



SVENSKA ARTROSREGISTRET

# APPENDIX ARTROSREGISTRET ÅRSRAPPORT 2022

## Appendix, Svenska Artrosregistrets Årsrapport 2022

I arbetet med årets årsrapport har vi valt att ha med de regionala variationerna för de indikatorer som mäts av Socialstyrelsen och regionernas kunskapsstyrning i ett appendix.

Anledningen till detta är att, i takt med att registret växt och börjat utvärdera nya behandlingssätt så har också årsrapporten växt och till slut blivit större än vad som är hanterbart. Genom att sätta regionala indikatorer i ett eget dokument hoppas vi att vi på ett enklare sätt ska kunna nå beslutsfattare, chefer, kliniker och kanske även patienter som har ett större intresse för resultat på regional nivå.

Är man intresserad av enheters data så finns det att titta på i realtid på hemsidan.

<https://artrosregistret.registercentrum.se>

Har ni tankar och idéer på vad som skulle vara relevant för er i ert arbete för att förbättra vården så får ni gärna höra av er då arbetet med nästa års årsrapport precis har startat.

Med vänlig hälsning

Therese Jönsson, Dr Med Vet, Leg Fysioterapeut Registerhållare

## Antal registrerade och uppföljda patienter

Tabell 1 och 2 visar andel patienter som inte följts upp vid tre månader, fördelat på region och år.

Tabell 1. Antal registrerade patienter över tid.

	2008–2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
<b>Stockholm</b>	1703	1716	1155	1813	2222	2094	2423	1956	2083	941	18822
<b>Uppsala</b>	392	264	327	439	479	482	498	344	338	147	3698
<b>Sörmland</b>	141	422	560	689	698	695	596	529	21827	14092	40126
<b>Östergötland</b>	3273	1261	1424	1710	1685	1459	1241	843	771	739	14305
<b>Jönköping</b>	690	469	461	405	276	279	192	174	490	350	3770
<b>Kronoberg</b>	545	355	497	385	450	343	270	119	159	221	3316
<b>Kalmar</b>	1184	484	688	614	507	507	730	471	667	340	6157
<b>Gotland</b>	488	198	199	195	157	101	124	40	45	41	1560
<b>Blekinge</b>	1014	332	245	247	192	355	494	121	93	86	3209
<b>Skåne</b>	1133	1030	1002	1208	1370	1537	2192	2178	2182	306	16860
<b>Halland</b>	375	159	323	247	279	272	262	135	246	96	2386
<b>Västra Götaland</b>	4399	3029	3681	4606	4714	4289	3962	2780	3059	3266	37590
<b>Värmland</b>	2116	637	874	1116	991	772	688	392	286	125	7947
<b>Örebro</b>	336	503	562	623	581	407	290	187	220	353	4073
<b>Västmanland</b>	381	1262	1318	1172	1079	958	825	471	398	334	8143
<b>Dalarna</b>	478	547	655	1124	1376	1273	1343	859	1189	1331	10158
<b>Gävleborg</b>	483	189	475	439	367	282	243	167	101	56	2780
<b>Västernorrland</b>	220	198	360	423	414	250	198	184	175	43	2459
<b>Jämtland</b>	1254	644	556	506	394	261	197	40	54	41	3910
<b>Västerbotten</b>	1265	188	143	154	238	175	195	158	280	114	2882
<b>Norrbotten</b>	242	85	116	116	177	193	94	34	15	14	1082
<b>RIKET</b>	14647	13972	16270	18640	18418	16192	17057	12182	34818	23036	195197

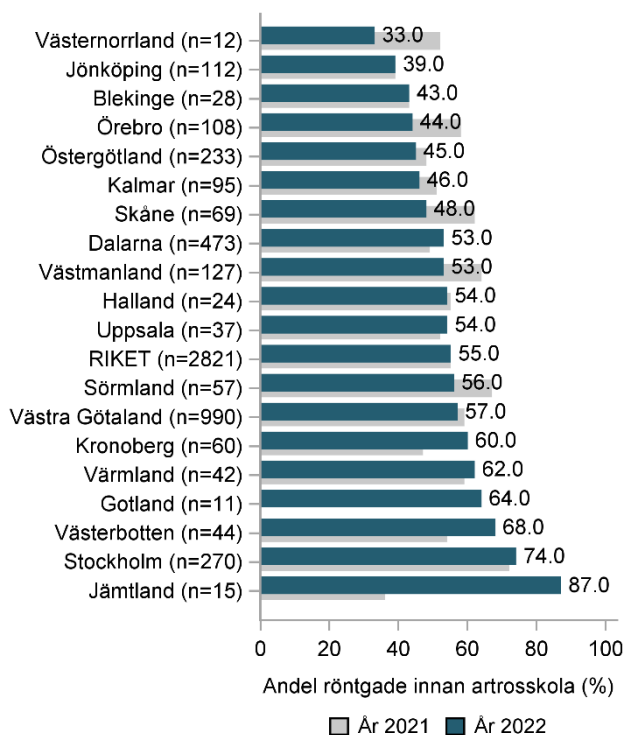
Tabell 2. Bortfall trend över tid.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Stockholm</b>	27%	28%	29%	30%	32%	32%	35%	33%	28%	18%	59%
<b>Uppsala</b>	23%	22%	15%	22%	23%	21%	22%	32%	25%	15%	69%
<b>Sörmland</b>	23%	41%	21%	25%	19%	20%	25%	31%	28%	17%	41%
<b>Östergötland</b>	29%	30%	21%	21%	24%	23%	27%	32%	47%	44%	35%
<b>Jönköping</b>	31%	29%	30%	29%	24%	34%	53%	51%	52%	32%	46%
<b>Kronoberg</b>	6%	15%	10%	15%	8%	13%	7%	14%	33%	46%	38%
<b>Kalmar</b>	45%	32%	24%	30%	30%	45%	31%	27%	24%	11%	54%
<b>Gotland</b>	4%	5%	9%	4%	3%	1%	2%	21%	24%	23%	37%
<b>Blekinge</b>	26%	33%	38%	23%	16%	2%	15%	17%	29%	31%	37%
<b>Skåne</b>	19%	21%	22%	19%	23%	22%	23%	23%	22%	12%	63%
<b>Halland</b>	11%	20%	13%	37%	27%	27%	27%	34%	54%	17%	49%
<b>Västra Götaland</b>	25%	28%	29%	33%	31%	26%	30%	29%	35%	28%	36%
<b>Värmland</b>	34%	39%	26%	27%	27%	30%	43%	42%	47%	20%	52%
<b>Örebro</b>	31%	31%	31%	34%	26%	35%	36%	27%	51%	52%	38%
<b>Västmanland</b>	5%	11%	12%	12%	10%	20%	15%	20%	30%	24%	31%
<b>Dalarna</b>	14%	18%	17%	19%	23%	15%	15%	21%	22%	14%	26%
<b>Gävleborg</b>	58%	45%	47%	41%	40%	30%	28%	39%	33%	3%	88%
<b>Västernorrland</b>	7%	12%	12%	19%	29%	29%	31%	37%	4%	22%	91%
<b>Jämtland</b>	20%	24%	23%	20%	13%	14%	8%	21%	55%	95%	100%
<b>Västerbotten</b>	28%	21%	25%	13%	17%	21%	26%	16%	22%	2%	50%
<b>Norrbottn</b>	14%	14%	18%	34%	33%	18%	43%	42%	58%	NA	36%
<b>RIKET</b>	25%	26%	24%	26%	25%	25%	27%	28%	29%	21%	41%

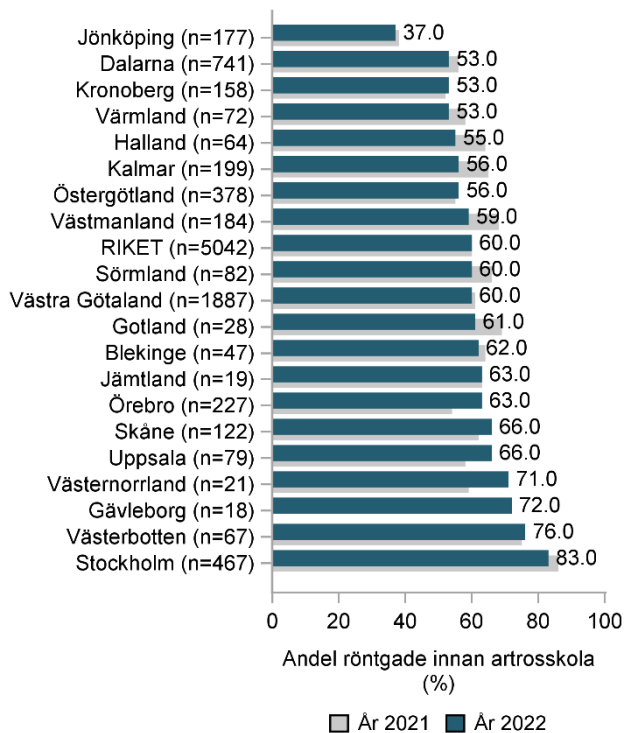
## Andel röntgade patienter innan påbörjad behandling

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer, bör diagnosen artros ställas genom anamnes och klinisk undersökning. I Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer för artros från 2021, är en målnivå satt till att färre än 25 % ska vara röntgade innan de påbörjar grundbehandling. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för höft- och knäledsartros är indikatorn för röntgen satt till att lågt värde ska eftersträvas utan att precisera en andel. Röntgen ska alltid utföras vid misstanke om annan åkomma eller vid remiss till ortoped. Målet kan därför aldrig vara noll procent. Figur 1 och 2 visar andel som röntgats innan påbörjad behandling, fördelat på region och led.

Figur 1. Andel röntgade innan påbörjade behandling, höft.



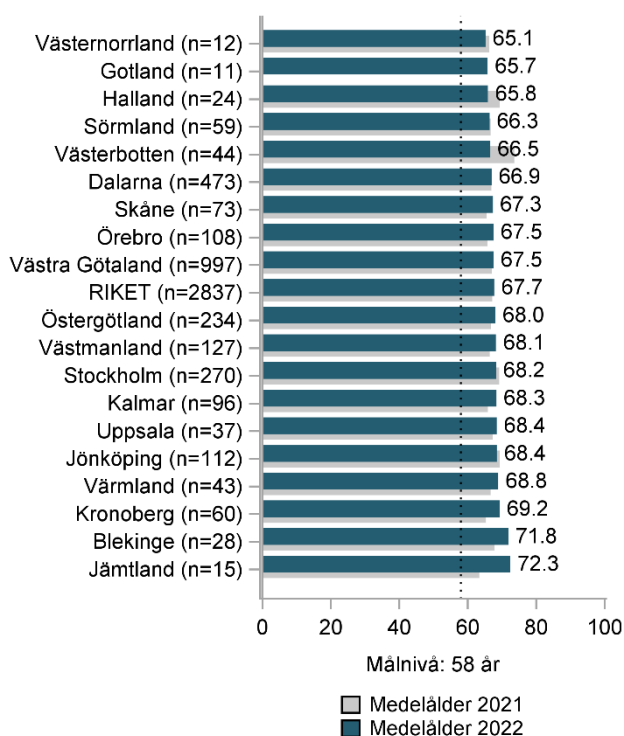
Figur 2. Andel röntgade innan påbörjade behandling, knä.



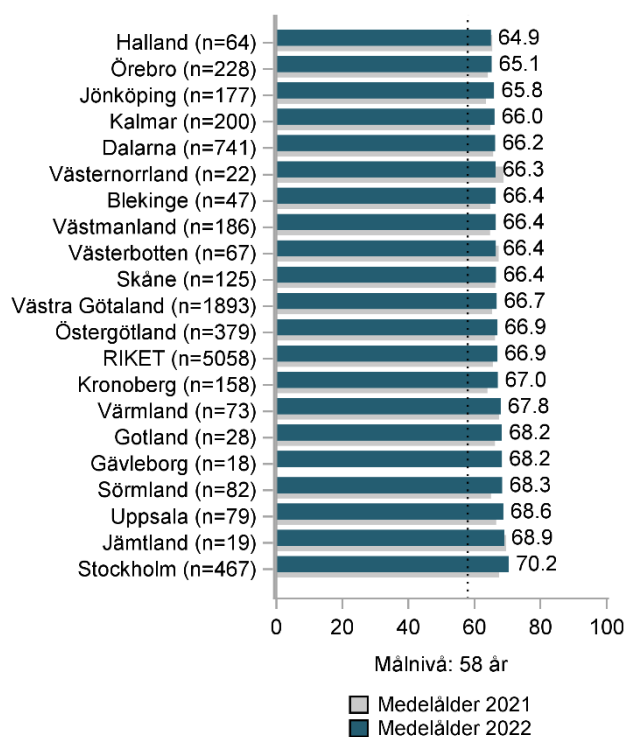
## Medelålder

Artros är en kronisk sjukdom som går i skov, i perioder har patienterna mer besvär och i perioder mindre besvär. Patienterna behöver lära sig att leva med sin sjukdom. Det behövs oftast en beteendeförändring (med ändrande levnadsvanor gällande kost, fysisk aktivitet och viktkontroll) för att minska symtomen. Forskning visar att patienter som kommer tidigt i sitt sjukdomsförlopp svarar bättre på behandlingen gällande smärtreduktion. Sannolikt är det så att patienter som minskar sin smärta efter genomgången grundbehandling, blir mer benägna att göra en beteendeförändring för att leva ett gott liv med sin artros. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för höft- och knäledsartros är en indikator att medelåldern vid diagnos ska eftersträvas att vara låg. Denna indikator följs inte via registret utan från primärvårdskvalitet eller regionala vårddatabaser. Figur 3 och 4 visar medelåldern av registrerade patienter/region uppdelat på led.

Figur 3. Medelålder vid påbörjad behandling, höft.



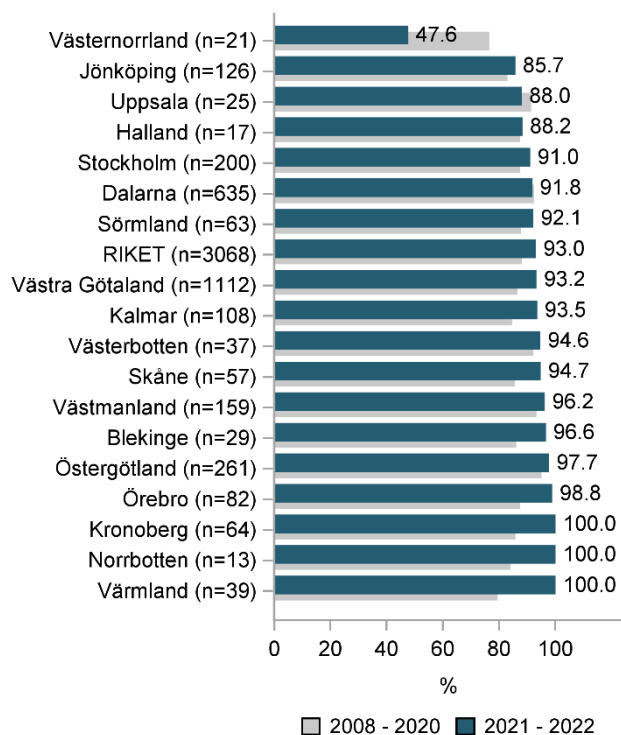
Figur 4. Medelålder vid påbörjade behandling, knä.



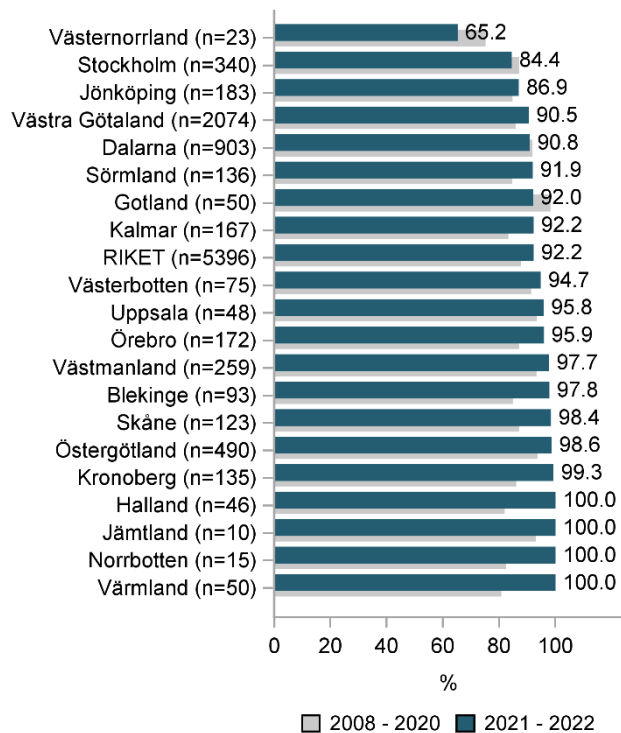
### Andel som deltagit i träning

En av Socialstyrelsens indikatorer har som målvärde att >80 % av patienterna med höft- och knäledsartros ska träna handledt med fysioterapeut minst 10 gånger i grupp. Då det inte från registret går att urskilja om patienterna tränat handledt i grupp eller enskild, redovisas här de som rapporterats ha tränat handledt >10 gånger. Figurerna visar andelen som deltagit i övervakad träning uppdelat på region och led, Figur 7 och 8.

Figur 5. Andel som fått ett individuellt utformat träningsprogram, höft.

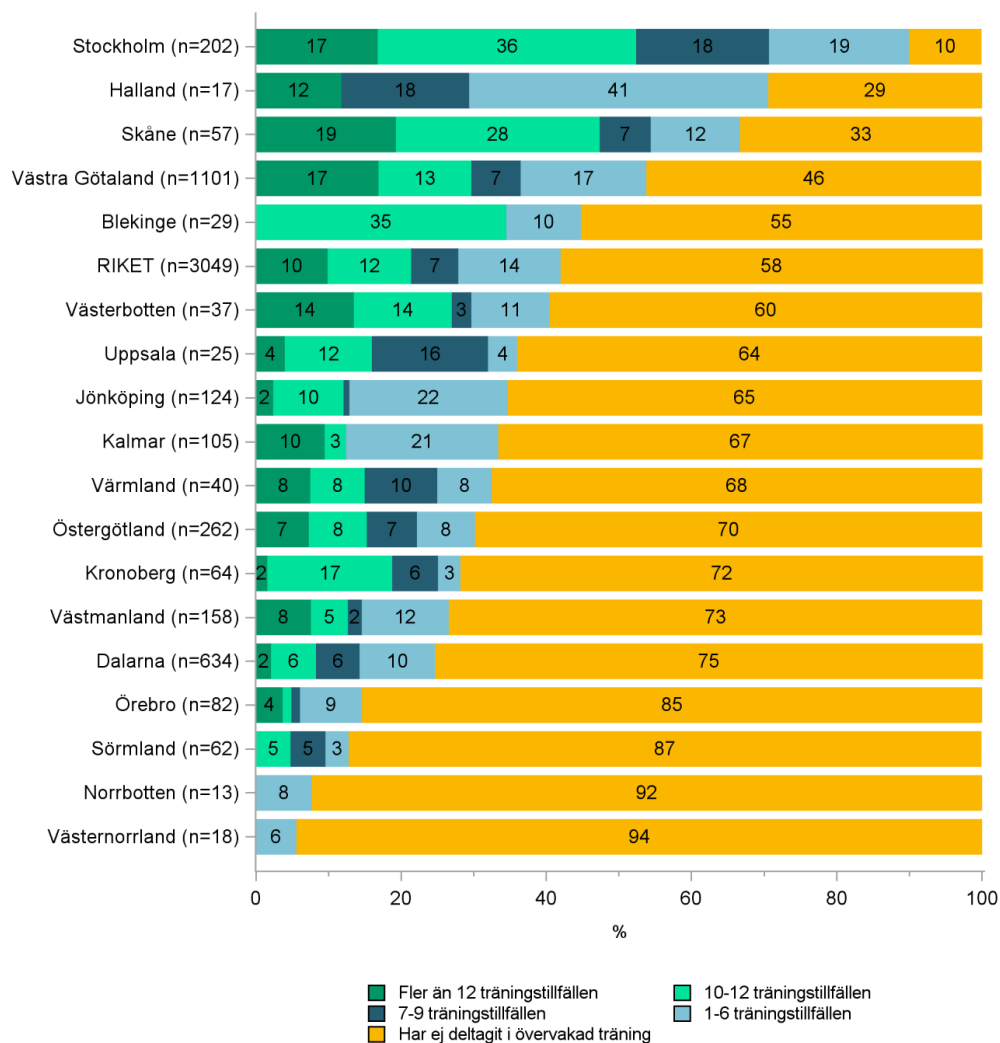


Figur 6. Andel som fått ett individuellt utformat träningsprogram, knä.

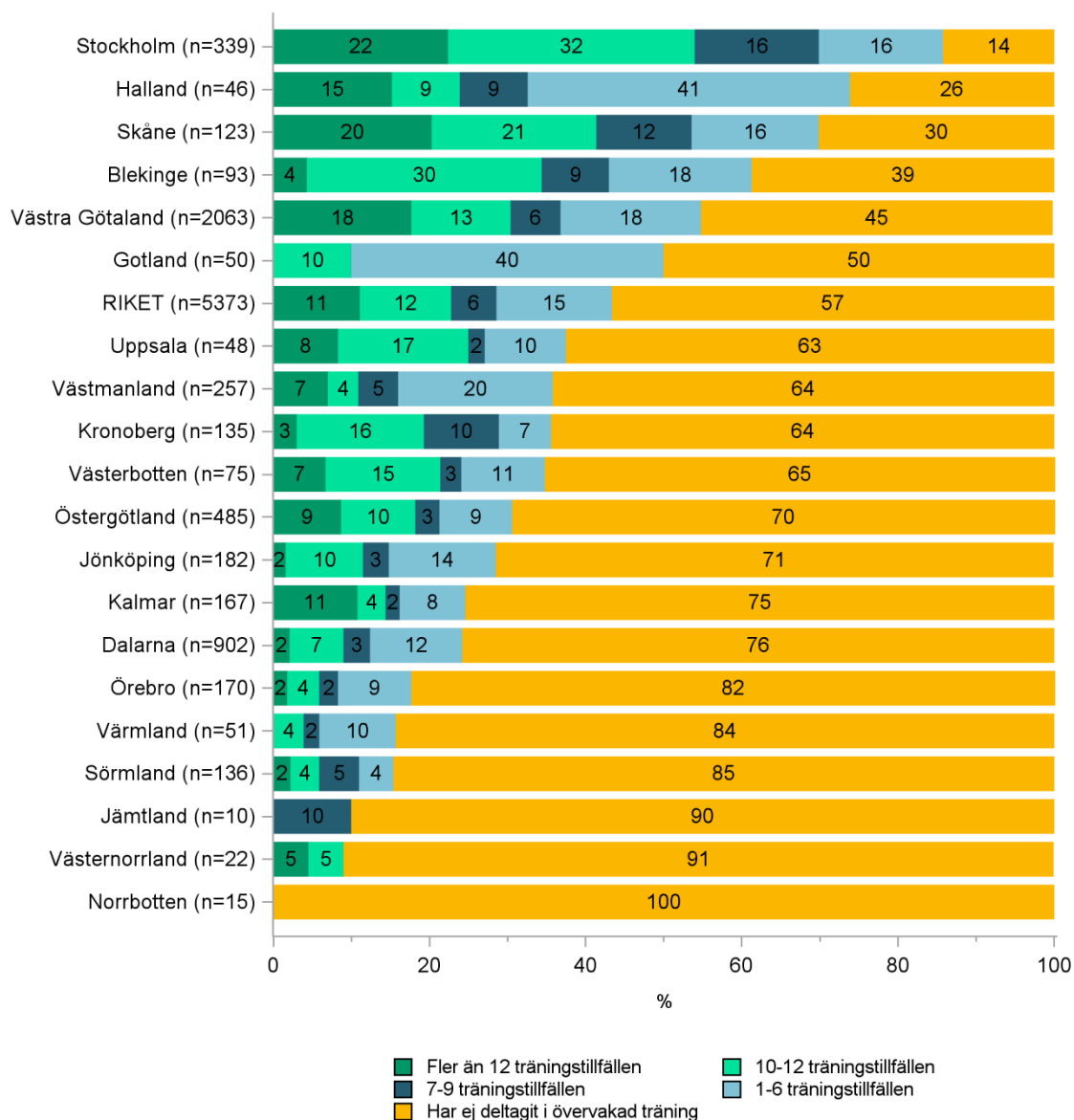




Figur 7. Andel som deltagit i övervakad träning och antal gånger, höft.



Figur 8. Andel som deltagit i övervakad träning och antal gånger, knä.



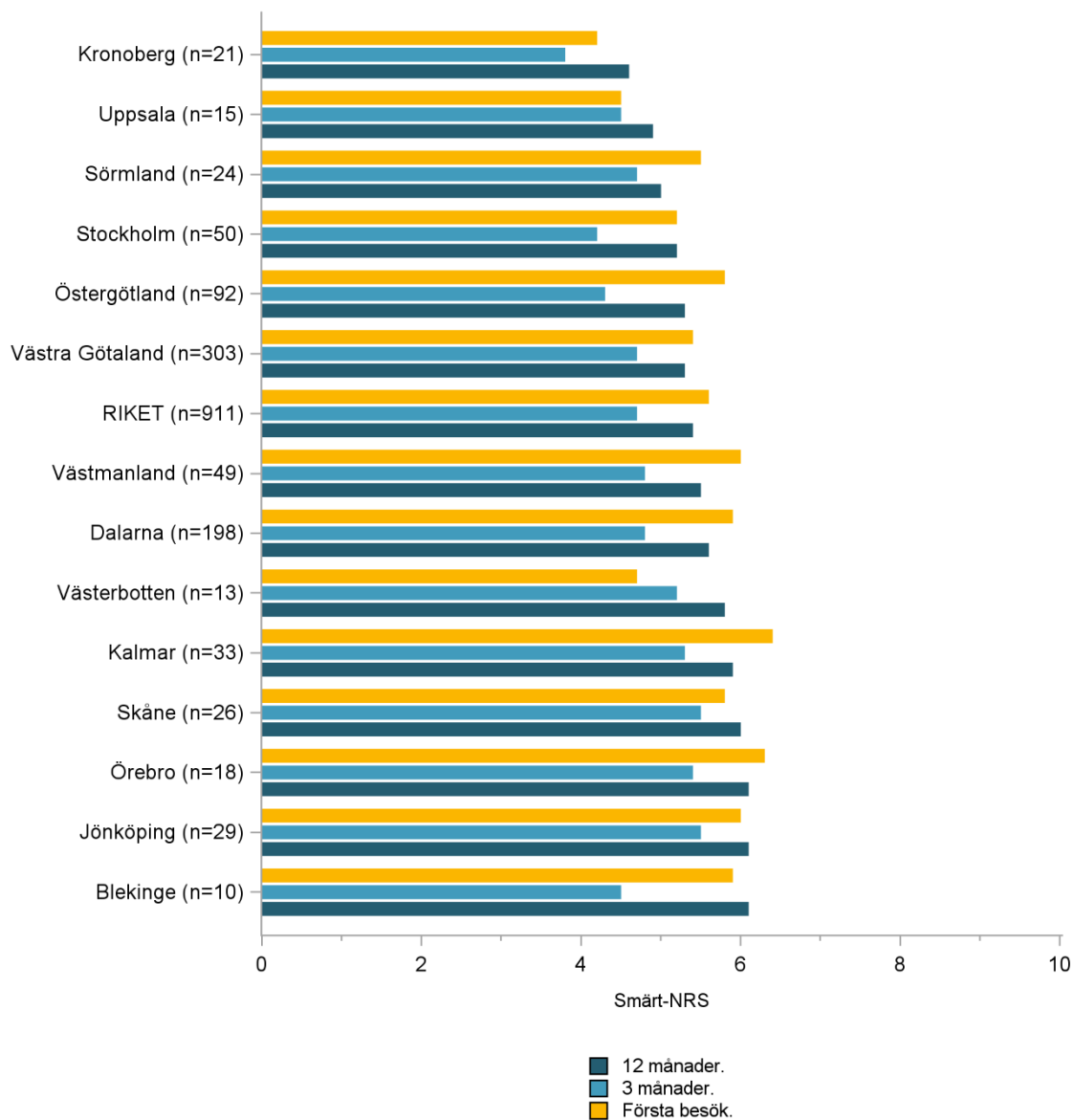
## Smärta

Registret mäter smärtintensitet med Numeric Rating Scale (NRS) vilket är en 11-gradig skala som går från 0 vilket motsvarar ingen smärta till 10 som är värsta tänkbara smärta.

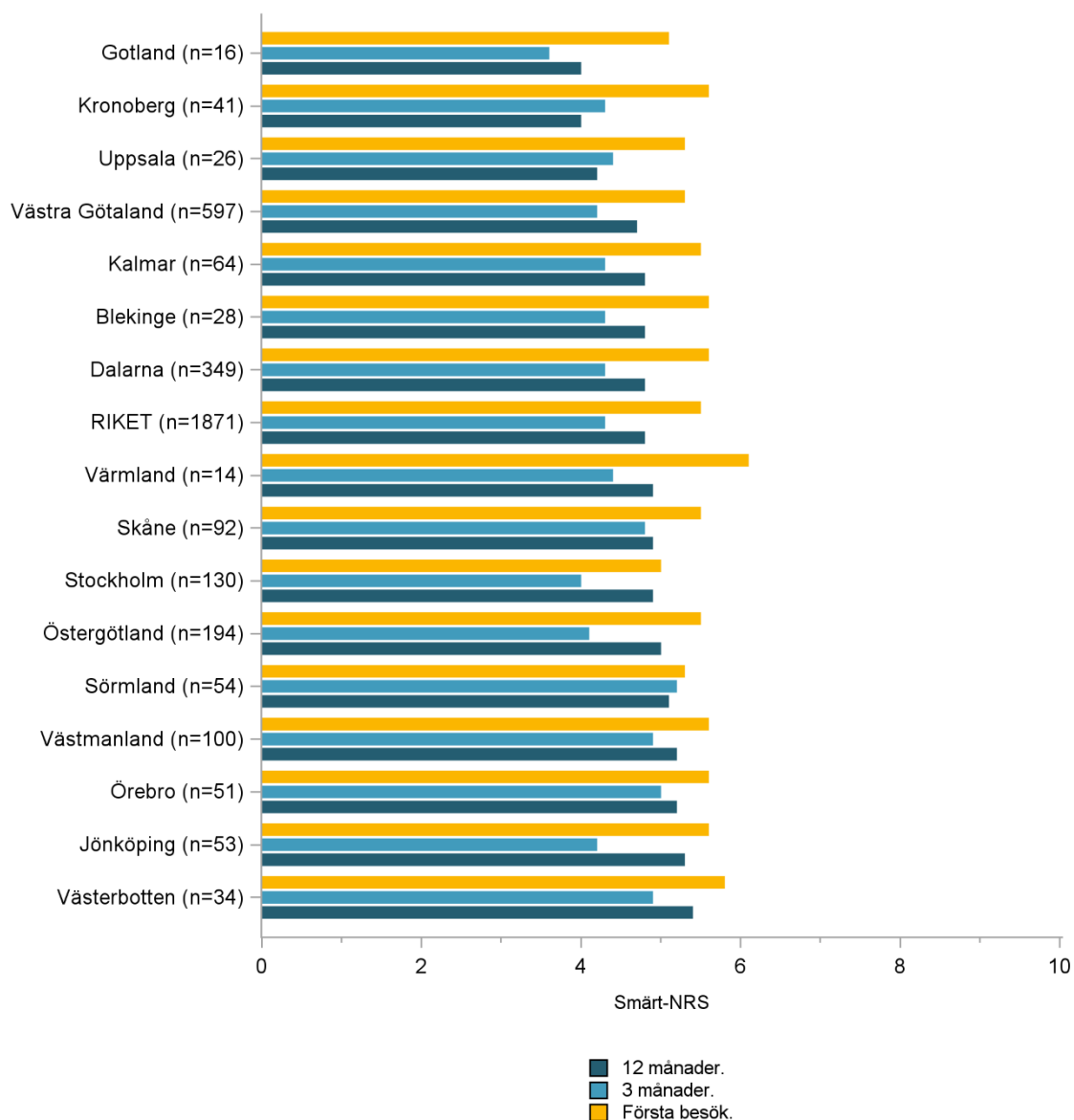
Socialstyrelsens indikator mäter hur många som blir bättre respektive sämre gällande smärta efter 3 månader och hög andel som blivit bättre efterfrågas. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för höftledsartros är indikatorn att > 50 % och för knäledsartros är indikatorn att > 70 % bör uppnår en förbättring på 1 skalsteg på NRS.

Figurer 9 och 10 visar smärtintensitet vid första besök, tremånadersuppföljning och efter 1 år uppdelat på region och led.

Figur 9. Smärtintensitet på NRS (numeric rating scale) före, efter tre månader och ett år efter behandling, höft.



**Figur 10.** Smärtintensitet på NRS (numeric rating scale) före, efter tre månader och ett år efter behandling, knä.



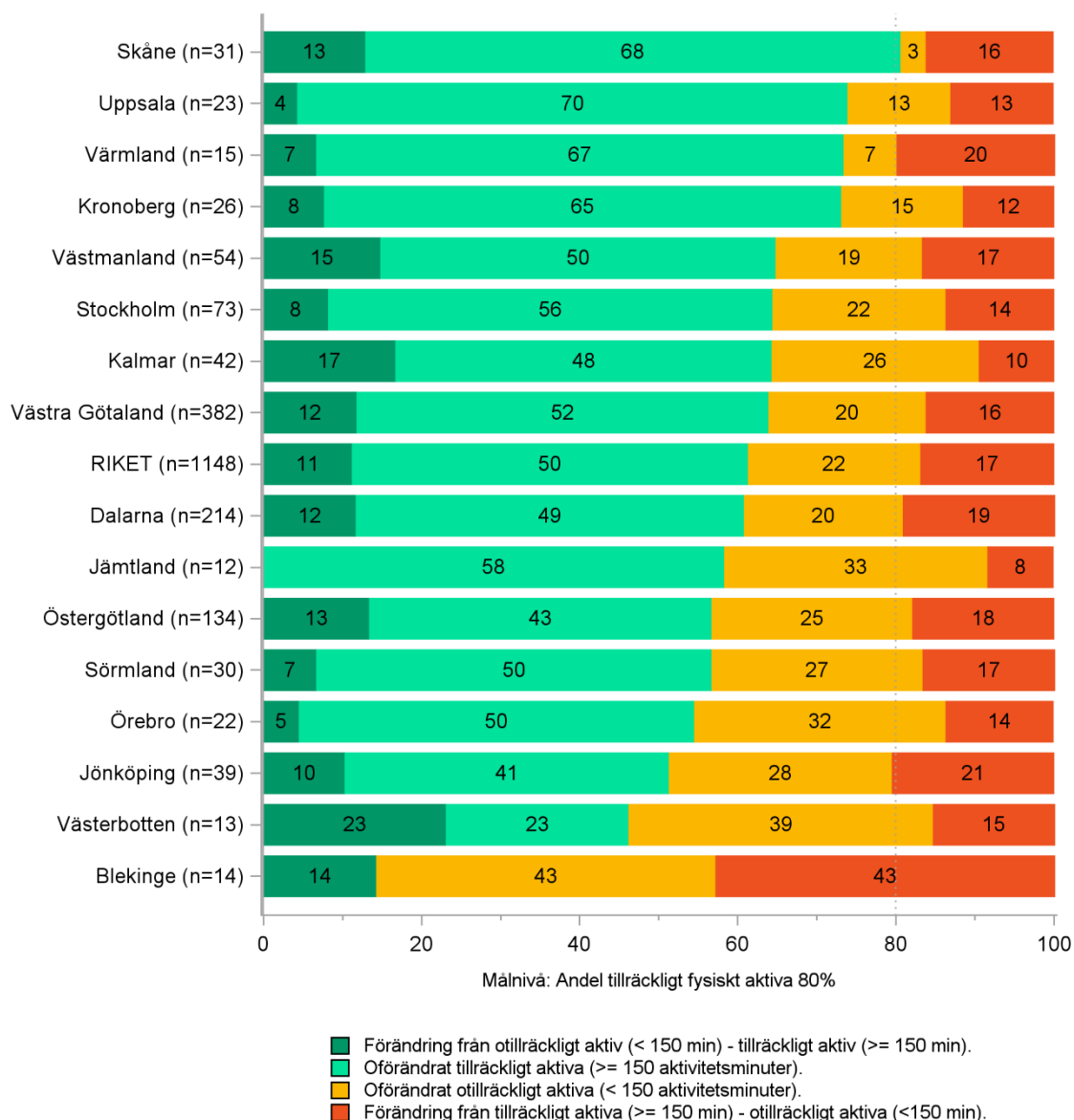
## Fysisk aktivitet

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ska man nå upp till minst 150 aktivitetsminuter per vecka på en måttlig intensitetsnivå, alternativt minst 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå. Aktivitetsminuterna på hög intensitetsnivå multipliceras med två vid statistiska beräkningar och på så sätt motsvarar 75 minuter på hög intensitetsnivå 150 minuter på måttlig intensitetsnivå. I registret mäts detta med självskattning.

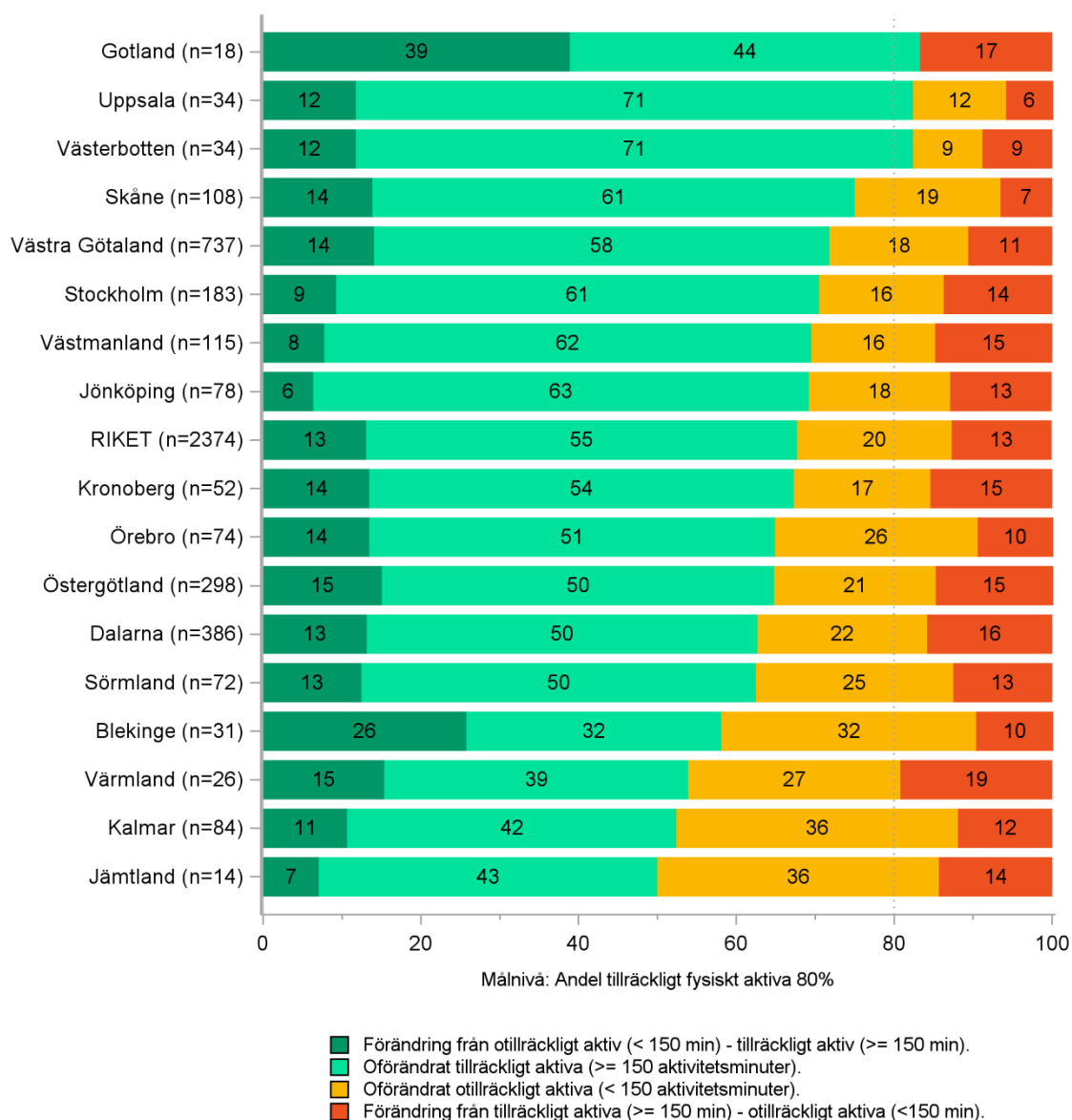
Enligt indikatorerna i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för höft- och knäledsartros ska andelen fysiskt aktiva (minst 150 min/vecka) personer vara högre än 80% efter ett år.

Figurerna 11 och 12 visar förändring i fysisk aktivitetsnivå ett år efter behandling.

Figur 11. Procent som når upp till rekommendationerna om fysisk aktivitet, höft.



Figur 12. Procent som når upp till rekommendationerna om fysisk aktivitet, knä.

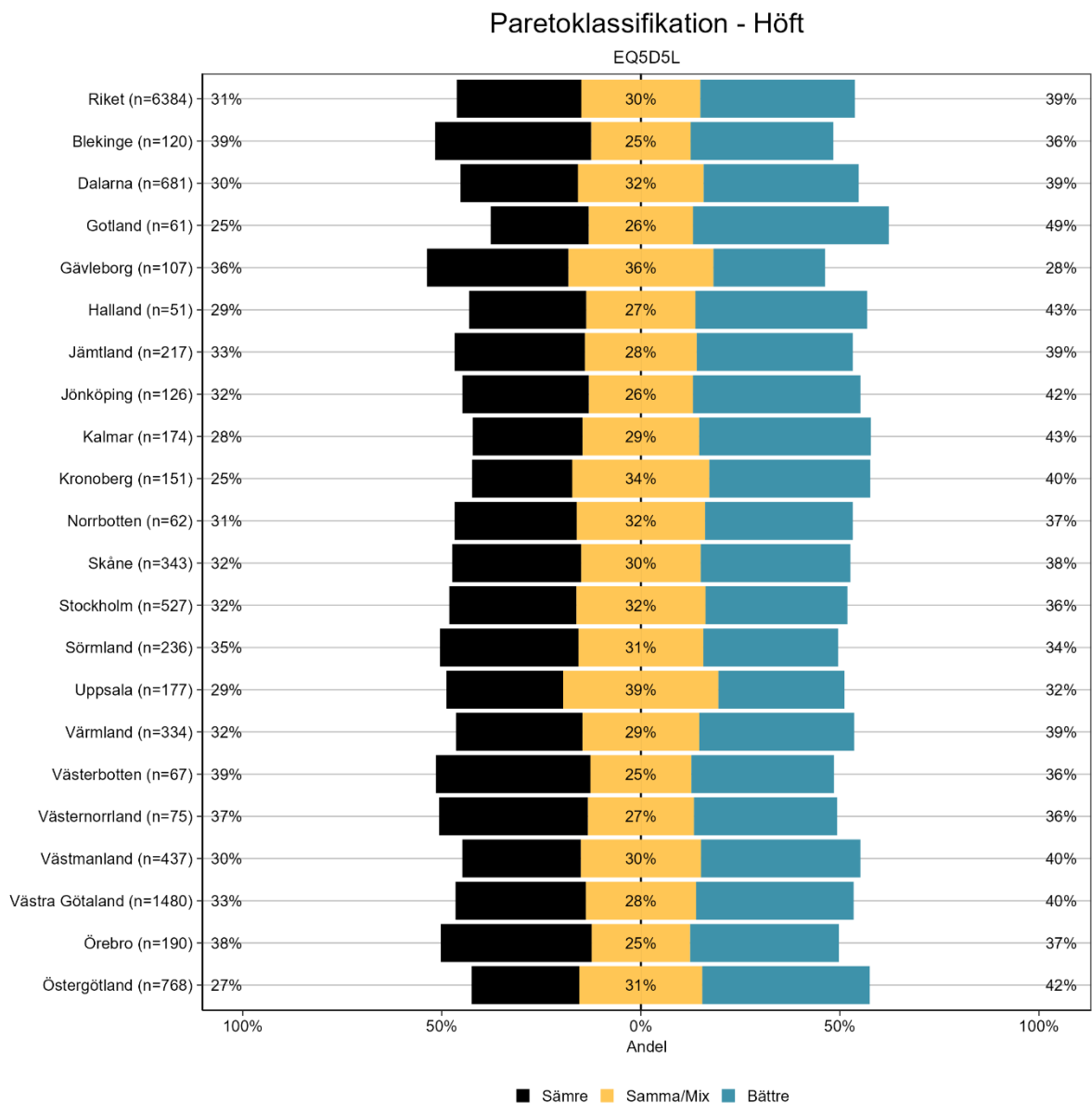


## Hälsorelaterad livskvalitet

I registret mäts hälsorelaterad livskvalitet med EQ5D-5L samt EQ-VAS. Dessa instrument är båda två trubbiga och tänkta att användas på gruppnivå. Det vi kan se i registret är att det är en större andel som skattar sin hälsorelaterade livskvalitet som något sämre ett år efter genomgången behandling om man tittar på EQ5D-5L. Tittar vi på EQ-VAS-skalan är förhållandena annorlunda. Med det instrumentet är det något fler som skattar sin hälsa som bättre än sämre.

Förändring i EQ-5D dimensionerna kan beskrivas med så kallad paretoklassifikation. Om det sker förbättring i en eller flera dimensioner utan att försämrats i någon annan klassificeras det som "bättre". Om det sker en försämring i en eller flera dimensioner utan att förbättras i någon annan klassificeras det som "sämre". Ingen förändring klassificeras som "samma" och förändring åt olika håll klassificeras som "mix". Figur 13 och 14.

Figur 13. Förändring i Hälsorelaterad livskvalitet, höft.



Figur 14. Förändring i Hälsorelaterad livskvalitet, knä.

