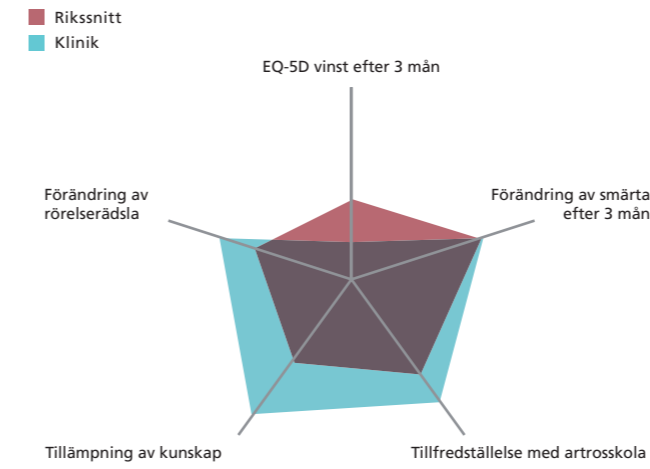
Kungälv's sjukhus



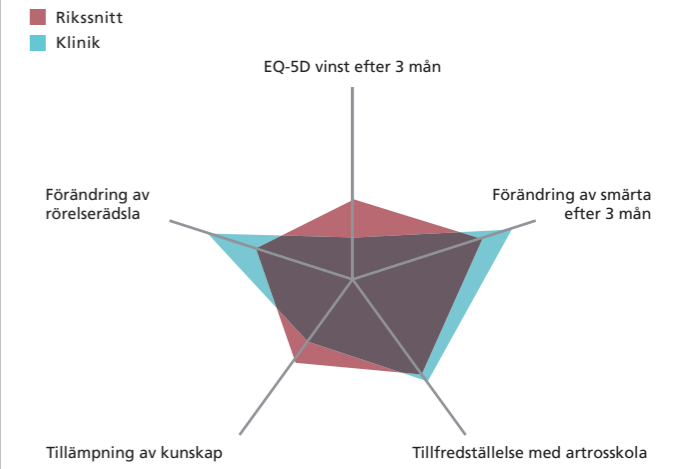
Munkedal



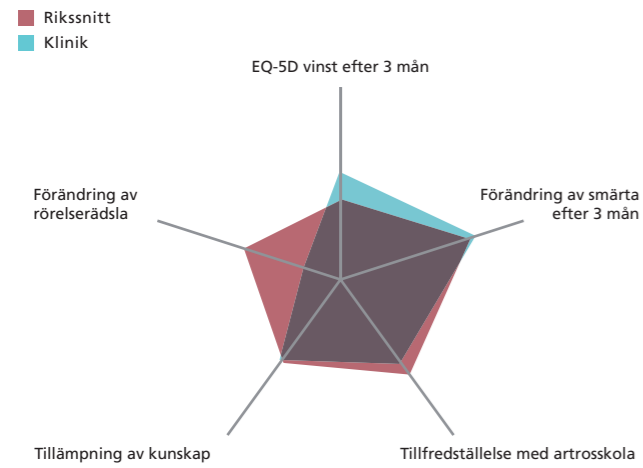
Samrehab Mönsterås



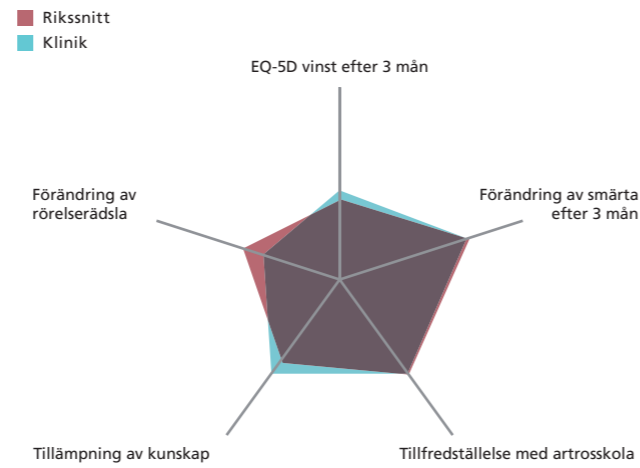
Trelleborg Lyftet Rehab



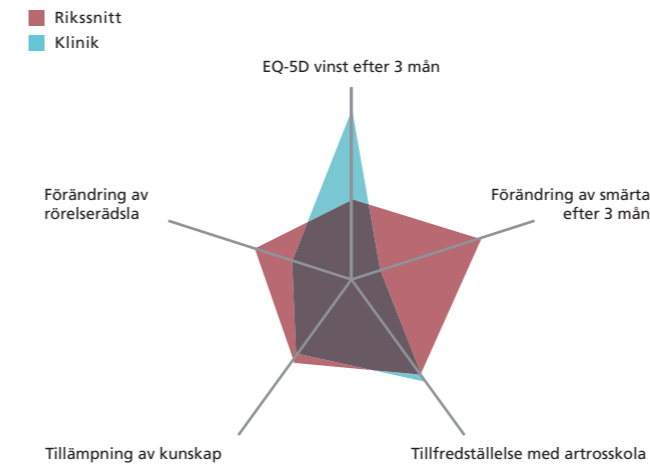
Lund Capiokliniken



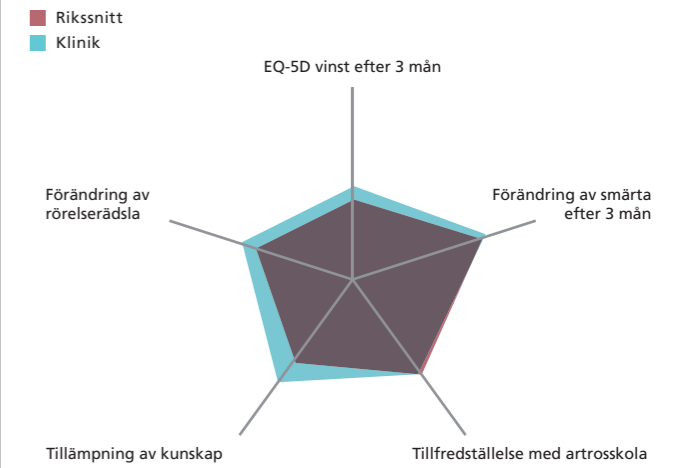
NUS Umeå



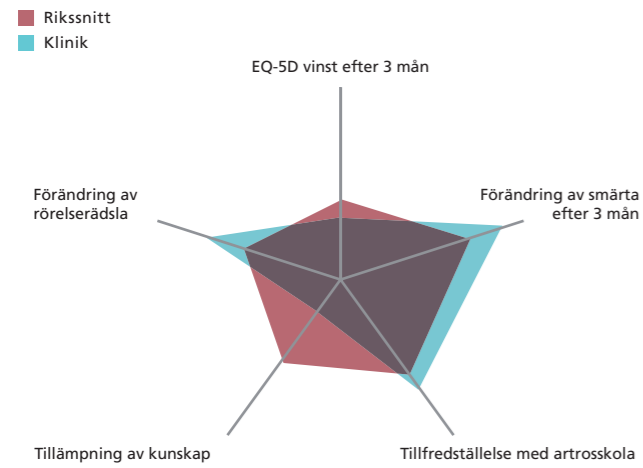
Samrehab Vimmerby



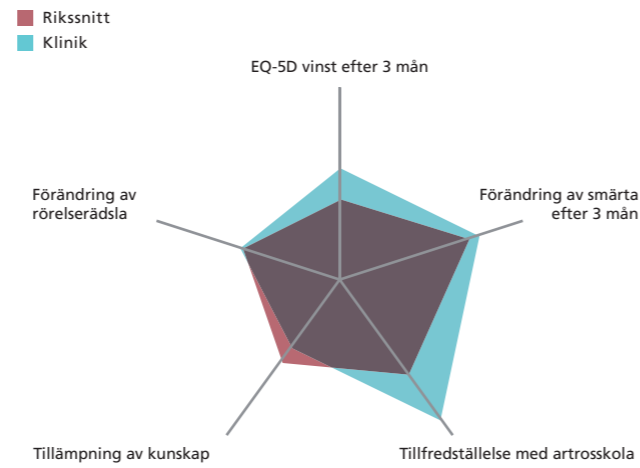
Trollhättan



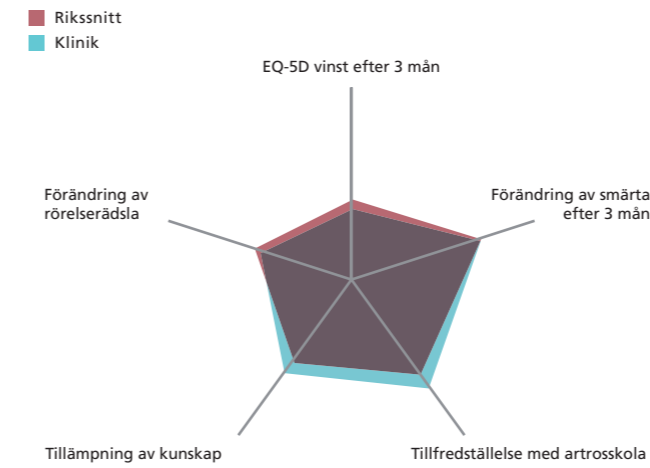
Malmö Abels Rehab



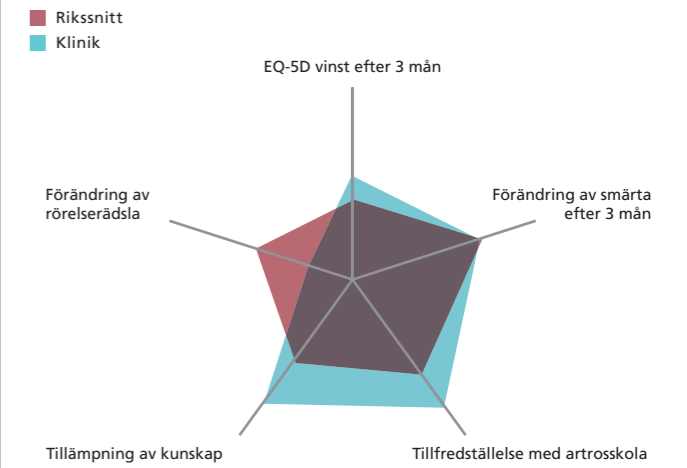
Rörelse och hälsa Linköping



SU/Mölnadal



Västerviks sjh



Förändring över tid

Nedan redovisas förändring efter 3 och 12 månader för ett antal patientrapporterade variabler. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellerna och samtliga resultat är parade data. Kliniker med färre än 10 registreringar redovisas inte i tabellerna. Könsuppdelning där antalet registreringar medges.

EQ5D

EQ5D är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet. Genom att patienten svarar på fem frågor om rörlighet, hygien, aktivitet, smärta och oro/nedstämdhet kan ett index beräknas som går från 0 till 1, där 0 är lika med ”död” och 1 är lika med ”full hälsa”. EQ5D-index kan anta värden som är mindre än noll, vilket betyder att man skattar sin hälsa som sämre än död. EQ5D har använts i stort antal studier av olika sjukdomar och diagnoser och kan även användas för hälsoekonomiska beräkningar. Vinst är skillnaden mellan uppföljning och nybesök. Vårt mål i BOA är att nå patienterna innan deras hälso-relaterade livskvalitet har påverkats i alltför stor utsträckning och att genom artrosskolan åstadkomma en förändring i EQ5D på 0,1. I nuläget kan vi visa på en genomsnittlig förändring i EQ5D efter tre månader på 0,07. Efter ett år är förändringen 0,04 jämfört med före artrosskolan. Då det gäller tolkning av klinikbase-rade resultat bör hänsyn tas till patientdemografin (case-mix) och det relativt låga patientantalet.

VAS Smärta

Visuell analog skala (VAS) är ett instrument för att skatta smärta från 0 (ingen smärta) till 100 (värsta tänkbara smärta). I vetenskapliga studier har tillförlitligheten med VAS diskuterats. VAS bör endast användas för att mäta förändring i smärta över tid. Smärta är en subjektiv upplevelse och eftersom olika människor upplever smärta på så olika sätt är det svårt att jämföra VAS mellan individer. En av de stora fördelarna med VAS är att det är enkelt att använda i kliniken. För att en förändring ska vara kliniskt meningsfull bör den vara minst 10.

Tilltro till sin förmåga att kunna påverka smärta (self-efficacy)

Ett av syftena i artrosskolan är att förmedla kunskap om vad man kan göra själv för att påverka sina symtom, alternativt hur man kan hantera sina besvär på ett annat sätt, och att stärka individen i sin tro på sin förmåga att kunna påverka besvären. En god tilltro till sin egen förmåga kan vara en förutsättning för att öka den fysiska aktivitetsnivån eller gå ner i vikt. Den som inte tror att symtom går att påverka är sannolikt mindre benägen att göra någon egen insats. Det är svårt att skatta tilltron till den egna förmågan utan att mäta den fysiska funktionen. I BOA används Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) för att mäta förändring i tilltro till den egna förmågan att påverka smärta och andra symtom. ASES går från 10 till 100 (sämst till bäst) och för att en förändring ska vara meningsfull bör den vara större än 10.

Tabell 11a. Förändring i patientrapporterat utfall för patienter med mest besvär från höften.

Höft. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.								
Landsting	Enhet		EQ5D					
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån	
Region Skåne	Malmö Abels Rehab	Totalt (n=25)	0,53	0,64	0,11	0,63	0,10	
		Man (n=13)	0,62	0,80	0,18	0,75	0,13	
		Kvinna (n=40)	0,59	0,69	0,10	0,69	0,10	
		Totalt (n=53)	0,59	0,72	0,13	0,70	0,11	
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=12)	0,64	0,61	-0,03	0,48	-0,16	
		Kvinna (n=22)	0,62	0,66	0,04	0,67	0,05	
		Totalt (n=34)	0,63	0,64	0,01	0,60	-0,03	
Västra Götaland	Kungälv	Totalt (n=11)	0,54	0,69	0,15	0,57	0,03	
		SU/Mölndal	Man (n=17)	0,63	0,68	0,05	0,63	0,00
			Kvinna (n=18)	0,53	0,59	0,06	0,54	0,01
		Totalt (n=35)	0,58	0,63	0,05	0,58	0,00	
	Trollhättan	Totalt (n=23)	0,64	0,73	0,09	0,71	0,07	
Riket	Riket	Man (n=66)	0,63	0,69	0,06	0,64	0,01	
		Kvinna (n=150)	0,58	0,66	0,08	0,65	0,07	
		Totalt (n=216)	0,60	0,67	0,07	0,64	0,04	

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök. Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Höft. Förändring i smärta efter artrosskola.

Landsting	Enhet		VAS-smärta					
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån	
Region Skåne	Malmö Abels Rehab	Totalt (n=25)	55	50	5	50	5	
		Man (n=13)	44	33	12	34	10	
		Kvinna (n=40)	49	42	7	41	8	
		Totalt (n=53)	48	40	8	40	8	
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=12)	58	55	3	58	0	
		Kvinna (n=22)	48	39	9	47	1	
		Totalt (n=34)	51	44	7	51	0	
Västra Götaland	Kungälv	Totalt (n=11)	53	40	13	52	1	
		SU/Mölndal	Man (n=17)	39	35	4	44	-5
			Kvinna (n=18)	51	48	3	51	1
		Totalt (n=35)	45	42	3	47	-2	
	Trollhättan	Totalt (n=23)	49	40	9	37	12	
Riket	Riket	Man (n=66)	48	42	6	44	4	
		Kvinna (n=150)	50	43	7	45	5	
		Totalt (n=216)	49	43	6	44	5	

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök. Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Höft. Förändring i tilltron till sin förmåga att kunna påverka symtom efter artrosskola.

Landsting	Enhet		Ases-symtom				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Malmö Abels Rehab	Totalt (n=25)	62	61	-1	57	-5
Värmland	Karlstad CSK	Man (n=13)	67	77	11	71	5
		Kvinna (n=40)	67	66	-1	66	-2
		Totalt (n=53)	67	69	2	67	0
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=12)	58	62	4	47	-11
		Kvinna (n=22)	67	70	4	67	0
		Totalt (n=34)	64	67	4	60	-4
Västra Götaland	Kungälv	Totalt (n=11)	63	65	1	54	-9
		Man (n=17)	66	70	4	65	-2
	SU/Mölndal	Kvinna (n=18)	62	66	4	61	-1
		Totalt (n=35)	64	68	4	63	-1
	Trollhättan	Totalt (n=23)	68	72	4	66	-2
Riket	Riket	Man (n=66)	67	69	2	63	-4
		Kvinna (n=150)	65	67	2	63	-2
		Totalt (n=216)	66	67	2	63	-3

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök. Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Höft. Förändring i tilltron till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.

Landsting	Enhet		Ases-smärta				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Malmö Abels Rehab	Totalt (n=25)	55	57	2	52	-4
Värmland	Karlstad CSK	Man (n=13)	54	69	15	64	11
		Kvinna (n=40)	61	62	1	61	-1
		Totalt (n=53)	59	64	4	62	2
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=12)	46	51	5	41	-5
		Kvinna (n=22)	62	61	0	58	-4
		Totalt (n=34)	56	58	1	52	-4
Västra Götaland	Kungälv	Totalt (n=11)	61	60	-1	46	-15
		Man (n=17)	64	64	0	54	-10
	SU/Mölndal	Kvinna (n=18)	62	59	-2	57	-5
		Totalt (n=35)	63	62	-1	56	-7
	Trollhättan	Totalt (n=23)	65	66	1	59	-6
Riket	Riket	Man (n=66)	59	62	3	55	-3
		Kvinna (n=150)	61	61	1	57	-4
		Totalt (n=216)	60	61	1	56	-4

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök. Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Tabell 11b. Förändring i patientrapporterat utfall för patienter med mest besvär från knät.**Knä. Förändring i hälsorelaterad livskvalitet efter artrosskola.**

Landsting	Enhet		EQ5D				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	Totalt (n=20)	0,70	0,78	0,08	0,77	0,07
		Man (n=10)	0,59	0,61	0,02	0,73	0,14
	Malmö Abels Rehab	Kvinna (n=56)	0,60	0,65	0,02	0,61	0,01
		Totalt (n=66)	0,60	0,64	0,04	0,63	0,03
Värmland	Trelleborg Lyftet Rehab	Totalt (n=20)	0,65	0,67	0,02	0,64	-0,01
		Man (n=26)	0,64	0,74	0,10	0,72	0,07
	Karlstad CSK	Kvinna (n=48)	0,68	0,76	0,08	0,68	0,00
		Totalt (n=74)	0,67	0,75	0,09	0,69	0,03
	Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=28)	0,60	0,72	0,11	0,68
Kvinna (n=48)			0,53	0,65	0,12	0,67	0,14
Totalt (n=76)		0,56	0,68	0,12	0,67	0,12	
		Västra Götaland	Kungälv sjukhus	Man (n=17)	0,70	0,72	0,02
Kvinna (n=26)	0,66			0,67	0,01	0,63	-0,04
Totalt (n=43)	0,68		0,69	0,01	0,63	-0,05	
	Munkedal		Totalt (n=16)	0,66	0,70	0,04	0,72
SU/Mölndal			Man (n=28)	0,66	0,77	0,12	0,73
		Kvinna (n=49)	0,68	0,70	0,02	0,71	0,03
Totalt (n=77)	0,67	0,73	0,06	0,72	0,05		
	Trollhättan	Totalt (n=39)	0,66	0,70	0,05	0,71	0,05
		Vänersborg	Totalt (n=10)	0,65	0,79	0,14	0,74
Riket	Riket	Man (n=135)	0,65	0,73	0,08	0,71	0,06
		Kvinna (n=331)	0,64	0,70	0,06	0,67	0,04
		Totalt (n=466)	0,64	0,71	0,07	0,68	0,04

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök. Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Fotnot: Bortfall för variablerna EQ5D, VAS-smärta, Ases-smärta, Ases-symtom för de olika tidpunkterna är: Nybesök: 16, 28, 7, 45. 3-mån: 16, 27, 7, 40. 12-mån: 14, 33, 13, 21.

Knä. Förändring i smärta efter artrosskola

Landsting	Enhet		VAS-smärta				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	Totalt (n=20)	45	29	16	30	15
	Malmö Abels Rehab	Man (n=10)	55	51	5	34	21
		Kvinna (n=56)	54	47	7	46	7
		Totalt (n=66)	54	48	6	45	10
Värmland	Trelleborg Lyftet Rehab	Totalt (n=20)	46	42	5	42	4
	Karlstad CSK	Man (n=26)	49	42	7	46	4
		Kvinna (n=48)	45	37	8	37	8
	Totalt (n=74)	47	39	8	40	6	
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=28)	53	36	17	40	12
		Kvinna (n=48)	55	46	9	41	13
		Totalt (n=76)	54	42	12	41	13
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	Man (n=17)	43	40	2	43	0
		Kvinna (n=26)	46	32	14	37	9
		Totalt (n=43)	45	35	9	39	6
	Munkedal	Totalt (n=16)	47	39	8	38	9
	SU/Mölnadal	Man (n=28)	44	32	13	32	12
		Kvinna (n=49)	51	39	12	40	10
		Totalt (n=77)	49	36	12	37	11
	Trollhättan	Totalt (n=39)	45	36	9	36	10
	Vänersborg	Totalt (n=10)	57	37	20	27	30
	Riket	Riket	Man (n=135)	48	38	10	39
		Kvinna (n=331)	50	40	10	40	10
		Totalt (n=466)	49	39	10	39	10

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Fotnot: Bortfall för variablerna EQ5D, VAS-smärta, Ases-smärta, Ases-symtom för de olika tidpunkterna är: Nybesök: 16, 28, 7, 45. 3-mån: 16, 27, 7, 40. 12-mån: 14, 33, 13, 21.

Knä. Förändring i tilltron till sin förmåga att kunna påverka sin smärta efter artrosskola.

Landsting	Enhet		Ases-smärta				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	Totalt (n=20)	68	73	6	65	-2
	Malmö Abels Rehab	Man (n=10)	55	61	6	59	4
		Kvinna (n=56)	58	60	2	57	-1
		Totalt (n=66)	58	60	3	58	0
Värmland	Trelleborg Lyftet Rehab	Totalt (n=20)	64	65	0	56	-8
	Karlstad CSK	Man (n=26)	59	63	4	60	1
		Kvinna (n=48)	64	65	2	60	-4
	Totalt (n=74)	62	65	2	60	-2	
Västerbotten	NUS Umeå	Man (n=28)	60	67	7	60	0
		Kvinna (n=48)	57	60	4	60	3
		Totalt (n=76)	58	63	5	60	2
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	Man (n=17)	70	70	1	54	-16
		Kvinna (n=26)	65	72	8	66	1
		Totalt (n=43)	67	72	5	61	-6
	Munkedal	Totalt (n=16)	58	65	7	65	7
	SU/Mölnadal	Man (n=28)	61	76	14	66	4
		Kvinna (n=49)	61	67	6	60	0
		Totalt (n=77)	61	70	9	62	1
	Trollhättan	Totalt (n=39)	61	67	6	62	1
	Vänersborg	Totalt (n=10)	56	64	8	68	12
	Riket	Riket	Man (n=135)	61	69	8	61
		Kvinna (n=331)	61	65	4	60	-1
		Totalt (n=466)	61	66	5	60	-1

Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Fotnot: Bortfall för variablerna EQ5D, VAS-smärta, Ases-smärta, Ases-symtom för de olika tidpunkterna är: Nybesök: 16, 28, 7, 45. 3-mån: 16, 27, 7, 40. 12-mån: 14, 33, 13, 21.

Knä. Förändring i tilltron till sin förmåga att kunna påverka symtom efter artrosskola.

Landsting	Enhet		Ases-symtom				
			nybesök	3 mån	vinst 3 mån	12 mån	vinst 12 mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	Totalt (n=20)	74	76	2	71	-2
		Malmö Abels Rehab	Man (n=10)	51	55	4	62
		Kvinna (n=56)	65	68	3	64	-1
		Totalt (n=66)	63	66	3	64	1
Värmland	Trelleborg Lyftet Rehab	Totalt (n=20)	64	69	5	62	-2
		Man (n=26)	67	72	4	70	3
		Kvinna (n=48)	66	71	5	65	-1
Västerbotten	NUS Umeå	Totalt (n=74)	67	72	5	67	0
		Man (n=28)	67	70	3	69	2
		Kvinna (n=48)	64	65	1	63	-1
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	Totalt (n=76)	65	67	2	65	0
		Man (n=17)	71	74	3	59	-12
		Kvinna (n=26)	71	77	6	71	1
		Totalt (n=43)	71	76	5	66	-4
Västmanland	Munkedal	Totalt (n=16)	63	71	9	67	5
		Man (n=28)	67	76	10	73	6
		Kvinna (n=49)	69	70	1	68	-1
Västmanland	SU/Möndal	Totalt (n=77)	68	72	4	70	2
		Man (n=28)	67	76	10	73	6
		Kvinna (n=49)	69	70	1	68	-1
Västmanland	Trollhättan	Totalt (n=39)	67	70	3	67	0
		Man (n=28)	67	76	10	73	6
		Kvinna (n=49)	69	70	1	68	-1
Västmanland	Vänersborg	Totalt (n=10)	64	68	4	69	5
		Man (n=28)	67	76	10	73	6
		Kvinna (n=49)	69	70	1	68	-1
Riket	Riket	Man (n=135)	66	72	5	68	2
		Kvinna (n=331)	67	70	3	66	-1
		Totalt (n=466)	67	70	4	66	0

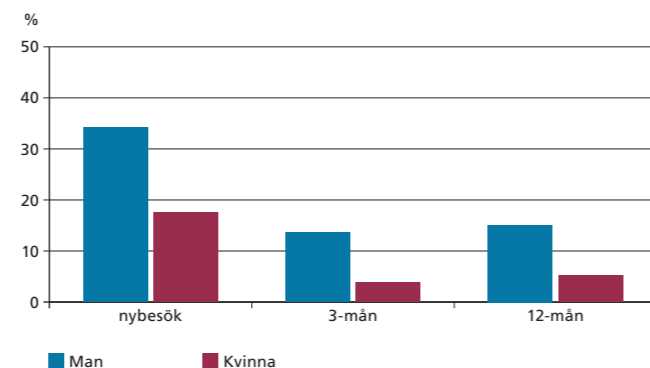
Vinst: Skillnad mellan uppföljning och nybesök Kliniker med antal registreringar under 10 redovisas inte i tabellen. Könsuppdelning där antalet registreringar medges. Endast individer med data från samtliga tre mätillfällen redovisas i tabellen.

Fotnot: Bortfall för variablerna EQ5D, VAS-smärta, Ases-smärta, Ases-symtom för de olika tidpunkterna är: Nybesök: 16, 28, 7, 45. 3-mån: 16, 27, 7, 40. 12-mån: 14, 33, 13, 21.

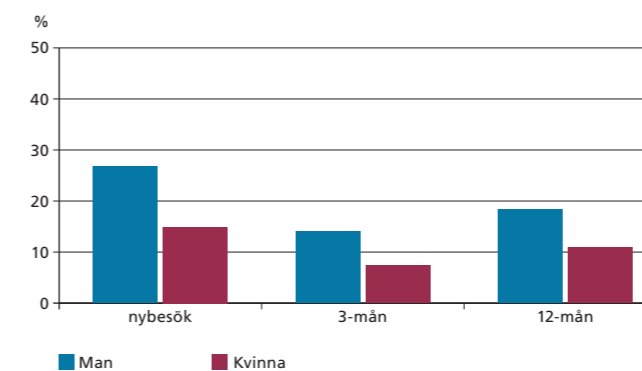
Rädd att leden tar skada

Det är en vanlig missuppfattning bland patienter med artros att leden är "utsliten" och att ytterligare användning eller aktivitet kan orsaka ytterligare skada på leden. En sådan missuppfattning kan utgöra ett hinder för fysisk aktivitet och informationen i artrosskolan syftar till att ändra uppfattningen bland patienterna. I figuren 14a och 14b syns andelen patienter som är rädda att leden tar skada av fysisk aktivitet eller träning före artrosskolan, samt efter tre och tolv månader för hela registret samt på kliniknivå. Endast kliniker med mer än 10 deltagare med kompletta data för samtliga tillfällen redovisas. Könsuppdelning där antalet medger.

Figur 14a. Höft. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet



Figur 14b. Knä. Andel som är rädda att leden ska ta skada av aktivitet



Totalt bortfall figur 14a och 14b

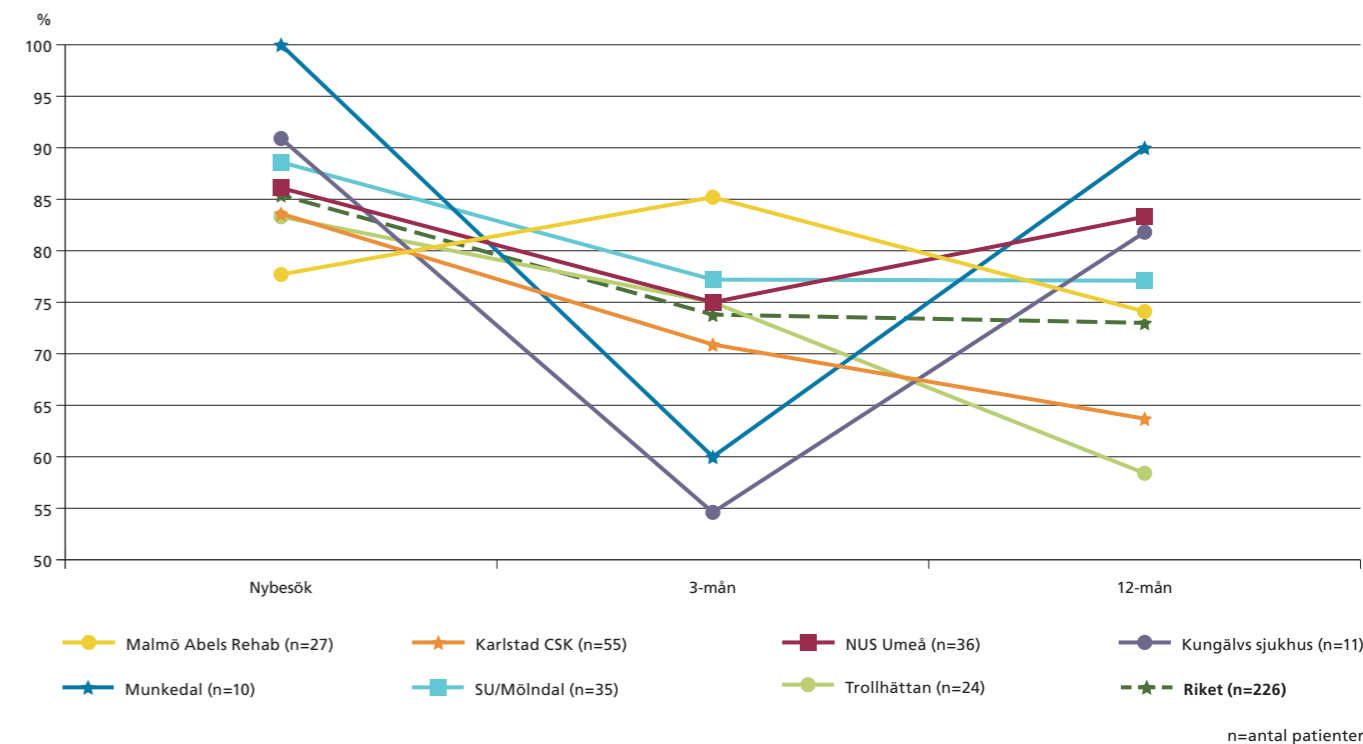
	Vill bli opererad	Rädd för ledskada	Smärtfrekvens
Nybesök	35	18	5
3-mån	14	12	8
12-mån	25	20	6

Andel med daglig smärta

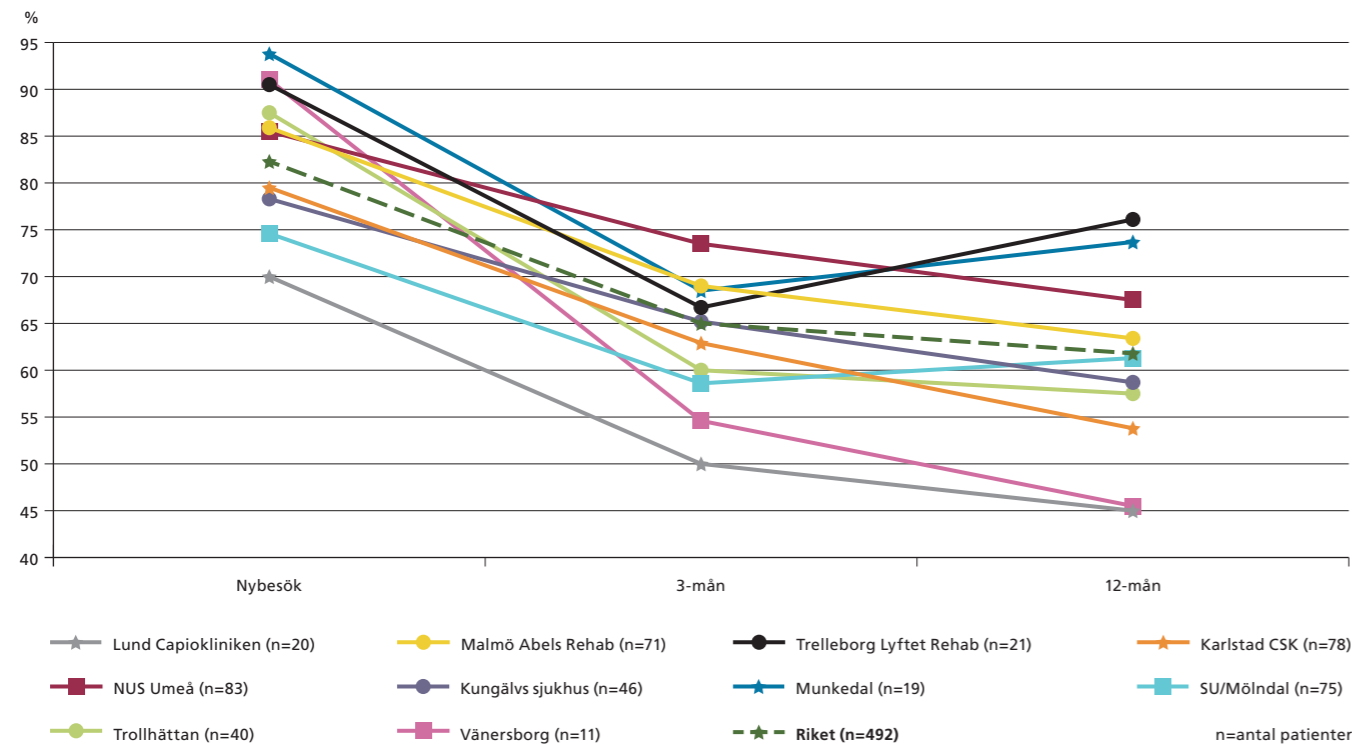
Smärta vid artros går ofta i skov. Perioder med mer smärta följs av perioder med mindre eller helt utan smärta. Dessa perioder kan variera i varaktighet från någon eller några

dagar upp till flera månader eller år och är svåra att förutspå. Figurerna nedan visar andelen patienter vid nybesök, tre och tolv månader som anger att de har ont varje dag eller alltid i höft respektive knä.

Figur 15a. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid



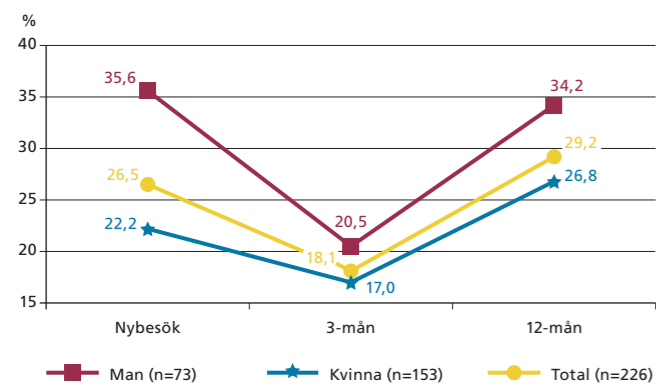
Figur 15b. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid



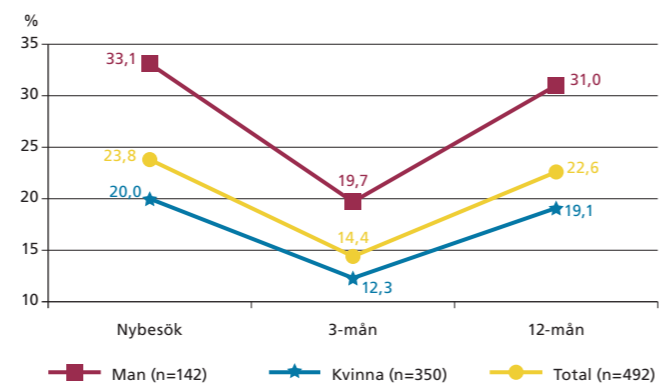
Vill bli opererad

Andelen patienter som önskar operation före artrosskolan samt efter tre och tolv månader för höft respektive knä ses i figur 16a och 16b.

Figur 16a. Höft. Andel som anger att de vill bli opererade



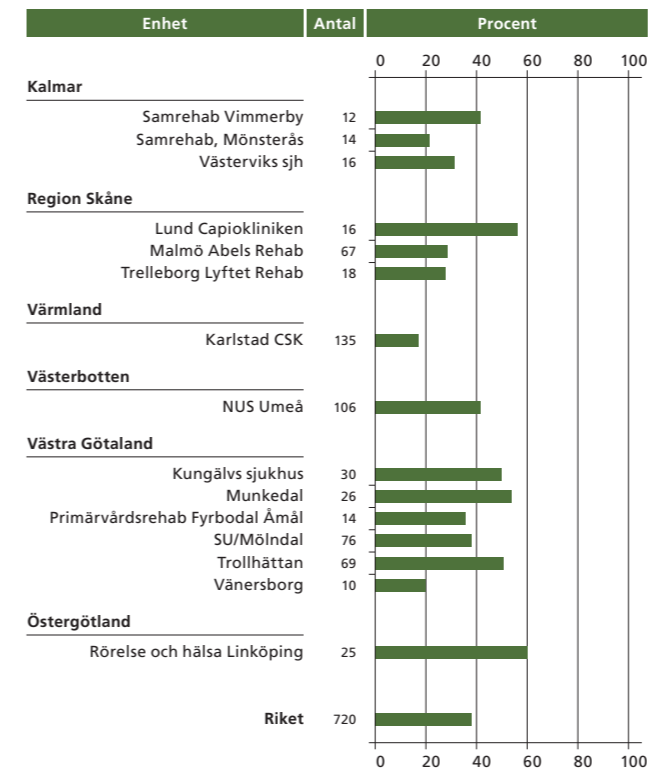
Figur 16b. Knä. Andel som anger att de vill bli opererade



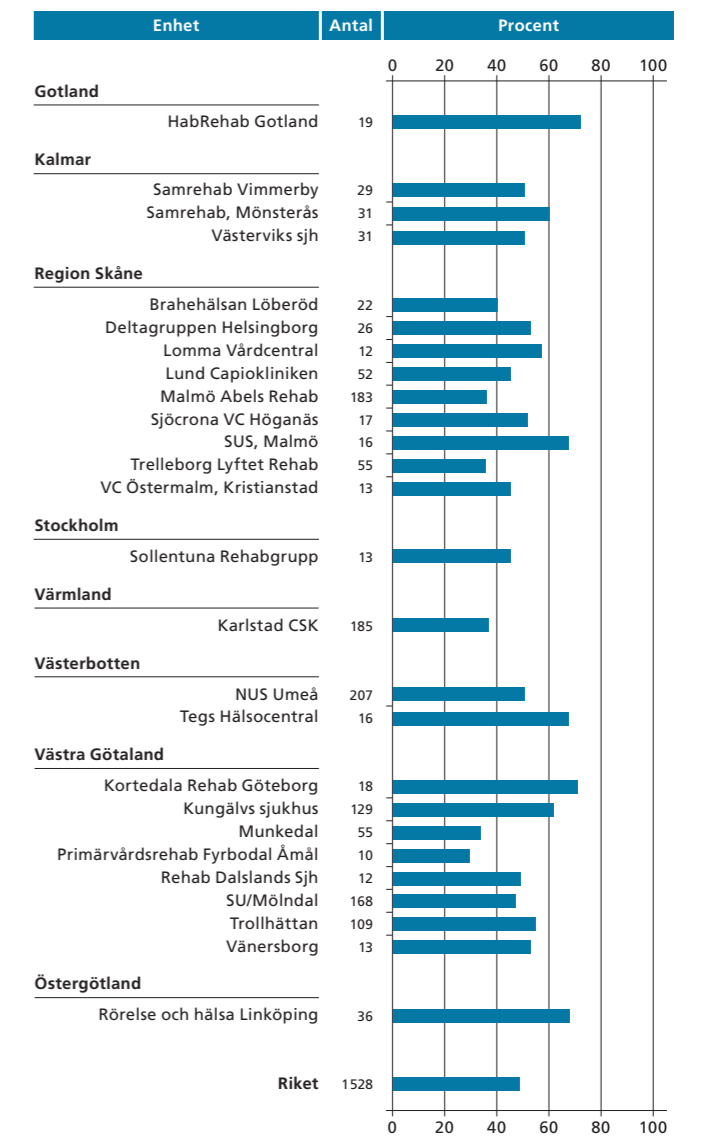
Ökad fysisk aktivitetsnivå

Ett av målen med artrosskolan är att motivera patienterna till fysisk aktivitet på en nivå som är tillräcklig för att bibehålla god hälsa. För de allra flesta betyder det en ökad fysisk aktivitetsnivå. Figur 17a och 17b visar andelen patienter som vid tremånaders uppföljningen anger att deras fysisk aktivitetsnivå har ökat något eller ökat kraftigt under de senaste tre månaderna. Totalt uppger en tredjedel av patienterna med höftartros och hälften av patienterna med knäartros att deras aktivitetsnivå har ökat.

Figur 17a. Höft. Andel som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader



Figur 17b. Knä. Andel som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader

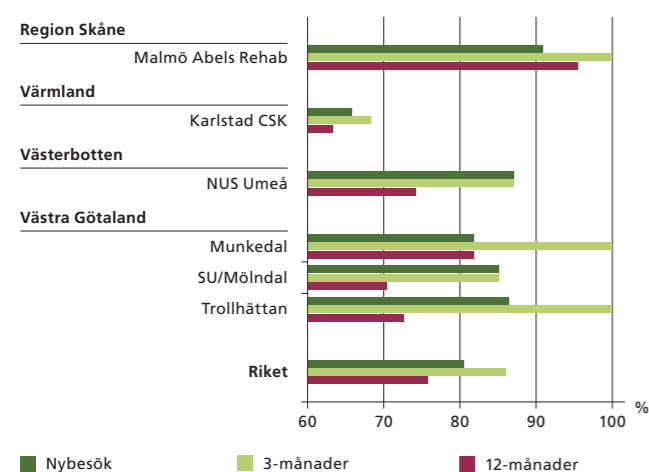


Fotnot: Totalt bortfall för variabeln ökad fysisk aktivitetsnivå är 28.

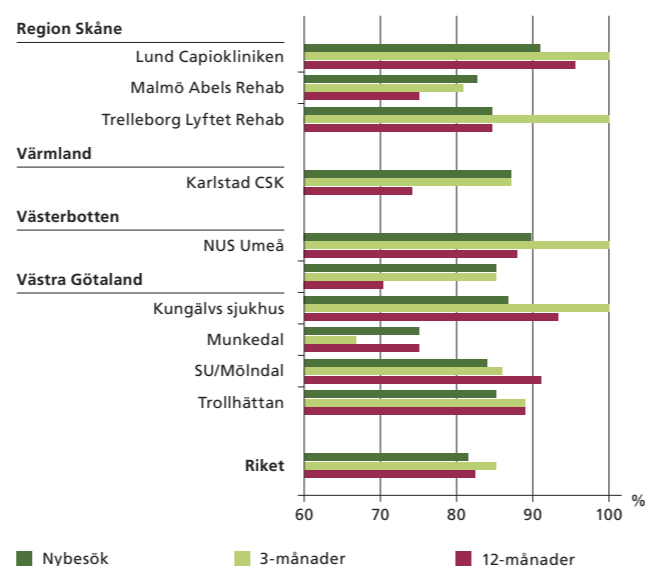
Andel som tränar varje vecka

Fysisk aktivitet är all form av kroppsrörelse som ökar pulsen. Träning är fysisk aktivitet som sker med ett specifikt syfte, så som att förbättra ledrlighet, styrka eller kondition. För att fysisk aktivitet ska vara hälsofrämjande bör den utföras med minst måttlig intensitet, det vill säga så att man blir lätt andfådd eller svettas. Figur 18a och 18b visar andelen patienter som anger att de tränar så att de blir andfådda eller svettas minst en gång per vecka före artrosskolan, samt efter tre och tolv månader.

Figur 18a. Höft. Andel som tränar minst 1 gång/vecka



Figur 18b. Knä. Andel som tränar minst 1 gång/vecka



Antal patienter för Figur 18a

Landsting	Enheter	Nybesök	3-mån	12-mån
Region Skåne	Malmö Abels Rehab	20	22	21
Värmland	Karlstad CSK	27	28	26
Västerbotten	NUS Umeå	27	27	23
Västra Götaland	Munkedal	9	11	9
	SU/Mölndal	23	23	19
	Trollhättan	19	22	16
Riket		150	160	141

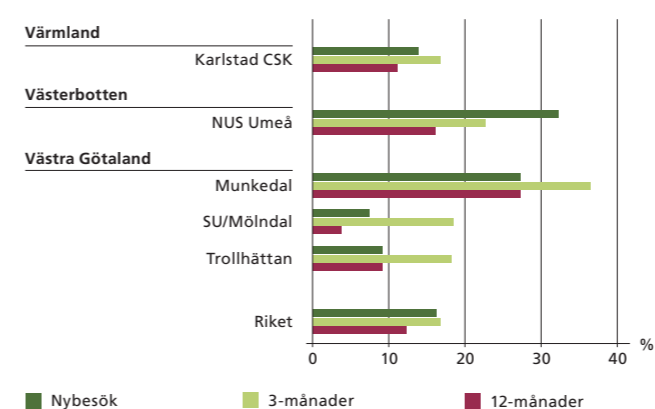
Antal patienter för Figur 18b

Landsting	Enheter	Nybesök	3-mån	12-mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	16	16	16
	Malmö Abels Rehab	43	42	39
	Trelleborg Lyftet Rehab	11	13	11
Värmland	Karlstad CSK	41	46	42
Västerbotten	NUS Umeå	52	56	51
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	26	29	28
	Munkedal	9	8	9
	SU/Mölndal	47	46	51
	Trollhättan	23	24	24
Riket		291	304	294

Andel som tränar på en rekommenderad nivå för hälsa

Världshälsoorganisationen WHO rekommenderar att alla människor, oavsett ålder eller sjukdom, ska röra på sig minst 30 minuter per dag, de flesta dagarna per vecka, med en sådan intensitet att man blir andfådd eller svettas. I figur 19a och 19b visas andelen patienter som anger att de tränar minst 30 minuter, minst fyra dagar per vecka och hur denna andel förändrats över tid. Notera att på klinikinivå är det ett mycket begränsat underlag.

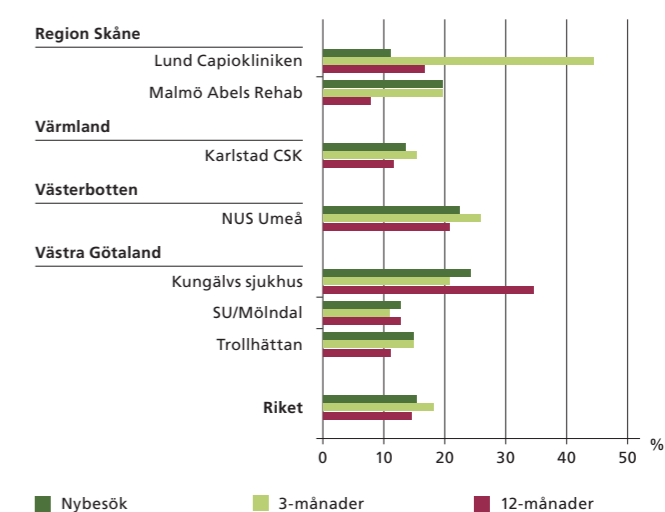
Figur 19a. Höft. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan.



Antal patienter för Figur 19a

Landsting	Enheter	Nybesök	3-mån	12-mån
Värmland	Karlstad CSK	5	6	4
Västerbotten	NUS Umeå	10	7	5
Västra Götaland	Munkedal	3	4	3
	SU/Mölndal	2	5	1
	Trollhättan	2	4	2
Riket		29	30	22

Figur 19b. Knä. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan



Antal patienter för Figur 19b

Landsting	Enheter	Nybesök	3-mån	12-mån
Region Skåne	Lund Capiokliniken	2	8	3
	Malmö Abels Rehab	10	10	4
Värmland	Karlstad CSK	7	8	6
Västerbotten	NUS Umeå	13	15	12
Västra Götaland	Kungälv sjukhus	7	6	10
	SU/Mölndal	7	6	7
	Trollhättan	4	4	3
Riket		53	63	50

Fotnot: Bortfall för variabeln träningsfrekvens är för de olika tidpunkterna: nybesök: 6, 3-mån: 25, 12-mån: 123

Fotnot: Anger att de är fysiskt aktiva så att de blir andfådda/svettiga minst 4 dagar per vecka. Bortfall för variabeln träningsfrekvens, se fotnot tillhörande figur 18. Bortfall för variabeln träningsfrekvens är för de olika tidpunkterna: nybesök: 547, 3-mån: 145, 12-mån: 187.

Vad tycker patienterna om artrosskolan?

Efter tre månader uppgav 88% att de tyckte artrosskolan var bra eller mycket bra, 7 % tyckte att den var varken bra eller dålig, 4% kunde inte bedöma eller har inte svarat (data visas ej). En procent angav att de tyckte artrosskolan var dålig.

De som tyckte artrosskolan var dålig

I tabellen nedan visas deskriptiva data för de som tyckte artrosskolan var dålig jämfört med övriga. Antalet individer med kompletta data varierar något mellan de olika variablerna. I tabell 12 presenteras medelvärden för dem som har besvarat frågorna.

Tabell 12. Deskriptiva karakteristika för dem som skattade artrosskolan som dålig och övriga

	Kön		Mest besvärade leden			Charnley A	Charnley B	Charnley C
	Man	Kvinna	Höft	Knä	Besvär från hand/fingerleder			
Antal som skattade skolan dålig	5	19	10	14	11	10	4	10
%	20,8	79,2	41,7	58,3	45,8	41,7	16,7	41,7
Antal övriga	634	1544	690	1483	850	689	719	704
%	29,1	70,9	31,8	68,2	40,1	32,5	34	33,5

	Ålder		BMI		EQ5D		VAS		Ases-smärta		Ases-symtom	
	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)
Skattade artrosskolan som dålig	63,8	(8,0)	29,4	(7,2)	0,6	(0,3)	51,5	(15,7)	49,4	(18,8)	59,8	(19,9)
Övriga	64,8	(9,7)	27,9	(4,8)	0,6	(0,2)	49,6	(18,8)	60,2	(19,7)	66,3	(17,3)

* Standardavvikelse

Andel som tycker det var användbar kunskap

Ett sätt att mäta nyttan med artrosskolan är att fråga patienterna hur ofta de använder vad de lärt sig i sin vardag. Efter tre månader uppgav 63% att de använder vad de lärt sig varje dag eller flera gånger dagligen och 92% säger sig använda det minst varje vecka. Efter ett år är motsvarande siffror 32% för varje dag och 63% för varje vecka (data visas ej). Två procent angav att de använder vad de lärt sig en gång per månad eller aldrig.

De som inte använder vad de lärt

Deskriptiva data för dem som uppgav att de inte använder vad de lärt i artrosskolan återfinns i tabell 13. Antalet individer med kompletta data varierar något mellan de olika variablerna. I tabellen presenteras medelvärden för dem som har besvarat frågorna.

Tabell 13. Deskriptiva karakteristika för dem som sällan använder det de lärt sig och övriga

	Kön		Mest besvärade leden			Charnley A	Charnley B	Charnley C
	Man	Kvinna	Höft	Knä	Besvär från hand/fingerleder			
Antal som sällan använder det de har lärt sig	19	23	14	27	18	18	12	12
%	45,2	54,8	34,1	65,9	42,9	42,9	28,6	28,6
Antal övriga	620	1539	686	1469	843	680	711	702
%	28,7	71,3	31,8	68,2	40,1	32,5	34	33,5

	Ålder		BMI		EQ5D		VAS		Ases-smärta		Ases-symtom	
	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)	Medelvärde	(SD*)
Använder sällan vad de lärt sig	60,6	(9,5)	27,7	(6,2)	0,6	(0,3)	48,0	(19,4)	58,5	(21,9)	61,8	(20,2)
Övriga	64,8	(9,7)	27,9	(4,8)	0,6	(0,2)	49,6	(18,8)	60,2	(19,7)	66,3	(17,3)

* Standardavvikelse

Fotnot: "Sällan" = använder det de lärt sig en gång i månaden eller aldrig. Bortfall för variabeln besvär från hand/fingerleder är 11.

Avbrutit/opererade

Totalt 227 patienter hade blivit opererade före 12-månaders uppföljning. Med operation avses då total ledprotes av höft eller knä. Deskriptiva data för dessa patienter

jämfört med övriga visas i tabell 14. Antalet individer med kompletta data varierar något mellan de olika variablerna. I tabellen presenteras medelvärden för dem som har besvarat frågorna.

Tabell 14. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga

	Kön		Mest besvärade leden			Övervakad träning (antal gånger)								
	Man	Kvinna	Höft	Knä	Besvär från hand/fingerleder	Charnley A	Charnley B	Charnley C	Atros-ombud	Individuell träning	10-12	7-9	1-6	Ej deltagit
Antal opererade	74	153	125	101	77	72	68	87	105	130	41	13	40	38
%	32,6	67,4	55,3	44,7	33,9	31,7	30	38,3	62,5	77,4	31,1	9,8	30,3	28,8
Antal ej opererade	867	2 042	910	1 964	1 212	958	956	964	1 318	1 800	404	235	430	701
%	29,8	70,2	31,7	68,3	41,8	33,3	33,2	33,5	60	81,9	23	13,3	24,3	39,6

	Ålder		BMI		EQ5D		VAS		Ases-smärta		Ases-symtom	
	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)
Opererade	67,3	(8,3)	27,1	(4,0)	0,5	(0,3)	58,8	(16,9)	51,8	(20,2)	60,1	(18,0)
Ej opererade	64,5	(9,9)	28,1	(4,9)	0,6	(0,2)	49,9	(18,9)	59,9	(19,9)	65,8	(17,7)

* Standardavvikelse
Fotnot: Opererad med ledproteskirurgi

Trehundratrettio patienter har avbrutit artrosskolan före 12-månaders uppföljning av annan anledning än operation. I tabell 15 syns deskriptiva data för dessa i jämförelse med övriga.

Tabell 15. Deskriptiva karakteristika för dem som avbrutit och övriga

	Kön		Mest besvärade leden			Övervakad träning (antal gånger)								
	Man	Kvinna	Höft	Knä	Besvär från hand/fingerleder	Charnley A	Charnley B	Charnley C	Atros-ombud	Individuell träning	10-12	7-9	1-6	Ej deltagit
Antal avbrutit	137	196	114	214	124	106	101	122	71	64	1	20	43	
%	41,1	58,9	34,8	65,2	37,2	32,2	30,7	37,1	61,7	55,7	1,6	31,3	67,2	
Antal ej avbrutit	804	1999	921	1851	1165	924	923	929	1352	1866	444	248	450	696
%	28,7	71,3	33,2	66,8	41,7	33,3	33,2	33,5	60,1	82,9	24,2	13,5	24,5	37,9

	Ålder		BMI		EQ5D		VAS		Ases-smärta		Ases-symtom	
	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)	Medel-värde	(SD*)
Avbrutit	63,7	(11,2)	28,2	(5,1)	0,6	(0,3)	52,9	(20,4)	57,0	(22,3)	63,7	(19,7)
Ej avbrutit	64,8	(9,6)	28,0	(4,8)	0,6	(0,2)	50,3	(18,7)	59,5	(19,7)	65,6	(17,5)

* Standardavvikelse
Fotnot: Avbrutit av annan anledning än proteskirurgi

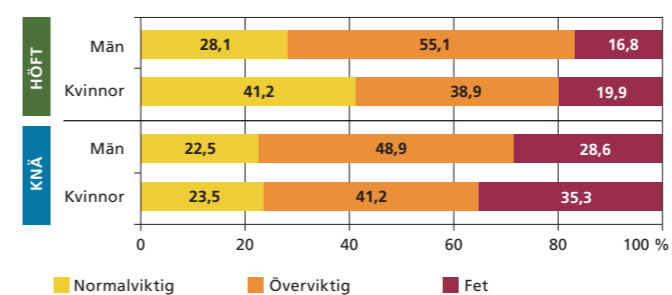
Könsskillnader

I denna årsrapport är antalet patienter på de flesta kliniker fortfarande för litet för att kunna göra rättvisande jämförelser mellan män och kvinnor på kliniknivå. Somliga variabler har redovisats separat för män och kvinnor under Resultat, andra har vi valt att redovisa på riksnivå i detta kapitel. På grund av de relativt små grupperna redovisas inga spridningsmått. Alla skillnader bör tolkas med försiktighet.

BMI

Bland patienter med höftartros är totalt 78% av männen mot 51% av kvinnorna överviktiga eller feta. Andelen överviktiga och feta totalt för knäartros är 77% och 63% för höftartros.

Figur 20. Könsskillnader BMI



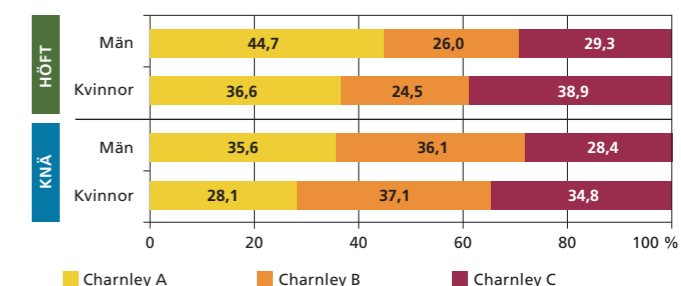
Antal patienter för Figur 20

	Normalviktig	Överviktig	Fet	Totalt
Höft				
Män	94	184	56	334
Kvinnor	284	268	137	689
Totalt	378	452	193	1 023
Knä				
Män	133	289	169	591
Kvinnor	334	586	503	1 423
Totalt	467	875	672	2 014

Charnley-kategori

Nedan visas andelen män och kvinnor med unilaterala ledbesvär (Charnley A), bilaterala ledbesvär (Charnley B) samt gångsvårigheter av andra orsaker än höft- eller knäbesvär (Charnley C).

Figur 21. Antal och andel i Charnley kategori A, B och C fördelat på kön



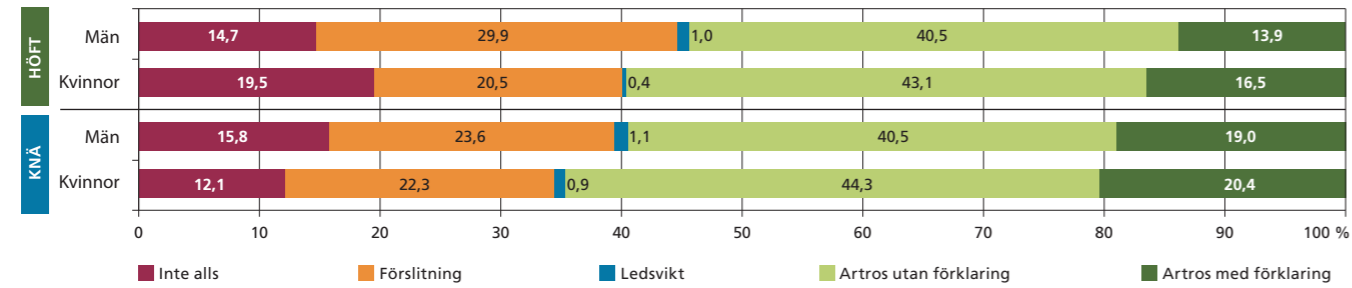
Antal patienter för Figur 21

	Charnley A	Charnley B	Charnley C	Totalt
Höft				
Män	148	86	97	331
Kvinnor	253	169	269	691
Totalt	401	255	366	1 022
Knä				
Män	212	215	169	596
Kvinnor	416	550	515	1 481
Totalt	628	765	684	2 077

Hur har artros beskrivits för patienter

Figuren nedan visar hur höft- och knäbesvären har förklarats för patienterna uppdelat på kön.

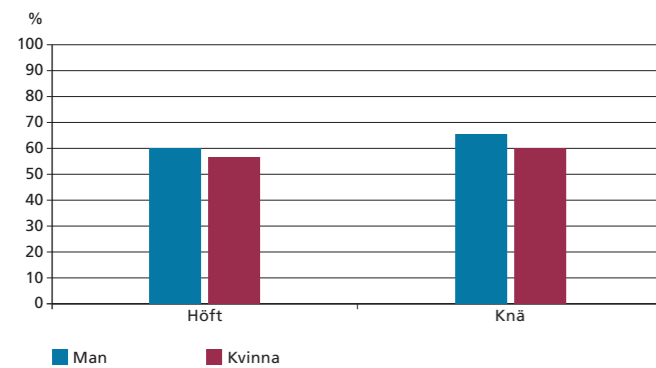
Figur 22. Hur besvären förklarats för patienten fördelat på kön



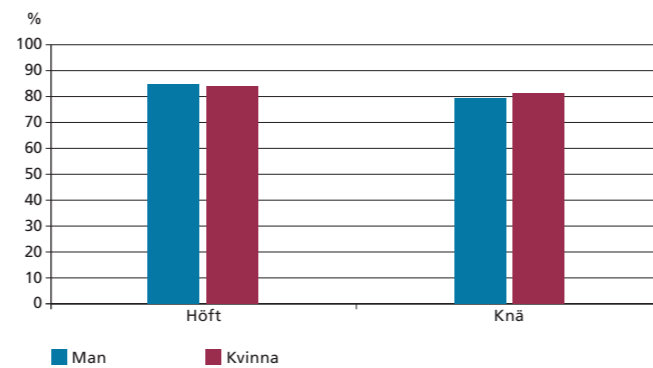
Deltagande i artrosskolan

Nedan beskrivs hur stor andel av män och kvinnor som har deltagit i tillfälle med artrosombud, individuell träningsgenomgång och övervakad träning.

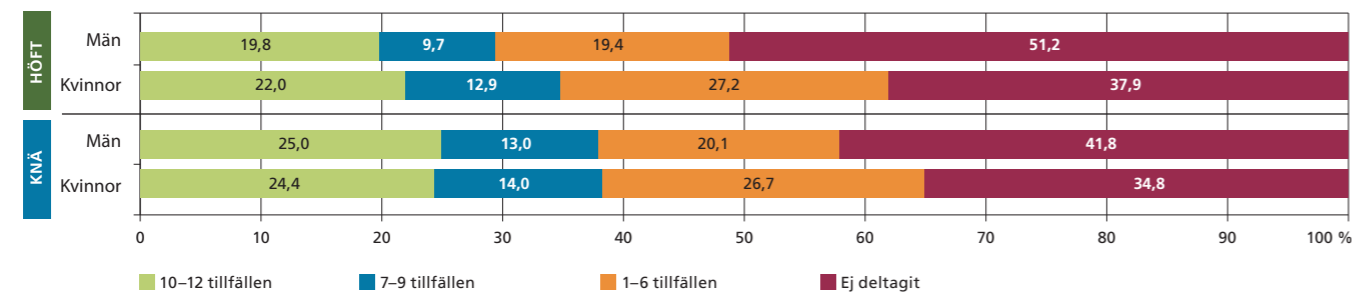
Figur 23. Andel patienter av dem som gick teori som har fått tillfälle med artrosombud fördelat på kön



Figur 24. Andel av dem som gick teori som var med på individuell träningsgenomgång fördelat på kön



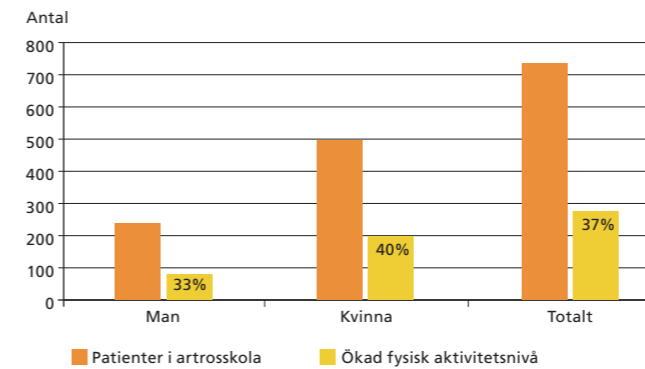
Figur 25. Andel som deltagit i övervakad träning, fördelat på kön



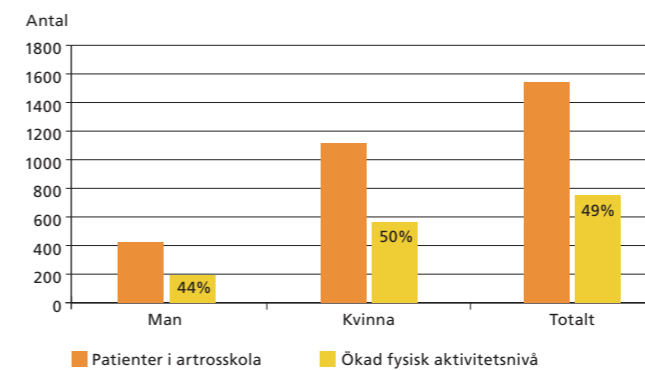
Förändring i aktivitetsnivå och träning

Figuren nedan visar andelen män och kvinnor som uppger att deras aktivitetsnivå har ökat efter tre månader. Vidare visas andelen män och kvinnor som anger att de tränar så att de blir svettiga och andfådda minst en gång per vecka före artrosskolan, samt efter tre och tolv månader. Slutligen visas andelen män och kvinnor som tränar på en tillräcklig nivå för att bibehålla god hälsa, enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer, före artrosskolan, samt efter tre och tolv månader.

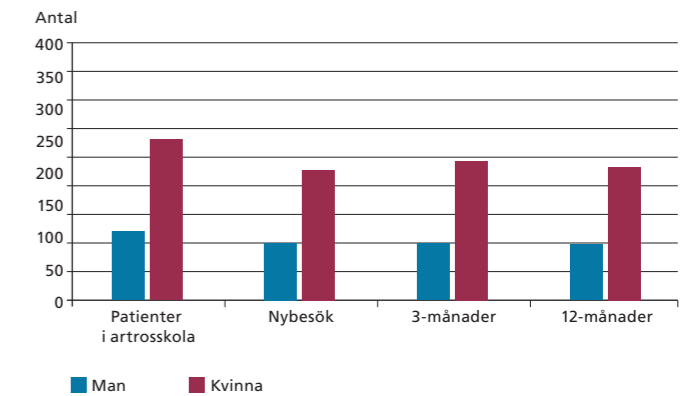
Figur 26a. Höft. Antal som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader fördelat på kön



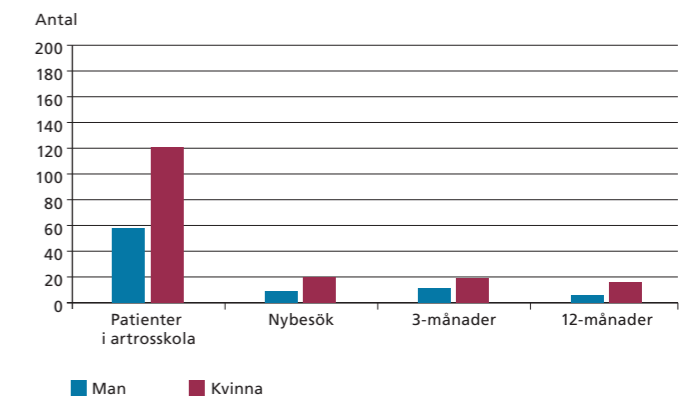
Figur 26b. Knä. Antal som uppger ökad fysisk aktivitetsnivå efter 3 månader fördelat på kön



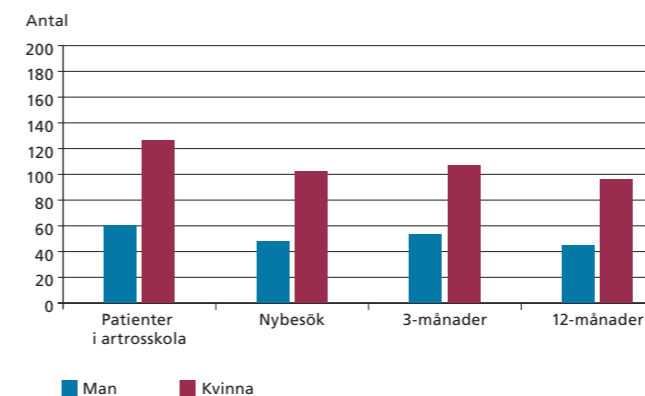
Figur 27b. Knä. Andel som tränar minst 1 gång per vecka



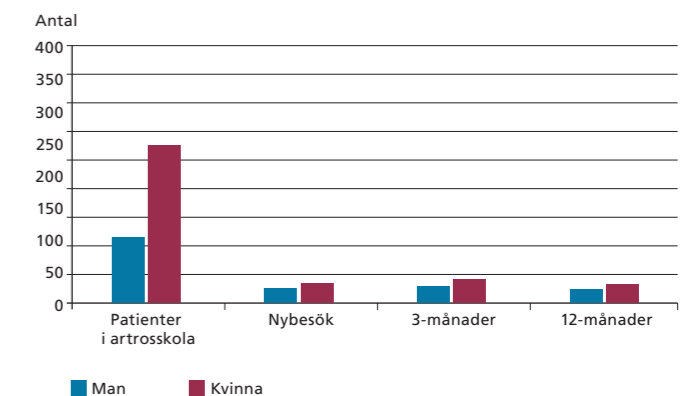
Figur 28a. Höft. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan fördelat på kön



Figur 27a. Höft. Andel som tränar minst 1 gång per vecka



Figur 28b. Knä. Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter de flesta dagar i veckan fördelat på kön



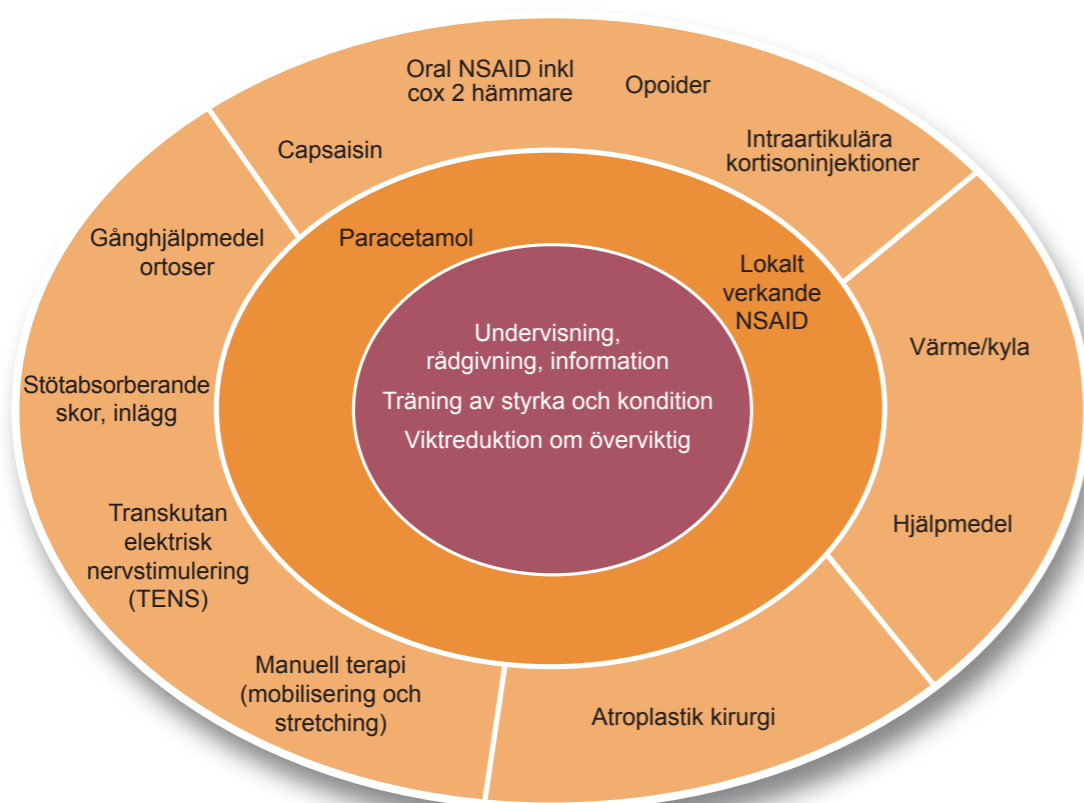
Diskussion

Riktlinjer för behandling av artros

Artros har länge setts som en åkomma som inte går att göra något åt. Det går visserligen inte att bota artros, men de senaste decenniernas forskning har visat att det finns mycket man kan göra för att lindra besvären och förebygga funktionshinder. Den bästa behandlingen av lätt till måttlig artros är information, anpassad fysisk aktivitet och viktnedgång om man är överviktig. Detta innebär livsstilsförändringar som personer med artros kan genomföra själva med rätt stöd från sjukvården och den närmaste omgivningen. Såväl svenska som internationella riktlinjer understryker betydelsen av information och träning som förstahandsåtgärd vid behandling av artros (figur). Läkemedelsverkets rekommendationer med liktydigt innehåll publicerades 2001. Det tar tid innan riktlinjer och rekommendationer slår igenom i klinisk vardag. I denna rapport kan vi se hur det ser ut

för ett urval patienter och visa på bristande information och sänkt hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med artros. I BOA-registret är det knappt hälften av patienterna som kan komma ihåg att de har varit hos en sjukgymnast tidigare för sina besvär. Mindre än 10% har erbjudits vad man skulle kunna kalla för en adekvat behandling, det vill säga information om artros, samt information om kroppsviktens betydelse vid artros och om anpassad fysisk aktivitet. Man skulle kunna argumentera att det beror på att vi når patienterna tidigt i sjukdomsförloppet, men med hänsyn till medelåldern i registret och att så många har genomgått röntgenundersökning där röntgenförändringar som vid artros faktiskt kunde påvisas är det inte troligt att så är fallet.

Riktlinjer för artrosbehandling enligt NICE, England



Conaghan, P.G., J. Dickson, and R.L. Grant, *Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. BMJ.*, 2008. 336(7642): p. 502-3.

Våra uppskattningar visar att runt 16 av 1000 invånare över 45 år besöker primärvården varje år med artros i höft eller knä som första diagnos. Det är troligt att många skickas hem igen, eventuellt med något smärtstillande läkemedel. Trots att det är liten samstämmighet mellan röntgenförändringar och besvär och att röntgenförändringar inte spelar roll för behandlingsval, skickas en del sannolikt till röntgenundersökning, som i många fall inte kommer att visa något eftersom det tar många år från första symtom innan förändringar blir synliga på slätröntgen. Det finns en risk att de som redan har varit på röntgen med normala fynd är missnöjda eftersom de inte fick förklaring till sina besvär. De kanske skickas på MR som sedan leder till en artroskopisk undersökning. De som provat läkemedel utan effekt kanske skickas till ortopedspecialist för bedömning och ställningstagande till operation, ibland även om de inte vill bli opererade eller har behov av det vid det tillfället. Den som har mycket besvär kanske blir sjukskriven i väntan på att komma till ortoped. Sådär skickas dessvärre patienter med artros ofta runt i vården. Det kostar samhället enorma summor och patienten blir inte bättre av att vandra runt i vården utan att erbjudas evidensbaserad förbättrande behandling. Dessvärre talar resultaten i BOA-registret för att det är vanligt att patienter med artros behandlas på detta sätt. Många människor har artros, många är i arbetsför ålder och de indirekta kostnaderna för artros i Sverige i form av produktionsbortfall, sjukskrivning och förtidspension är mer än fem gånger så stora som kostnaderna för sjukvårdande behandling. Medelåldern för patienterna i BOA-registret är 65 år, det vill säga ungefär hälften är i arbetsför ålder. Andelen sjukskrivna bland alla med knäbesvär är 15%. Motsvarande siffra för dem med höftbesvär är 10% och 5% har varit sjukskrivna mer än tre månader. Procentsatserna är beräknade på alla patienter, även dem som är äldre än 65 år. Den faktiska andelen sjukskrivna i arbetsför ålder är således avsevärt större. Genom BOA och successivt införande av artrosskolor över landet vill vi erbjuda information och anpassad fysisk träning till alla med höft- och knäartros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, för att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten samt förebygga sjukskrivning och ohälsa. Sjukgymnasten bör vara ett förstahandsalternativ för patienter med artros i höft och knä.

Röntgenundersökning

Siffrorna i registret visar att röntgen är en vanlig undersökning vid både höft- och knäartros. Om röntgen visar artrosförändringar kan det i många fall lugna patienten

eftersom man då kan anta att besvären beror på artros och därmed utesluta andra orsaker. Paradoxalt nog finns det en risk att en patient med svåra besvär utan påvisbara röntgenförändringar kan bli mer orolig av röntgenresultatet. Eftersom röntgenfynden inte på något sätt ändrar den tidiga behandlingen av artros bör motivet för en röntgenundersökning vara tydligt definierat. Röntgen ska endast göras om det råder osäkerhet om diagnosen eller om specialistremiss övervägs. Den relativt höga andelen patienter i BOA-registret som uppger att röntgen påvisar förändringar som vid artros kan indikera att många patienter har fått vänta på en röntgenverifierad diagnos innan behandling har satts in.

Samsjuklighet

I BOA-registret anger ungefär en tredjedel av patienterna att de har nedsatt gångförmåga av andra orsaker än höft- och knäbesvär. Vad denna samsjuklighet består i kan belysas genom framtida samkörningar med Socialstyrelsens patientregister. Samsjuklighet kan givetvis påverka de förväntade resultaten av de behandlingar som erbjuds för artros. Även om artrosskolan kan ha potential att förbättra smärta och funktion relaterat till artros finns det andra problem som utgör hinder för en ökad aktivitetsnivå. Endast en tredjedel av patienterna som registreras i BOA har unilaterala besvär. Att ha artros i mer än en led är således vanligt. Fyrtio procent har besvär även från hand- och fingerleder. Förekomst av artros i flera leder samtidigt och att patienterna i många fall har andra diagnoser och besvär som påverkar funktionsförmågan har viktiga kliniska implikationer för behandlingsplanering och utvärdering av resultat. Ont i ett knä eller i en höft kan vara en del i en mer utbredd problematik.

Tidigare operationer

En tredjedel av alla män och en femtedel av kvinnorna med mest knäbesvär i BOA-registret har uppgett att de genomgått någon form av ledkirurgi (ej mjukdelkirurgi) i det mest besvärade knäet och var tionde är opererad i den motsatta knäleden. Till dessa operationer hör bland annat artroskopi. Att ta bort delar av en förändrad menisk, som ofta är det första tecknet på artros, eller att "städa" i leden genom att putsa bort ojämnheter tar inte bort artrossjukdomen och minskar sällan symptomen. Artroskopi vid artros har i väldefinierade studier inte varit bättre än låtsaskirurgi (1). Alla former av kirurgi innebär dessutom en risk för infektion och bör därför undvikas om indikationen är oklar. Andelen som blivit opererade i höften är mindre än 10%.

Hur artros beskrivits för patienter

50 till 60% av patienterna i BOA-registret vet att de har artros, men de flesta av dem vet inte vad det innebär. Omkring 40% har inte alls fått någon information om vad deras besvär beror på eller värre: har fått beskedet att de har utslitna leder. Föreställningen att brosket är utslitet bidrar sannolikt till att många patienter med artros inte vågar vara aktiva av rädsla att orsaka ännu värre skada. Detta är förödande och utgör ett hinder för de rekommendationer om fysisk aktivitet och träning som ges i artrosskolan. En del patienter kommer över sin rörelserädsla då de får ökad kunskap och känner nyttan av anpassad fysisk aktivitet, men även efter genomgången artrosskola anger strax under 10% att de är rädda att leden tar skada av fysisk aktivitet. Vid 12-månadersuppföljning har andelen personer som tror att leden tar skada av fysisk aktivitet ytterligare ökat. Fler män än kvinnor är rädda att leden tar skada och det är vanligare vid höftartros än vid knäartros. Fler män än kvinnor anger också att de vill bli opererade. Dessa faktorer kan hänga ihop. Den som betraktar leden som utsliten och är rädd att tillfoga leden ytterligare skada genom aktivitet kan se operation som enda utvägen.

Praxis

Variationer i upplägg kan påverka utfallet och kostnaden för interventionen. Då kostnaden för artrosskolan beräknas är det väsentligt att ta hänsyn till en eventuell vinst i patientrapporterat utfall. En investerad krona som leder till förbättrad hälsa kan spara sjukvården och samhället stora summor över tid. Genom att följa praxis och stimulera till hälsoekonomiska analyser kan vi optimera balansen mellan insats och utfall.

Förändring över tid i hälsorelaterad livskvalitet

EQ5D är ett patientrapporterat frågeformulär som har använts för en rad diagnoser och sjukdomstillstånd för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Ett index beräknas där 0 motsvarar ”död” och 1 motsvarar högsta möjliga hälsorelaterade livskvalitet. I svenska höftprotesregistrets årsrapport 2009 har patienter preoperativt ett EQ5D-index på 0.41 och ett år postoperativt 0.78, det vill säga man har vunnit 0.37 i EQ5D-index med en höftprotesoperation. Proteskirurgi är ett stort och komplicerat ingrepp, med betydande kostnader. Sannolikt är också förväntanseffekten (placeboeffekten) av ett kirurgiskt ingrepp betydligt större än vid information och träning. Alla effekter räknas och placebo ska inte underskattas. I en studie som jämförde mobilisering, tejp och träning vid knäartros med placebo i form av ultraljud med en

”dummy-apparat” blev patienterna lika bra i båda grupperna och effekten stod sig över tid (2). En annan studie som jämförde traditionell kinesisk akupunktur med sham (placebo) akupunktur kunde inte heller påvisa några skillnader mellan grupperna. Däremot hade även sjukgymnasterna i denna studie randomiserats till olika beteende gentemot patienterna: hälften av sjukgymnasterna ombads att agera övertygande och säga att de hade haft många patienter med gott resultat av behandlingen, medan andra hälften ombads att vara neutrala och informera patienterna att skälet att man genomförde studien var att man inte säkert visste om behandlingen hade någon effekt. Patienterna som behandlades av de övertygande sjukgymnasterna upplevde större smärtlindring (3). Genom att som behandlare agera med engagemang och övertygelse kan vi uppnå resultat som inte alltid kan förklaras med de utvärderingsinstrument vi använder i vården. I BOA-registret ser vi en vinst i EQ5D efter 3 månader på 0.07 och en kvarstående effekt på 0.04 efter 12 månader. Variationen mellan enheter är stor. Vi strävar efter att på sikt nå en EQ5D vinst på 0.10 genom återkoppling och kvalitetsförbättring av rutiner och innehåll i artrosskolan.

Utvecklingspotential

Från december 2010 och fram till tidpunkten för tryck av årsrapporten (augusti 2011) har antalet enheter som har anslutit sig till registret nära nog tredubblats, från 39 till 107. Det talar för ett glädjande stort intresse och kanske ett uppdämt behov bland sjukgymnaster att kunna utvärdera, påvisa och kvalitetsförbättra sin verksamhet.

Artrosskolan är främst tänkt som ett behandlingsalternativ i primärvården. Här finns en stor utvecklingspotential, inte minst då det gäller att utveckla teamarbetet kring patienter med artros. Distriktsläkaren och distriktsköterskan har en väsentlig roll i att ställa tidig diagnos av artros i knä och höft och att hänvisa till artrosskola i ett tidigt skede. I en framtid bör ingående kunskap om artros och innehåll i artrosskolan ingå i grundutbildningen för såväl sjukgymnaster och arbetsterapeuter som läkare och sjuksköterskor.

Genom teamarbete kring artros kan patienten på ett naturligt sätt få sina kunskaper från artrosskolan uppföljda vid alla kontroller på vårdcentralen. Uppföljning av fysisk aktivitet och fysisk funktion ska i framtiden göras för alla våra kroniska folksjukdomar där idag ordination av fysisk aktivitet på recept (FaR) enligt www.fyss.se utgör en basbehandling. Fysisk aktivitet

ska idag ordinerar enligt modellen FaR av all legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, såväl inom primärvård som slutenvård. Behovet av en vårdkedja kring ordination av fysisk aktivitet (FaR) har identifierats inom Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR. Detta gäller i synnerhet för medelålders och äldre patienter som hamnar på sjukhus och där det blir uppenbart att det finns ett stort behov av ökad kondition, styrka och fysisk aktivitet i vardagen. Med tanke på förekomsten av samsjuklighet vid artros som ses i BOA-registret och en ökande förekomst av inaktivitetsrelaterade sjukdomar i befolkningen kan en utveckling av teamarbetet samt en ökad användning av FaR förväntas ge stora hälsovinster för patienten och spara pengar för samhället.

Bekymmer för privata vårdgivare i registret

Datainspektionens krav på säker autentisering för alla användare i Nationella Kvalitetsregister är en självklarhet för patientens integritet och säkerhet. I den offentliga sjukvården är alla anslutna till HSA-katalogen. HSA är en nationell elektronisk katalogtjänst (databas) som används för att lagra och hitta adress- och kontaktinformation över organisationsgränser, inom vård och omsorg. För att möjliggöra en säker hantering av patientuppgifter har SITHS-kort införts som en nationell standard för elektronisk identifiering och signering i vård- och omsorgssektorn. SITHS-korten utgår från HSA-katalogen. Huvudmannen står för att tillhandahålla SITHS-kort och inloggning till de portaler där registren kan nås. Artrosskolor bedrivs ofta på privata enheter. Privata vårdgivare med landstingsavtal kan ha samma möjligheter att få säker autentisering, medan privata vårdgivare utan avtal måste prenumerera på anslutning till HSA-katalog och SITHS-kort. Detta kan innebära en betydande årskostnad för en liten privat mottagning som förhindrar eller omöjliggör anslutning till BOA-registret. Detta är ett bekymmer för BOA-registret och eventuella andra register som har helt privata vårdgivare som tar hand om patienter.

1. Moseley, J.B. et al. *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee.* *N Engl J Med*, 2002. 347(2): p. 81-8.
2. Bennell, K.L. et al. *Efficacy of physiotherapy management of knee joint osteoarthritis: a randomised, double blind, placebo controlled trial.* *Ann Rheum Dis.*, 2005. 64(6): p. 906-12.
3. Suarez-Almazor, M.E. et al. *A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication.* *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62(9): p. 1229-36.

Pågående studier

BOA-registret genererar en mängd data som på sikt kommer att kunna användas för såväl lokalt förbättringsarbete som för forskning. Djupanalyser av materialet kan generera hypoteser som kan prövas i nya studier. Samkörning av BOA-registret med andra kvalitetsregister, efter etikprövning, kan ge svar på frågor som rör såväl patientens väg genom vården och hälsoekonomi som faktorer som påverkar resultaten av behandling.

Effekt av artrosskola på fysisk aktivitetsnivå mätt med accelerometer hos patienter med artros i höft och knä

Therese Jönsson (tidigare Olsson) är sjukgymnast och doktorand i BOA (Lund). Handledare är Leif Dahlberg, Göran Garellick, Eva Ekvall-Hansson och Carina Thorstensson. Personer med artros i knä- eller höftled har en sänkt aktivitetsnivå i förhållande till friska individer. En sänkt aktivitetsnivå leder till inaktivitetsrelaterade sjukdomar och för tidig död. Denna studie avser att mäta om vi genom information och träning (artrosskola) kan påverka dessa personer till en ökad aktivitetsnivå. Studien utförs som en observationsstudie med kontrollgrupp. Fysisk aktivitet mäts med en accelerometer (bilden) som bärs i 7 dagar, under dygnets vakna timmar och kompletteras med en aktivitetsdagbok. Mätningen upprepas efter 3 och 12 månader, i samband med utvärdering av artrosskolan. Primärt utvärderingsmått är minuter per dag som fysisk aktivitet med minst måttlig intensitet utförts. Förändring över tid, aktivitetsmönster under dagen/veckan, inverkan av faktorer såsom kön, ålder eller lokalisering av artros kommer att studeras. Genom ökad kunskap om effekterna av information och individuellt anpassad övertakad träning (artrosskola) på fysisk aktivitetsnivå, kan vi förbättra och precisera rekommendationerna till patienter med artros i knä- och höftled. Målet är en ökad aktivitetsnivå med positiva effekter på den generella hälsan, välbefinnandet och behovet av sjukvårdande behandling och sjukskrivning för inaktivitetsrelaterade sjukdomar.



Rörelserädsla hos patienter med artros

Malin Jönsson-Lundgren är sjukgymnast vid Abels Rehab, primärvården i Malmö. Malin ligger i startgroparna för ett magisterprojekt med inriktning mot rörelserädsla. Handledare är Carina Thorstensson. Med material från en tidigare studie (2007) skrevs 2010 en kandidatuppsats om rörelserädsla hos patienter med artros.

Nittionio patienter fyllde, innan artrosskolan började, i olika frågeformulär där en av frågorna var om patienten var rädd att leden skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning. 26 % svarade ja på denna fråga. Den enda skillnaden mellan rörelserädda och ej rörelserädda var kön, där män var rörelserädda i högre utsträckning ($p=0.02$). I BOA-registret svarar patienterna på samma fråga. Nästa studie avser att belysa effekterna av artrosskola på rörelserädsla och faktorer som kan förklara rörelserädsla. Genom att identifiera patienter med rörelserädsla och risk för kvarstående rörelserädsla efter artrosskola kan vi anpassa och optimera omhändertagandet för denna grupp av patienter med artros.

Goda idéer eller lust att forska?

Ju mer vi använder våra data i registret, desto bättre blir vår datakvalitet och omhändertagandet av patienterna. Om du vill forska på BOA-data kan du inkomma med en projektplan (max en A4) och en kopia på ansökan till etikprövningsnämnden, alternativt godkänd etikansökan, till BOAs styrgrupp. Om styrgruppen bedömer att projektet är möjligt att genomföra och att frågeställningen kan besvaras med BOA-data och föreslagen metod, kan utdataenheten vid Registercentrum VGR bistå med oidentifierade data för analys. En person (ur styrgruppen) med god kännedom om BOA bör medverka i tolkning av resultaten.

Fakta om BOA

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

Organisation

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

Styrgrupp

Carina Thorstensson Ordförande och Registerhållare, med dr, sjukgymnast, FoU-centrum Spenshult, Oskarström

Leif Dahlberg Registerhållare, professor, överläkare Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Göran Garellick Överläkare, med dr, registerhållare i Svenska Höftprotesregistret

Ingrid Cederlund sjuksköterska, artrosinformatörsansvarig, Reumatikerförbundet, Stockholm

Ingrid Lundin sjukgymnast, Ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Kjell Nilsson professor, överläkare Ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Lillemor Nyberg doktorand, distriktsläkare Karolina vårdcentral, Karlskoga

Malin Jönsson-Lundgren sjukgymnast, Abels rehab, Malmö

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

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

Övriga kontaktpersoner

Pia Andersson sekreterare, FoU-centrum Spenshult, Oskarström

Kajsa Eriksson projektledare Registercentrum VGR, Göteborg

Medverkande enheter

Tabell 16. Enheter anslutna till BOA-registret per augusti 2011.

Landsting	Enhet namn	Vårdgivarnivå	Privat/offentlig
Stockholm	AW Hälsa - Artrosmottagningen, Danderyd	primärvård	privat
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	primärvård	off
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	primärvård	off
	Sollentuna Rehabgrupp	primärvård	privat
	Tallhöjdens sjukgymnastik, Södertälje	primärvård	off
Uppsala	Ena Sjukgymnastik, Enköping	primärvård	privat
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	primärvård	off
	Motala Lasarett	primärvård	off
	Rehab Finspång	primärvård	off
	Rehab Öst, Valdemarsviks Vårdcentral	primärvård	off
	Rörelse och hälsa Linköping	primärvård	off
	Vårdcentralen Boxholm	primärvård	off
	Vårdcentralen Ödeshög	primärvård	off
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	primärvård	privat
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	primärvård	off
Kalmar	Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga	primärvård	off
	Distriktsrehab Kalmar/Torsås	primärvård	off
	Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	primärvård	off
	Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar	primärvård	off
	Samrehab Hultsfred	primärvård	off
	Samrehab Högsby	primärvård	off
	Samrehab Vimmerby	primärvård	off
	Samrehab, Mönsterås	primärvård	off
	Samrehab, Oskarshamn	primärvård	off
	Västerviks sjh	primärvård	off
Gotland	HabRehab Gotland	primärvård	off
Blekinge	Kallinge Vårdcentral	primärvård	off
	Karlskrona Rehabcenter	primärvård	off
	Ronneby Vårdcentral	primärvård	off
	Vårdcentralen Samariten/Brunngården, Karlshamn	primärvård	off
Region Skåne	Bjärreds Vårdcentral	primärvård	off
	Brahehälsan Löberöd	primärvård	privat
	Capio Citykliniken, Lund	primärvård	privat
	City Rehab, Lund	primärvård	privat
	Deltagruppen Helsingborg	primärvård	privat
	Deltagruppen Råå, Helsingborg	primärvård	off
	Fysiocenter, Malmö	primärvård	privat
	Höörs Vårdcentral	primärvård	off
	Klippans Vårdcentral	primärvård	off
	Lomma Vårdcentral	primärvård	off
	Malmö Abels Rehab	primärvård	off
	Näsets Läkargrupp	primärvård	privat
	Nöbbelöv Vårdcentral	primärvård	off

■ Enheter som rapporterat minst en patient före 31 dec 2010

■ Enheter som anslutits till registret under 2011

Landsting	Enhet namn	Vårdgivarnivå	Privat/offentlig
Region Skåne forts.	Rehab o Friskvårdshuset, Staffanstorps	primärvård	privat
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	primärvård	privat
	Sjöcrona VC Höganäs	primärvård	off
	Solljungahälsan, Örkelljunga	primärvård	privat
	SUS, Malmö	sjukhus	off
	Söderåsens Vårdcentral	primärvård	off
	Trelleborg Lyftet Rehab	primärvård	off
	Vårdcentralen Sjöbo	primärvård	off
	Vårdcentralen Skurup	primärvård	off
	Vårdcentralen Tollarp	primärvård	off
	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	primärvård	off
Halland	Tudorkliniken, Halmstad	primärvård	privat
	Vårdcentralen Laholm	primärvård	off
	Vårdcentralen Oskarström	primärvård	off
Västra Götaland	City Sjukgymnastik, Trollhättan	primärvård	privat
	Distriktsjukgymnastiken Uddevalla	primärvård	off
	Kortedala Rehab Göteborg	primärvård	off
	Kungälv sjukhus	sjukhus	off
	Munkedal	primärvård	off
	Nygårds VC Bengtfors	primärvård	off
	Primärvården Södra Bohuslän, Höne	primärvård	off
	Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg	primärvård	off
	Primärvårdsrehab Fyrbodals Åmål	primärvård	off
	Rehab Dalslands Sjh	primärvård	off
	Stay active Trollhättan	primärvård	privat
	SU/Mölndal	sjukhus	off
	Trollhättan	primärvård	off
	VC Färgelanda	primärvård	off
	Vänersborg	primärvård	off
Värmland	Hagfors VC	primärvård	off
	Karlstad CSK	primärvård	off
	Primärvårdsrehab Norra, Värmland	primärvård	off
	Rehabenheten, Kristinehamn	primärvård	off
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	primärvård	privat
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	primärvård	off
Västmanland	Rehabenheten, Köpings Närsjukhus	sjukhus	off
Gävleborg	Hälsocentralen Delsbo	primärvård	off
	Rehabiliteringen Ljusdal	primärvård	off
	Sjukgymnastiken Omkretsen, Gävle	primärvård	off
	Sjukgymnastiken Västra, Gävleborg	primärvård	off
	Söderhamns Sjukhus, Rehabenheten	primärvård	off
	Södertull Hälsocentral, Gävle	primärvård	off
Västernorrland	Matfors Vårdcentral	primärvård	off
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå	primärvård	off
	Dragonens nya hälsocentral, Umeå	primärvård	privat
	Holmsunds Hälsocentral	primärvård	off
	Hälsocentralen Tre älvar	primärvård	off

■ Enheter som rapporterat minst en patient före 31 dec 2010

■ Enheter som anslutits till registret under 2011

Landsting	Enhet namn	Vårdgivarnivå	Privat/offentlig	
Västerbotten forts.	JA Fysioterapi, Skellefteå	primärvård	privat	
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	primärvård	off	
	Mariehams Hälsocentral, Umeå	primärvård	off	
	Nordmalings Hälsocentral	primärvård	off	
	NUS Umeå	sjukhus	off	
	Rehab Center AB, Umeå	primärvård	privat	
	Tegs Hälsocentral	primärvård	off	
	Umeå Fysiocenter AB	primärvård	privat	
	Umeå Smärtmottagning	primärvård	privat	
	Vännäs Hälsocentral	primärvård	off	
	Norrbotten	Furunäsets Vårdcentral	primärvård	off
		Hortlax Vårdcentral, Piteå	primärvård	off
Jokkmokks vårdcentral		primärvård	off	
Norrfjärdens Vårdcentral		primärvård	off	
Piteå vårdcentral		primärvård	off	
Sunderby sjukhus		sjukhus	off	
Öjebyns Vårdcentral		primärvård	off	

■ Enheter som rapporterat minst en patient före 31 dec 2010

■ Enheter som anslutits till registret under 2011



Registercentrum Västra Götaland
BOA-registret
413 45 Göteborg

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN KOMPETENSCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Registercentrum i Västra Götalandsregionen är ett centrum för utveckling, drift och användning av kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården.

Registercentrum har i egenskap av Kompetenscentrum för Nationella Kvalitetsregister uppdraget från SKL att ge dessa register stöd med sådan kompetens som rör utveckling, drift och användning av kvalitetsregister på nationell nivå.

Registercentrum har också ett regionalt uppdrag att underlätta utvecklingen av kvalitetsregister på regional och verksamhetsnivå. Registercentrum ska stödja sådana kvalitetsregister i sin utveckling med sikte på att bli Nationella Kvalitetsregister.