

BOA-registret

Årsrapport 2017

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros



Välkommen att ta del av BOA-registrets årsrapport

Detta är den åttonde årsrapporten för BOA-registret och det åttonde året för BOA som nationellt kvalitetsregister. Från att stadigt ha ökat antalet registrerade personer per år har antalet för 2017 stabiliserat sig på runt 18 000. Glädjande är att fler enheter ansluter sig och att resultat från BOA-registret följs upp på många håll i landet och används för verksamhetsförbättring.

Registret syftar främst till att, efter en strukturerad grundbehandling av artros som erbjuds av arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården, mäta patientrapporterat utfall. Data från BOA-registret påvisar intressanta variationer i omhändertagande och resultat av behandling av patienter med artros i höft, knä eller hand. Registret utvecklas hela tiden för att bättre kunna användas som ett värdefullt verktyg för utvärdering och förbättringsarbete av det kliniska arbetet. För att underlätta både registrering och uppföljning har flera nya verktyg kommit i bruk under 2017, dessa går att läsa om på hemsidan.

Årsrapporten 2017 kommer ej att tryckas för distribution. Årsrapporten kommer att finnas tillgänglig på hemsidan (boa.registercentrum.se). Läsarundersökningar visar att årsrapporten läses av få, medan vår statistikportal med realtidsdata på enhetsnivå är frekvent besökt med runt 1 000 sidvisningar/månad. Resurser läggs på att utveckla statistikportalen och underlätta administrationen kring registreringen.

Under kommande år kommer fler nyhetsbrev, i elektronisk form, att skickas till alla enheter för att kunna återkoppla mer frekvent och med färskare resultat.

Årsrapporten vänder sig i första hand till vårdpersonal som möter personer med artros, men även till övriga intresserade som vill fördjupa sig i statistiken från registret.

Tack!

Tack till alla er som under det gångna året arbetat med att samla in data, utbilda patienter och bidra till att BOA-registret kan användas som ett verktyg i vården. Tack även till styrgrupp och kontaktpersoner för ert ovärderliga arbete med att driva registret!

REDAKTION

Rapportförfattare: Kristin Wetterling, projektledare BOA-registret, kristin.wetterling@registercentrum.se, Maria Klässbo, med dr, Centrum för klinisk forskning, Landstinget Värmland

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

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

Foto: Charlotta Sjöstedt, Paul Björckmann **Omslag:** Freepik

Layout: Gullers Grupp Göteborg i samarbete med Natvik Information

Produktionsår: 2018



Innehåll

Sammanfattning av resultat och planer framåt	4
Resultat för indikatorer	6
Andel röntgade	7
Andel som söker direkt	8
Medelålder	9
Sjukskrivning	10
Fysisk aktivitet	12
Ledrelaterade läkemedel	16
Hälsorelaterad livskvalitet	23
Smärta	28
Hand	33
Deskriptiva data och genus	37
Följsamhet till intervention	51
Deltagande och rapportering	60
Forskning	62
Stygrupp och kontaktpersoner	63

Sammanfattning av resultat och planer framåt

Den roligaste nyheten under 2017 var att vi äntligen kunde lansera vår nya utdataportal. Den har uppskattats mycket runt om i landet och legat till grund för flera initiativ till förbättringsarbeten.

Även verktyg för att hålla reda på vilka patienter som bör följas upp lanserades och har använts på de flesta enheter för att få en bättre överblick över vad som behöver göras.

År 2017 var det första året utanför den statliga 5-åriga satsningen på nationella kvalitetsregister. Detta har medfört vissa tvingande förändringar på grund av minskade ekonomiska anslag. En sådan förändring har varit att ett-års formulären inte längre kan administreras via post centralt från registret. Ettårsuppföljningarna görs nu istället digitalt, vilket om man inte har patientens mailadress kräver viss administration från enheterna. Det digitala verktyget kan också användas för att samla in patientrapporterade mått efter tre månader. Vi tror att digitaliseringen kommer att underlätta för registrerande enheter och att pappersformulären successivt kan plockas bort.

Resultat

Nedan följer en sammanställning av resultat för ett antal indikatorer. Eftersom gruppen med mest besvär från hand fortfarande är förhållandevis liten, presenteras resultat för personer med mest besvär i höft och knä först och därefter resultat för personer med mest besvär i hand i separat stycke.

Vi når målnivån gällande andel röntgade innan artrosskola

Först år 2017 nåddes målnivån, satt av Socialstyrelsen, för andel röntgade innan första besök 50-70 %. Från att ha legat på 85 % år 2011 har siffran stadigt krupit neråt och 2017 är motsvarande siffra 69 %; 66 % för höft och 71 % för knä. De landsting som ligger lägst för höft tangerar den undre målnivån, Gotland med 51 %, Halland med 53 % och Östergötland med 54 %. Hela 15 landsting/regioner når den övre målnivån för personer med höftartros. Även för personer med knäartros sjunker siffran stadigt. I Jönköping är 55 % röntgade och i Östergötland 60 %. Nio regioner når övre målnivån.

Vi vet att bäst effekt av träning nås tidigt i förloppet. Risken med att röntga personer i onödan är att man kan ge en felaktig diagnos, det vill säga ”du har inte artros” när det inte

föreligger röntgenologisk artros men klinisk artros. Diagnosen artros ska, enligt Socialstyrelsen, ställas med hjälp av kliniska kriterier. Ser man inga röntgenologiska tecken på artros på vanlig slätröntgen kan det innebära att man fördröjer adekvat behandling och att man skickar vidare till dyra undersökningar utan kliniskt värde och utan nytta för patienten. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för artros ska röntgenremiss endast utfärdas vid misstanke om annan åkomma eller vid övervägande av specialistremiss.

Fler söker direkt

Det är fortfarande få, men betydligt fler som söker arbetsterapeut eller fysioterapeut som första instans. Målnivån är satt till 15 %. Den ökande andelen kan bero på krav- och kvalitetsböcker för de allt fler fria vårdvalen, där ett krav kan vara att ha tillgång till rehabilitering/artrosskolor i utbudet. På flera ställen har man också jobbat med arbetsväxling/direktaccess där hänvisning görs till fysioterapeut direkt när man söker sin vårdcentral. Under 2017 sökte 6,2 % av alla personer med höftartros direkt till fysioterapeut, en ökning med 1,2 %. För knäartros är motsvarande siffra 5,2 %, en ökning med 1,5 %.

Det kan tyckas som en liten ökning men det rör sig om cirka 1 000 personer som inte har behövt ta vägen via läkare för att starta sin behandling. I fyra regioner är andelen över 10 % där Uppsala uppnår målet både för personer med höft- och knäartros och Halland, Värmland och Jönköping 10 % för antingen höft eller knä.

Fysisk aktivitet

Vi vet att otillräcklig fysisk aktivitet är livsfarligt. Personer med artros tenderar att vara mindre fysiskt aktiva än normalbefolkningen. Många personer med artros har eller riskerar att få annan sjuklighet där fysisk aktivitet kan minska risken att man dör i förtid. I årsrapporten 2016 noterades en ökning av andelen personer som var otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök jämfört med tidigare. Denna trend kvarstår 2017. Vid första registreringen i BOA-registret 2017 var 33 % av personerna med artros i höft, knä eller hand otillräckligt fysiskt aktiva. Vid tre månader har siffran sjunkit till 25 %, men efter ett år har andelen åter stigit något till 28 %.

Vi ser alltså, som tidigare, en ökning av andelen personer som rapporterar hälsosam nivå av fysisk aktivitet tre månader efter avslutad artrosskola. Denna ökning av andelen

tillräckligt fysiskt aktiva kvarstår inte fullt ut efter ett år. Två regioner som bibehåller den högre andelen personer med hälsosam fysisk aktivitetsnivå efter ett år är Gotland och Värmland. På Gotland får alla personer ett FaR utskrivet efter tre månader. Samtliga patienter följs också upp antingen i grupp eller via telefon 9 månader efter avslutad artrosskola. Rutiner som följs systematiskt är viktigt. Gittan Wegelius, kontaktperson på Gotland, tror också att det nära samarbetet med reumatikerföreningen hjälper till.

Det tycks alltså inte som att en intervention som sträcker sig över tre månader är tillräcklig för att öka eller ens bibehålla andelen hälsosamt fysiskt aktiva på sikt. Kanske ytterligare stöttning kan behövas för en viss del av artrospopulationen. En stor utmaning ligger i att kunna identifiera dessa grupper och finna vilket sorts stöd som behövs för att de ska fortsätta vara tillräckligt fysiskt aktiva även på sikt efter genomgången intervention.

Det finns också ojämlikheter i landet där vårdvalssystem i vissa regioner inte ger full ersättning efter ett visst antal besök/patient. FYSS och FaR-stöd används inte i samma utsträckning i hela landet.

Vilka patienter hjälper vi bäst?

I BOA-registret mäts hälsorelaterad livskvalitet med EQ5D-5L. Instrumentet är ett trubbigt verktyg på individnivå, men lämpar sig väl för mätning på gruppnivå. EQ5D-5L mäter fem dimensioner som räknas samman till ett index som går från noll till ett, där ett motsvarar full hälsorelaterad livskvalitet. Under 2017 skattade personer med höftartros en hälsorelaterad livskvalitet på 0,57 och personer med knäartros 0,61 vid första registreringen. Medelvärdet för EQ5D, från Svenska höftprotesregistret, innan operation med höftprotes är 0,43. Genom att på sikt kunna samköra register och följa patientens väg genom vården, finns en möjlighet att hitta rätt tid för kirurgi i förhållande till upplevd hälsorelaterad livskvalitet.

Analys av hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D, för en rad subgrupper, visar att de som skattar sin hälsorelaterade livskvalitet sämst vid första besök är personer som är under 65 år. För kvinnorna har den självskattade livskvaliteten efter ett år fortsatt att stiga för de med knäartros och de tycks vara den grupp som har den största effekten av behandlingen när det gäller EQ5D-förändring. Ökningen av hälsorelaterad livskvalitet är inte lika tydlig för de med

höftartros. Män under 65 med höftartros är de som har sämst effekt avseende hälsorelaterad livskvalitet av artrosskola. Resultaten för de yngre männen behöver analyseras ytterligare, för att se om det är någon del i interventionen som vi missar för dessa personer.

Den hälsorelaterade livskvaliteten tycks inte hänga ihop med skattad smärtnivå. Den genomsnittliga smärtan den senaste veckan minskar likvärdigt för samtliga grupper oavsett ålder och kön. Vi ser i registret att smärtan på en numerisk skala från 0-10 sjunker med 1 i genomsnitt för samtliga grupper och håller sig där även vid ettårsuppföljningen. Framförallt ser vi att andelen som uppger att de har ont varje dag eller alltid sjunker markant från första besök till ett år, från 80 % till 60 %. Detta tyder på att information kring sjukdomen, fysisk aktivitet och träning påverkar den totala smärtupplevelsen mer än den genomsnittliga smärtintensiteten.

Framtid

Ännu vet vi inte riktigt hur finansieringen av kvalitetsregister kommer se ut efter 2019 och vad det kommer att innebära för BOA-registret. Ett tätare samarbete med övriga ortopediska register är initierat och en utredning om statsbidrag riktat till registercentrumen pågår.

Följsamheten till Socialstyrelsens riktlinjer gällande artros och BOAs arbetssätt blir bättre och bättre. Vi ser i resultat från registret att fler och fler personer med artros söker arbetsterapeut/fysioterapeut direkt och att färre genomgår undersökningar i onödan (slätröntgen). Under BOA-registrets första år har mycket tid lagts på att utbilda och informera om nyttan med kvalitetsregister och ett korrekt grundomhändertagande av personer med artros. Nu kommer fokus från registret att läggas på att säkerställa kvaliteten på data och att göra analyser för att ge ännu bättre och tydligare återkoppling i realtid till hälso- och sjukvården.

I dagsläget görs två doktorandarbeten och tre masteruppsatser baserade på BOA-data. Registret kommer också, inom några år, att vara mer moget för samkörning med andra register, framför allt höft- och knäprotesregistren, då fler personer förväntas återfinnas i både BOA-registret och något av de ortopediska registren.

Resultat för indikatorer

Här presenteras först resultatet för ett antal indikatorer på processnivå för höft och knä. De första indikatorerna som presenteras är kanske svåra för varje enskild enhet att förändra, men vi ser ändå att det sakta rör sig framåt även för dessa indikatorer. Andelen som röntgats före ett första besök sjunker stadigt. Här har Socialstyrelsens satt en målnivå på 50-70 % vilket uppnås för första gången år 2017.

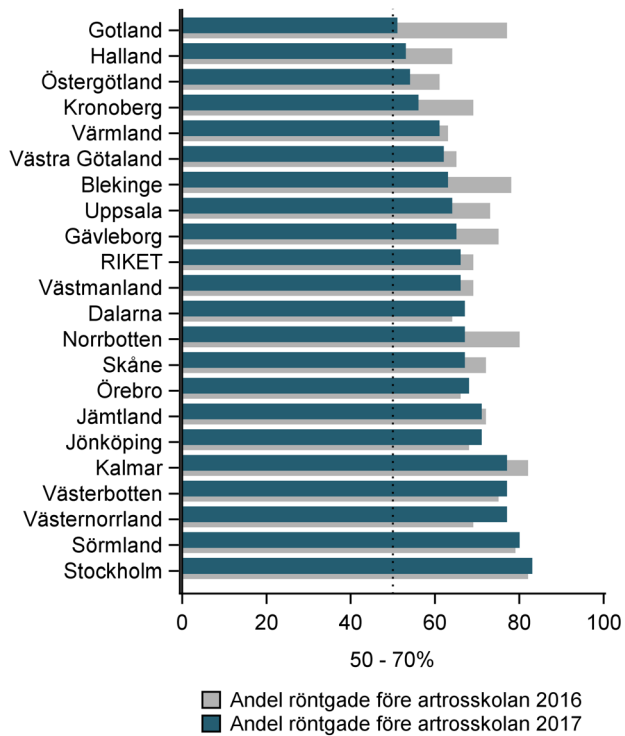
Andelen som söker direkt till arbetsterapeut eller fysioterapeut direkt likaså. Målet är att 15 % av alla personer som registreras ska söka direkt. De enheter som ligger högst i landet uppnår denna målnivå, men det ser olika ut i olika regioner.

Indikatorn som berör medelålder tycks vara svår att påverka. Medelåldern vid en höft- eller knäprotesoperation är, enligt Svenska höftprotesregistret, 67 år. Medelåldern i BOA-registret ligger stadigt på 66 år. För att kunna hjälpa personer med artros på mest effektiva sätt måste vi nå dem tidigare i förloppet, målnivån är därför satt till 58 år.

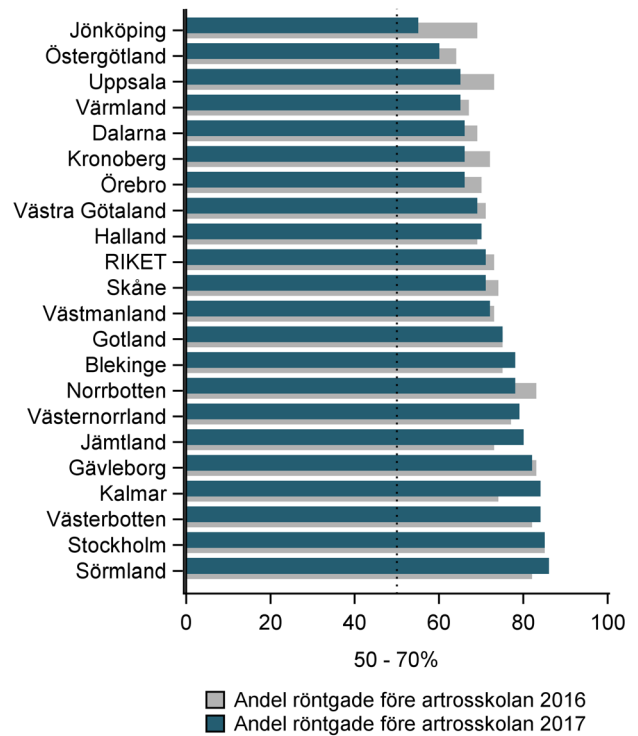
När det gäller variabeln sjukskrivning, kan vi i registret bara konstatera och upplysa om att det ser mycket olika ut i olika regioner, från 20 % till 7 %. Vad detta beror på vet vi inte, men skillnader i sjukskrivningsmönster har konstaterats för andra diagnoser också och utretts.

Andel röntgade

Figur 1. Höft. Andel personer som blivit röntgade innan första besök per landsting, 2016–2017

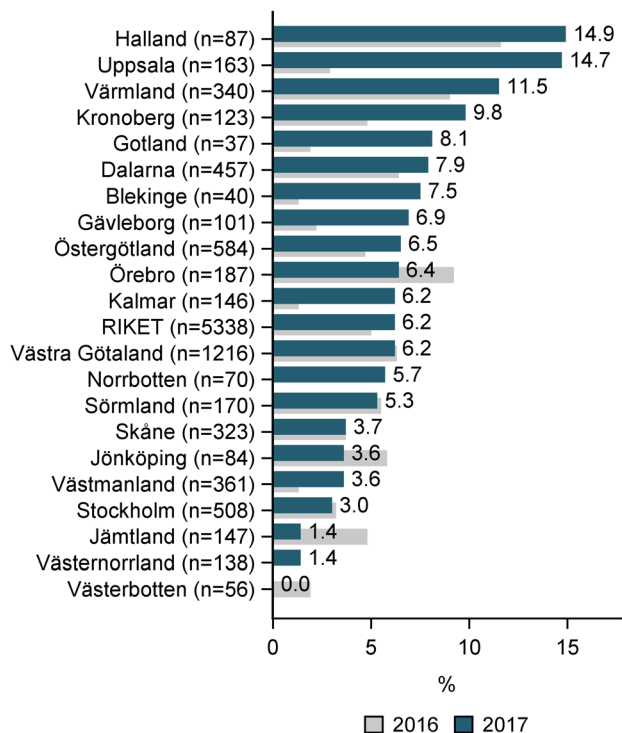


Figur 2. Knä. Andel personer som blivit röntgade innan första besök per landsting, 2016–2017

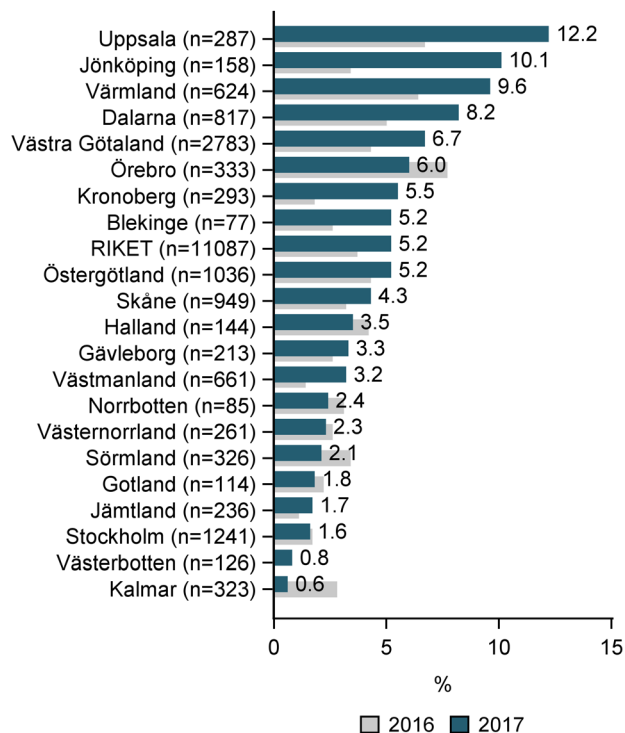


Andel som söker direkt

Figur 3. HÖFT. Andel som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2016 respektive 2017

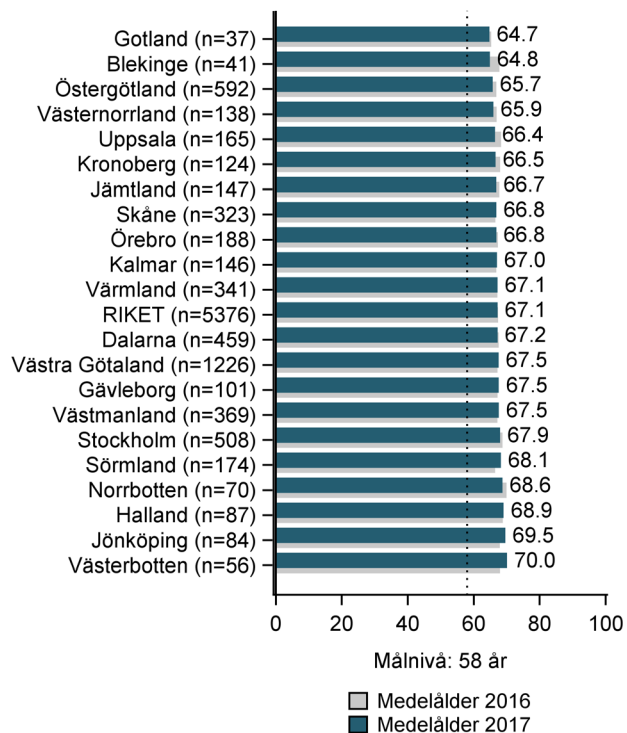


Figur 4. Knä. Andel som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2016 respektive 2017

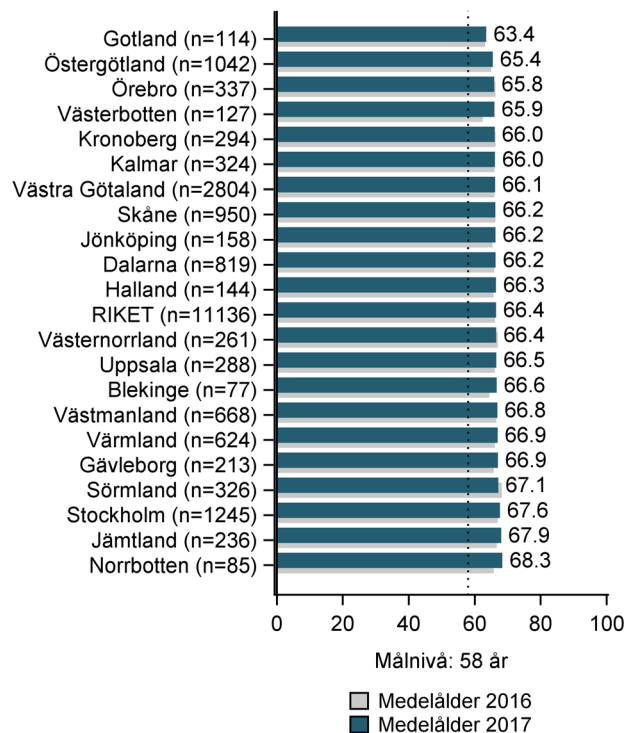


Medelålder

Figur 5. Höft. Medelålder för personer vid första besök 2016–2017

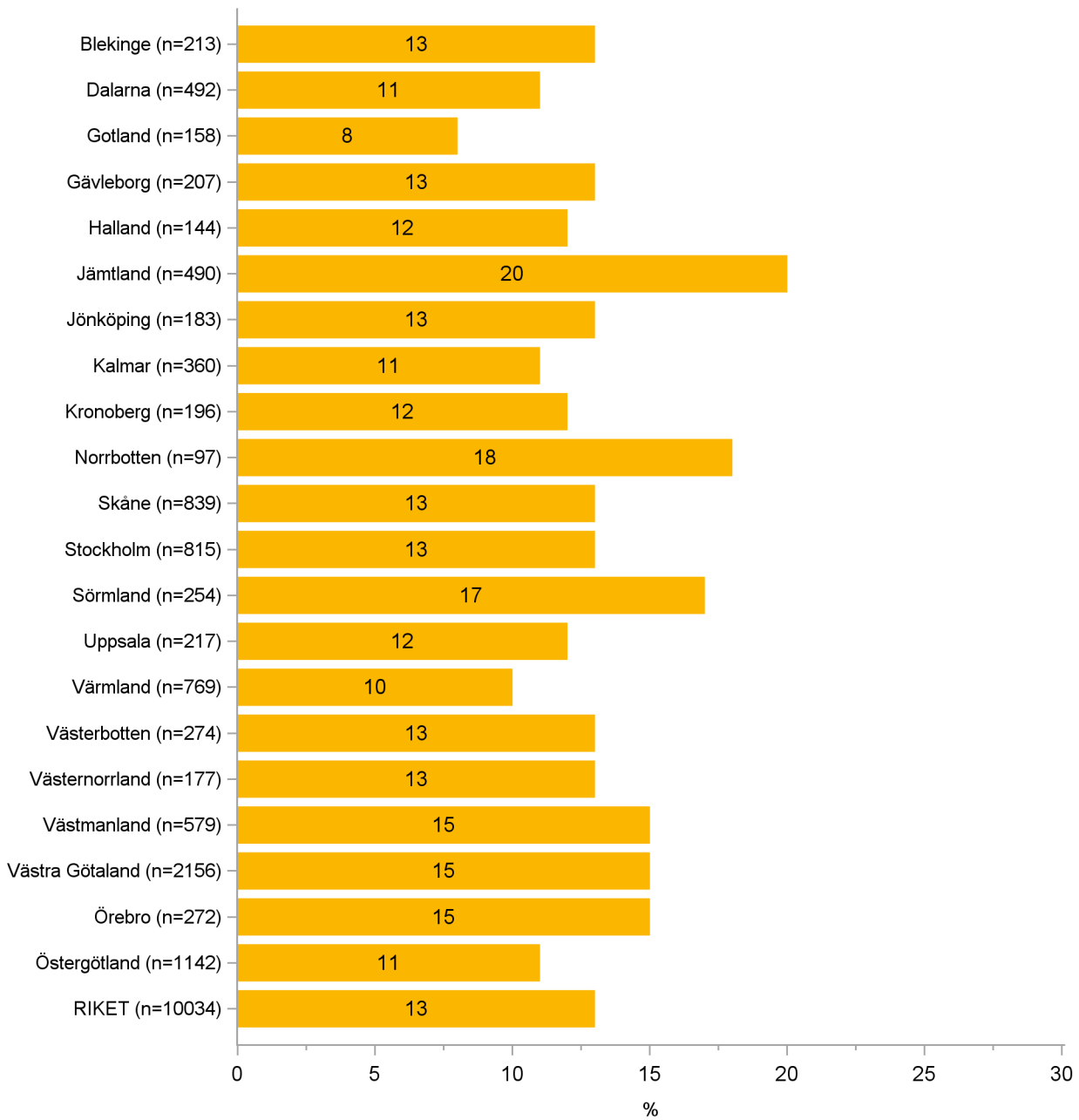


Figur 6. Knä. Medelålder för personer vid första besök 2016–2017

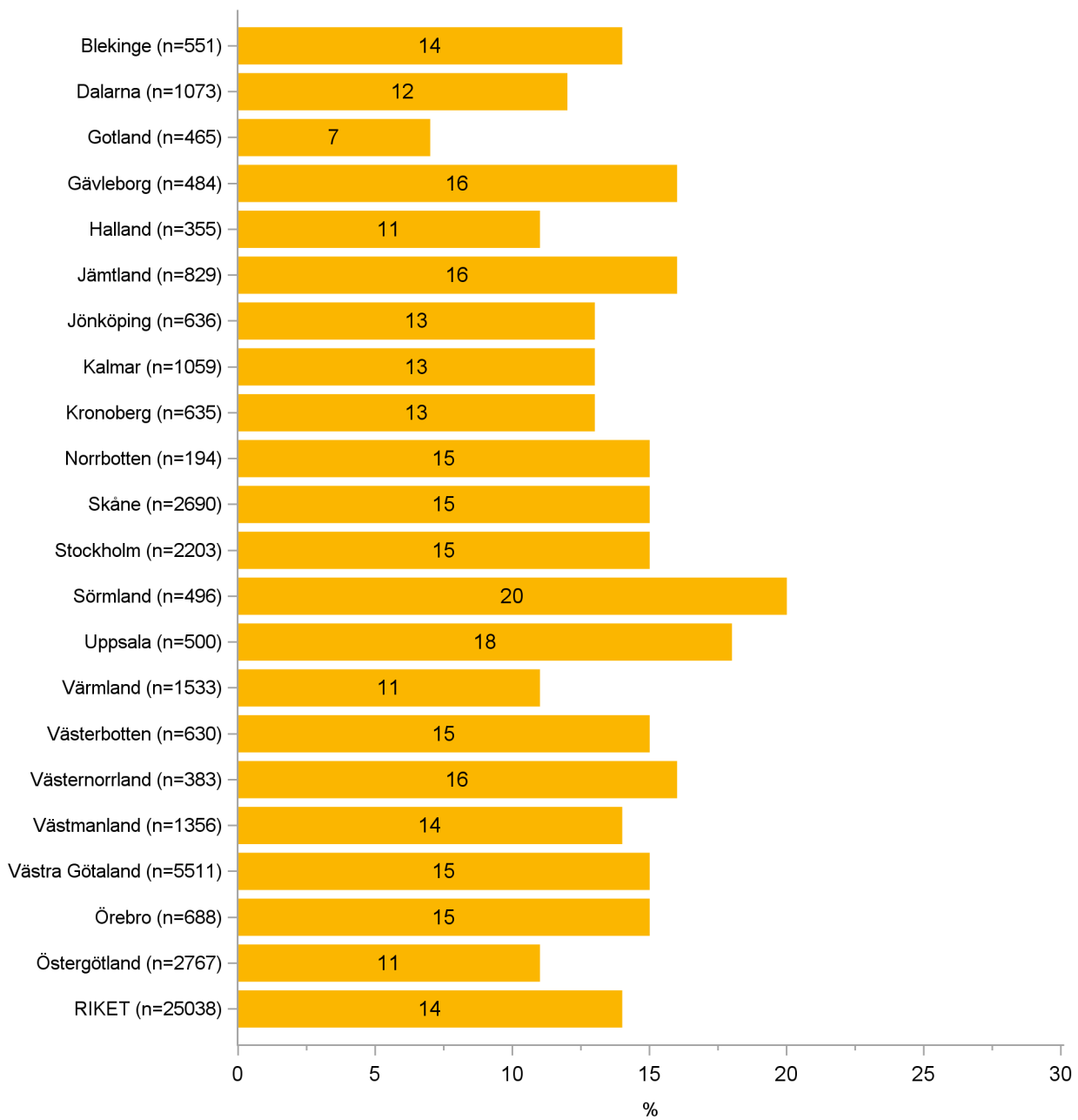


Sjukskrivning

Figur 7. Höft. Andel sjukskrivna för ledbesvär vid första registrering i BOA-registret



Figur 8. Knä. Andel sjukskrivna för ledbesvär vid första registrering i BOA-registret



Fysisk aktivitet

I BOA-registret mäter vi självskattad fysisk aktivitet enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Målet är att 80 % ska, för att förebygga och behandla sjukdom, nå upp till tillräcklig fysisk aktivitetsnivå, det vill säga minst 150 aktivitetsminuter i veckan.

Personer med artros är mindre fysiskt aktiva än befolkningen i stort och vi vet att otillräcklig fysisk aktivitet kan leda till för tidig död och andra sjukdomar som minskar livskvalitet och förmågan att leva ett självständigt liv.

Att få information om och hjälp att hitta lämplig träningsform är en essentiell del i grundbehandling av artros. Vi ser att andelen personer med artros i de flesta enheter och regioner ökar den fysiska aktivitetsnivån vid uppföljningen efter tre månader, men vi ser också att aktivitetsnivån åter sjunker vid uppföljning efter ett år.

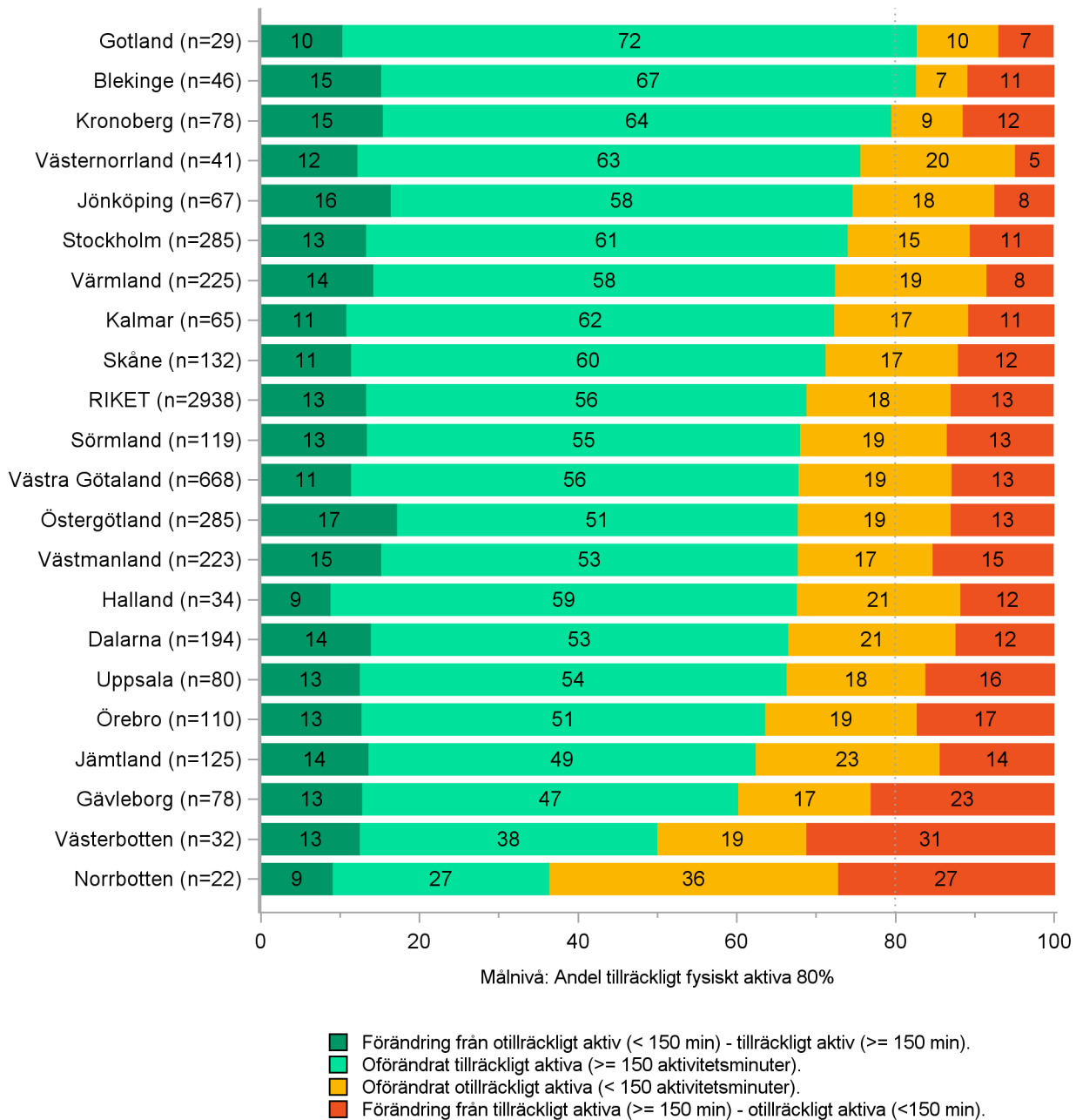
Tabell 1. Höft. Andel personer med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå 2017

Landsting	Antal personer	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	41	24,4	24,4	17,1
Dalarna	167	34,7	24,6	33,5
Gotland	29	20,7	17,2	17,2
Gävleborg	57	28,1	24,6	38,6
Halland	28	28,6	21,4	32,1
Jämtland	109	34,9	33,0	38,5
Jönköping	57	31,6	22,8	26,3
Kalmar	56	26,8	28,6	28,6
Kronoberg	73	21,9	17,8	20,5
Norrbottn	17	47,1	47,1	70,6
Skåne	115	29,6	27,8	29,6
Stockholm	230	28,3	19,1	25,7
Sörmland	110	31,8	24,5	32,7
Uppsala	63	28,6	23,8	33,3
Värmland	184	32,6	25,0	25,5
Västerbotten	29	31,0	27,6	55,2
Västernorrland	36	36,1	38,9	27,8
Västmanland	198	32,3	23,7	32,8
Västra Götaland	528	30,9	22,2	30,3
Örebro	89	30,3	29,2	33,7
Östergötland	245	37,1	29,8	33,9
RIKET	2 461	31,4	24,8	30,9

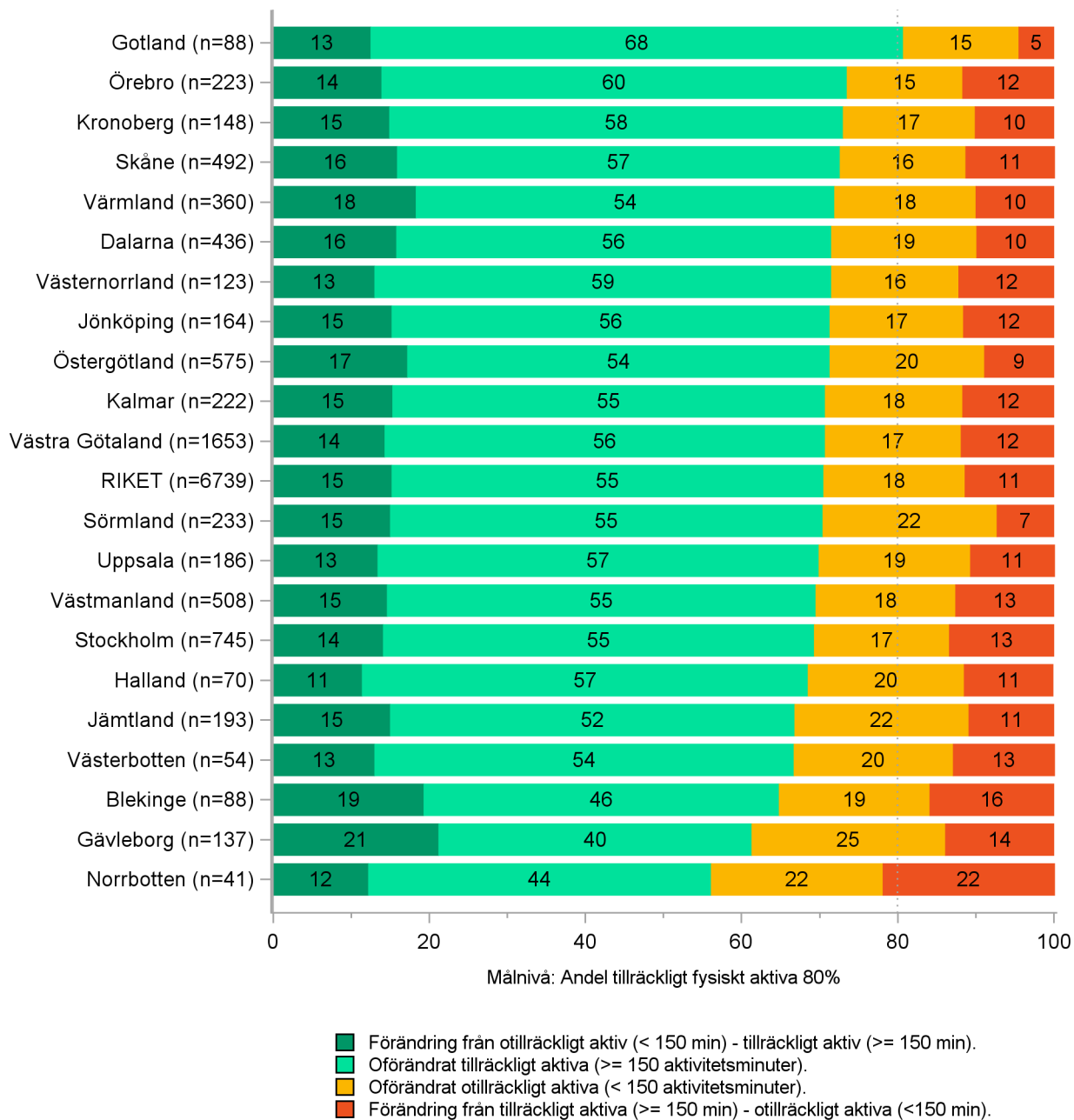
Tabell 2. Knä. Andel personer med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå 2017

Landsting	Antal personer	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	81	38,3	24,7	34,6
Dalarna	385	33,2	21,3	27,0
Gotland	87	26,4	13,8	19,5
Gävleborg	104	40,4	24,0	35,6
Halland	58	32,8	22,4	32,8
Jämtland	169	34,3	27,2	30,8
Jönköping	139	32,4	18,7	28,1
Kalmar	176	30,7	22,2	26,7
Kronoberg	138	31,2	23,2	26,1
Norrbottn	30	40,0	30,0	40,0
Skåne	408	30,4	23,8	24,8
Stockholm	579	30,2	23,5	29,2
Sörmland	214	36,0	22,9	29,0
Uppsala	159	32,7	22,0	29,6
Värmland	308	35,7	23,1	27,3
Västerbotten	52	32,7	25,0	32,7
Västernorrland	108	28,7	25,9	27,8
Västmanland	473	32,3	24,3	30,2
Västra Götaland	1 319	30,5	23,1	28,0
Örebro	188	28,7	19,1	25,5
Östergötland	480	35,4	23,5	26,3
RIKET	5 655	32,2	23,0	28,1

Figur 9. Höft. Andel personer med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller personer med första besök under 2016)



Figur 10. Knä. Andel personer med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller personer med första besök under 2016)



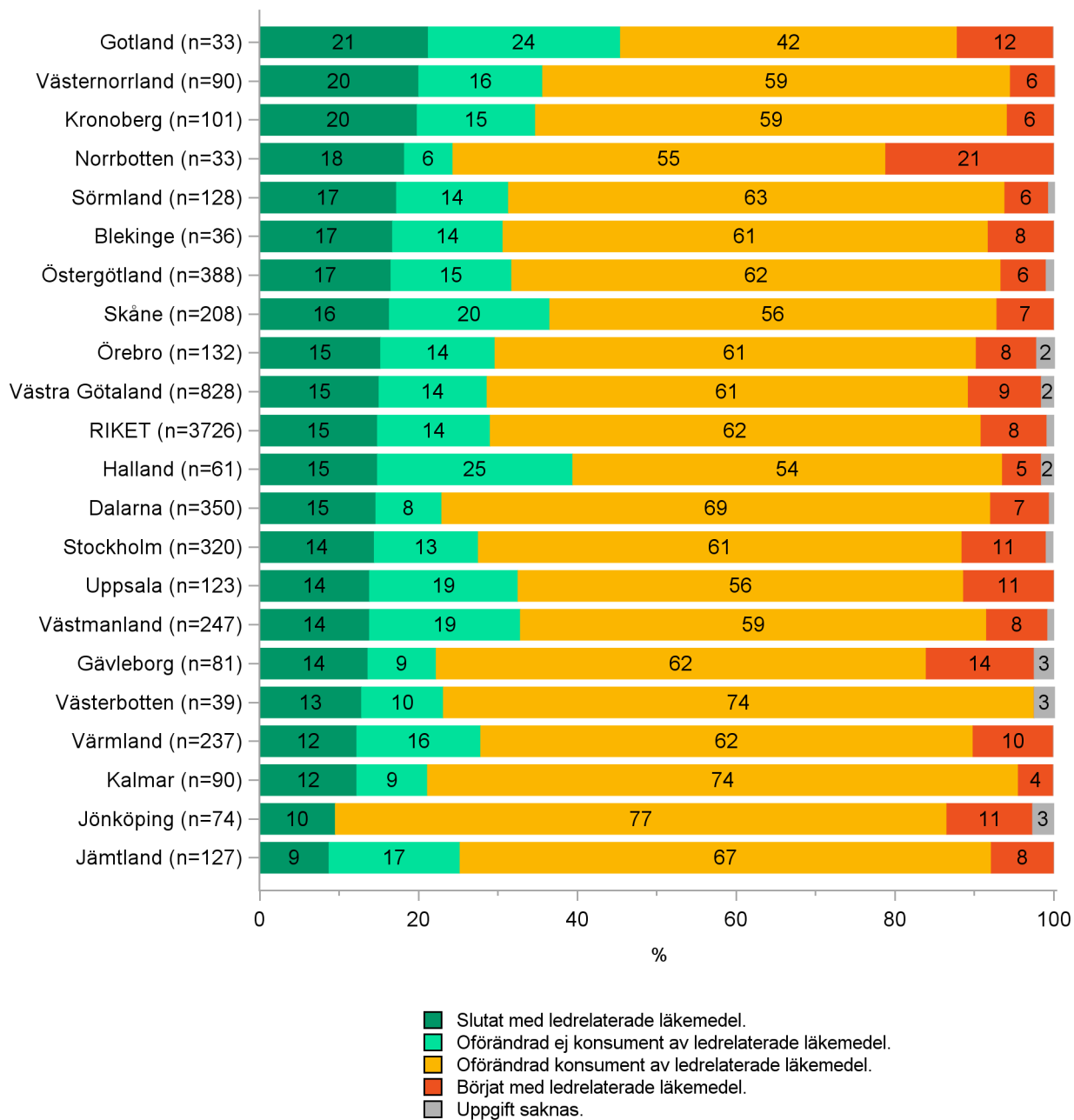
Ledrelaterade läkemedel

Cirka 75 % av personerna med artros tar ledrelaterade läkemedel vid första registreringen i BOA-registret. En oroande hög andel personer med artros som är 75 år och äldre anger att de använder NSAID-preparat, se Figur 13. I enlighet med Socialstyrelsen ska förskrivning av NSAID-preparat till denna grupp förskrivas restriktivt på grund av biverkningsrisk och risk att det interagerar negativt med annan vanlig läkemedelsbehandling hos äldre.

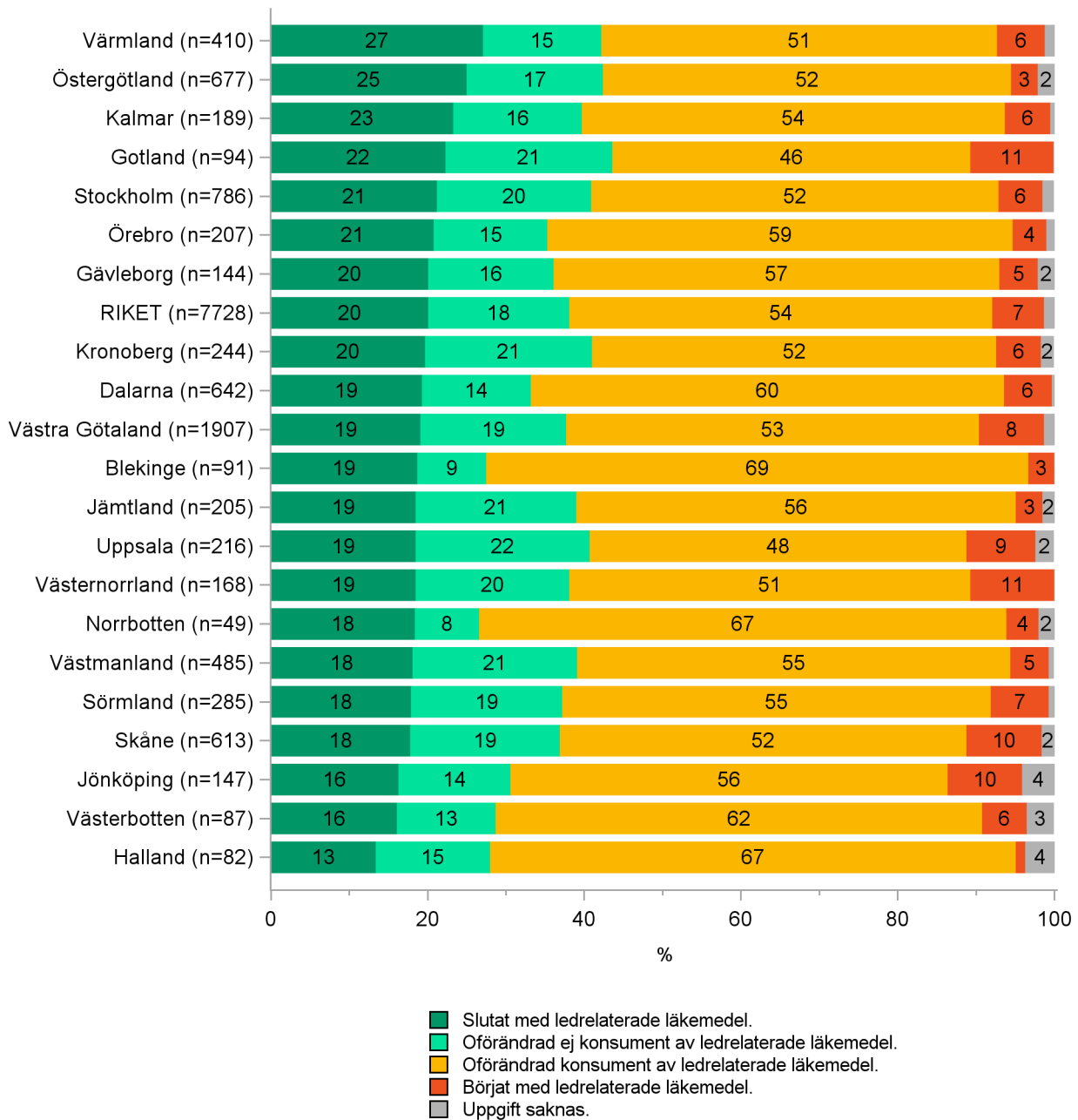
Då många läkemedel nu går att köpa direkt över disk i mataffären eller receptfritt på apoteket finns ingen överskådlig bild av hur mycket läkemedel, med smärtlindrande syfte, som personer med artros tar. Genom att fråga och registrera kan vi åskådliggöra detta på ett kanske mer sanningsenligt sätt än via läkemedelsregistren där man enbart får tillgång till vilka läkemedel personer har tagit ut och inte kopplat varken till diagnos eller verklig förbrukning.

Vi ser att 10–15 % kan sluta med ledrelaterade läkemedel efter genomgången intervention, detta utan att samtidigt öka sin smärta.

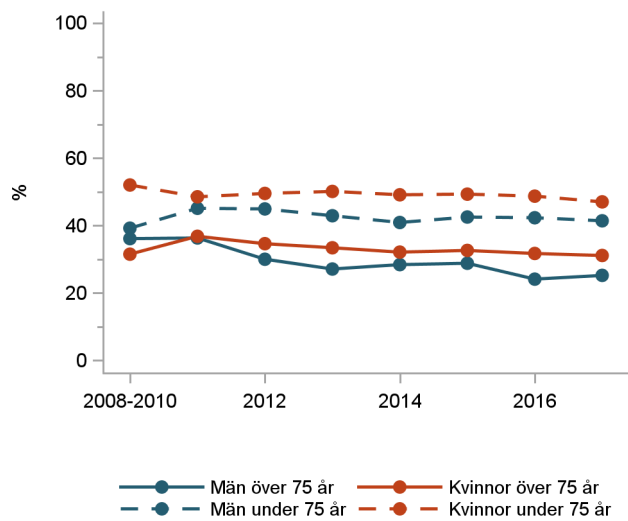
Figur 11. Höft. Andel personer med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid tre månader 2017



Figur 12. Knä. Andel personer med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid tre månader 2017



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



Tabell 3. Höft. Andel personer som vid första besök tagit läkemedel per landsting, 2017

Landsting	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel, %	Paracetamol, %	NSAID, %	Glukosamin, %	Hyaluronsyra, %	Kortison, %	Naturläkemedel, %	Annat, %	Uppgift saknas, antal
Blekinge	41	82,9	56,1	43,9	4,9	0	2,4	2,4	2,4	0
Dalarna	460	81,8	61,6	44,7	3,5	0,2	4,6	6,6	5,5	4
Gotland	37	64,9	56,8	32,4	8,1	0	2,7	8,1	5,4	0
Gävleborg	101	78,0	64,0	49,0	3,0	0	3,0	4,0	1,0	1
Halland	87	65,5	54,0	31,0	3,4	0	1,1	2,3	6,9	0
Jämtland	147	75,5	54,4	38,8	2,0	0	2,7	2,0	11,6	0
Jönköping	85	79,8	64,3	38,1	3,6	0	6,0	2,4	14,3	1
Kalmar	146	82,9	66,4	44,5	1,4	0	1,4	2,7	3,4	0
Kronoberg	124	77,2	56,1	40,7	3,3	0	2,4	7,3	10,6	1
Norrbottnen	68	79,1	58,2	52,2	0	0	0	1,5	14,9	1
Skåne	322	77,3	58,1	44,7	3,1	0	2,5	7,8	5,0	0
Stockholm	503	76,8	55,4	40,0	4,4	0	4,8	7,6	7,0	3
Sörmland	170	83,4	71,6	44,4	3,6	0	3,6	8,9	7,1	1
Uppsala	162	75,3	56,2	43,2	0,6	0	2,5	4,9	6,8	0
Värmland	341	73,6	54,3	37,2	2,6	0	2,9	3,2	7,3	0
Västerbotten	56	81,8	61,8	38,2	5,5	0	1,8	12,7	12,7	1
Västernorrland	135	74,8	61,5	44,4	4,4	0	3,0	6,7	5,2	0
Västmanland	369	74,9	54,9	35,8	3,3	0	1,9	3,8	8,5	3
Västra Götaland	1 207	74,6	54,1	43,1	3,3	0,1	3,0	5,7	6,1	9
Örebro	190	75,8	64,0	41,9	2,2	0	1,6	6,5	9,7	4
Östergötland	592	77,9	60,6	41,7	1,2	0	1,5	1,9	7,0	5
RIKET	5 343	76,7	58,0	41,7	3,0	0	2,9	5,2	6,9	34

Tabell 4. Knä. Andel personer som vid första besök tagit läkemedel per landsting, 2017

Landsting	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel, %	Paracetamol, %	NSAID, %	Glukosamin, %	Hyaluronsyra, %	Kortison, %	Naturläkemedel, %	Annat, %	Uppgift saknas, antal
Blekinge	77	87,0	59,7	62,3	3,9	0	5,2	5,2	3,9	0
Dalarna	818	78,1	54,2	45,5	4,2	0,4	8,5	8,7	4,4	2
Gotland	114	70,2	45,6	37,7	4,4	0	2,6	20,2	3,5	0
Gävleborg	210	78,1	55,7	46,7	4,8	0	8,6	7,1	5,2	0
Halland	144	79,2	52,1	47,2	6,3	0	9,0	9,7	10,4	0
Jämtland	236	76,3	51,3	48,7	2,1	0,4	7,6	3,4	11,9	0
Jönköping	157	72,5	54,2	36,6	0,7	0	6,5	5,2	5,2	4
Kalmar	324	76,7	59,0	41,6	1,9	0	7,1	4,3	5,0	2
Kronoberg	294	70,6	48,5	33,8	3,4	0,3	4,8	10,2	8,5	1
Norbotten	82	81,7	59,8	45,1	1,2	0	8,5	6,1	11,0	0
Skåne	949	71,2	49,5	40,0	2,8	0	6,1	5,9	6,8	4
Stockholm	1243	74,5	48,7	39,9	5,0	0,2	9,0	7,5	6,0	11
Sörmland	320	74,3	58,6	42,9	3,1	0	4,1	5,6	3,8	1
Uppsala	285	68,1	46,8	39,7	2,1	0,4	4,3	5,3	5,7	3
Värmland	624	75,0	50,5	41,8	2,3	0,2	6,8	3,4	6,5	4
Västerbotten	127	74,6	58,7	40,5	7,1	0	8,7	4,8	9,5	1
Västernorrland	260	71,5	51,5	41,9	5,0	0	6,9	7,7	3,8	0
Västmanland	668	75,6	52,6	38,9	2,9	0,2	5,6	5,7	9,2	5
Västra Götaland	2 777	72,1	47,5	45,0	4,1	0,1	5,9	5,9	4,9	14
Örebro	337	76,9	55,7	42,5	4,2	0	1,8	4,8	6,3	3
Östergötland	1 042	76,3	55,6	45,9	1,3	0,2	4,7	3,0	5,2	4
RIKET	11 088	74,2	51,2	42,9	3,5	0,1	6,3	6,1	5,9	59

Tabell 5. Hand. Andel personer som vid första besök tagit läkemedel per landsting, 2017*

Landsting	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel, %	Paracetamol, %	NSAID, %	Glukosamin, %	Hyaluronsyra, %	Kortison, %	Naturläkemedel, %	Annat, %	Uppgift saknas, antal
Dalarna	24	66,7	37,5	45,8	0	0	4,2	0	12,5	0
Gävleborg	12	75,0	58,3	33,3	0	0	0	8,3	16,7	0
Halland	12	66,7	33,3	8,3	0	0	0	16,7	16,7	0
Kalmar	33	54,5	33,3	24,2	3	0	0	3	0	0
Kronoberg	10	60,0	20,0	40	0	0	0	10	0	0
Skåne	43	65,1	46,5	25,6	2,3	2,3	9,3	7	9,3	0
Stockholm	99	54,5	38,4	27,3	1	0	2	5,1	5,1	0
Sörmland	26	76,9	61,5	19,2	3,8	0	7,7	7,7	7,7	0
Värmland	12	75,0	66,7	41,7	0	0	0	8,3	8,3	0
Västernorrland	12	63,6	54,5	9,1	0	0	9,1	18,2	9,1	1
Västmanland	25	70,8	54,2	29,2	12,5	0	0	20,8	16,7	1
Västra Götaland	407	56,8	35,6	26,7	4	0	4	6,4	5,4	2
Örebro	12	75,0	66,7	25	0	0	8,3	0	0	0
Östergötland	20	65,0	35,0	20	0	0	0	5	5	0
RIKET	774	60,5	39,9	27,4	3,1	0,1	3,6	7,2	6,4	5

*Landsting med färre än 10 registreringar redovisas inte här men bidrar till rikets genomsnitt.

Hälsorelaterad livskvalitet

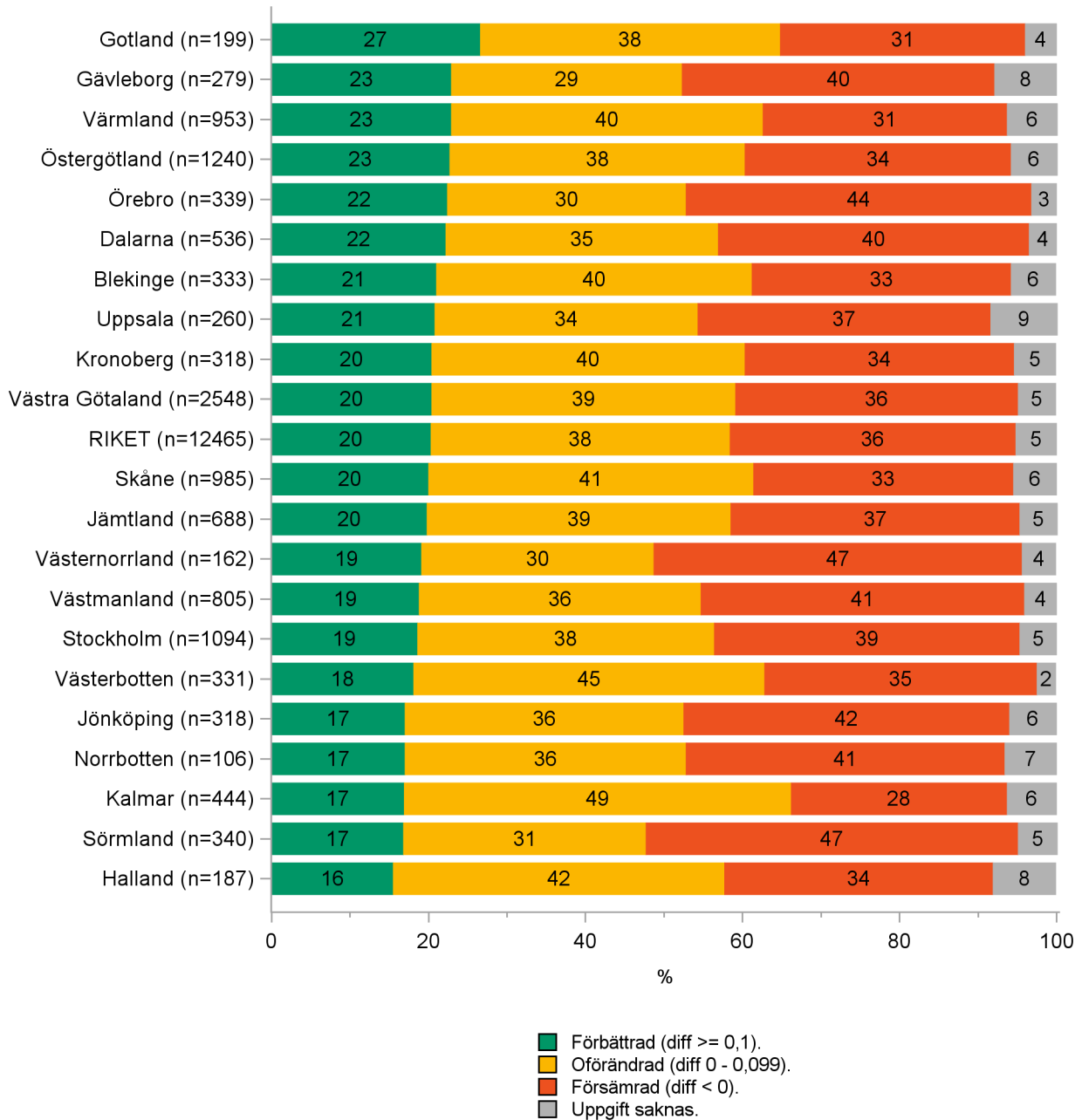
I BOA-registret mäts hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av EQ5D-5L samt med EQ-VAS. Det första är ett index baserat på fem frågor med fem svarsalternativ. EQ-VAS är en skala där personen sätter ett kryss mellan 0 och 100 där 0 motsvarar ”sämsta hälsa du kan tänka dig” och 100 ”bästa hälsa du kan tänka dig”. Instrumenten är till för att användas på gruppnivå och ej för enskild individ då de är trubbiga som mått på individnivå.

Studier tar ofta hänsyn till smärta och funktion, men inte alltid till den uppskattade hälsorelaterade livskvaliteten som i många fall är mer avgörande för hur en person kan hantera sina besvär än smärtintensitet.

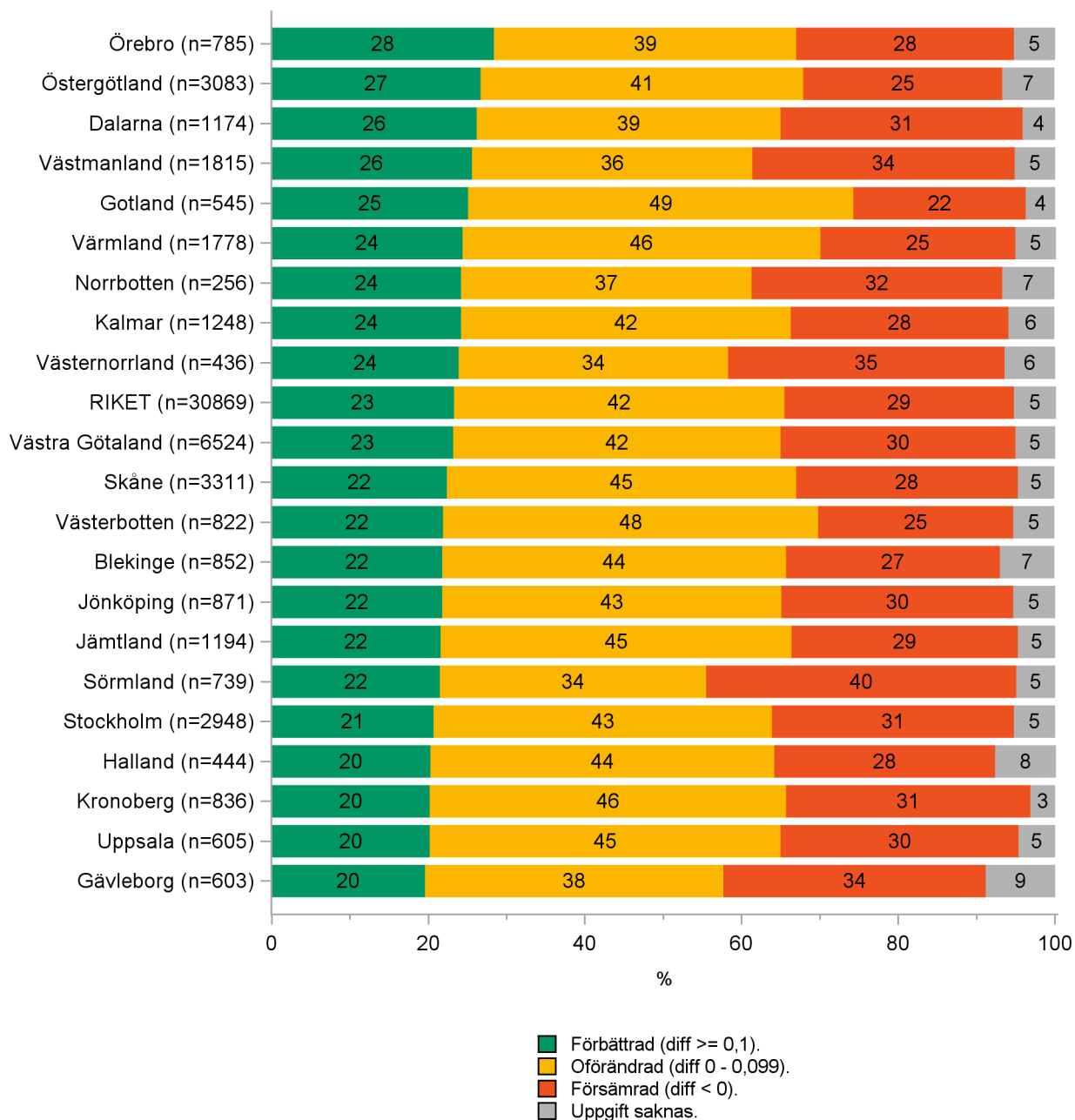
Målnivån är att personerna i registret ska förbättra sitt EQ5D index med 0,1 och att förbättringen ska kvarstå efter ett år.

EQ5D används även i proteskirurgiregistren och kan på sikt användas för att kunna följa personer med artros väg genom vårdkedjan kopplat till skattad hälsorelaterad livskvalitet.

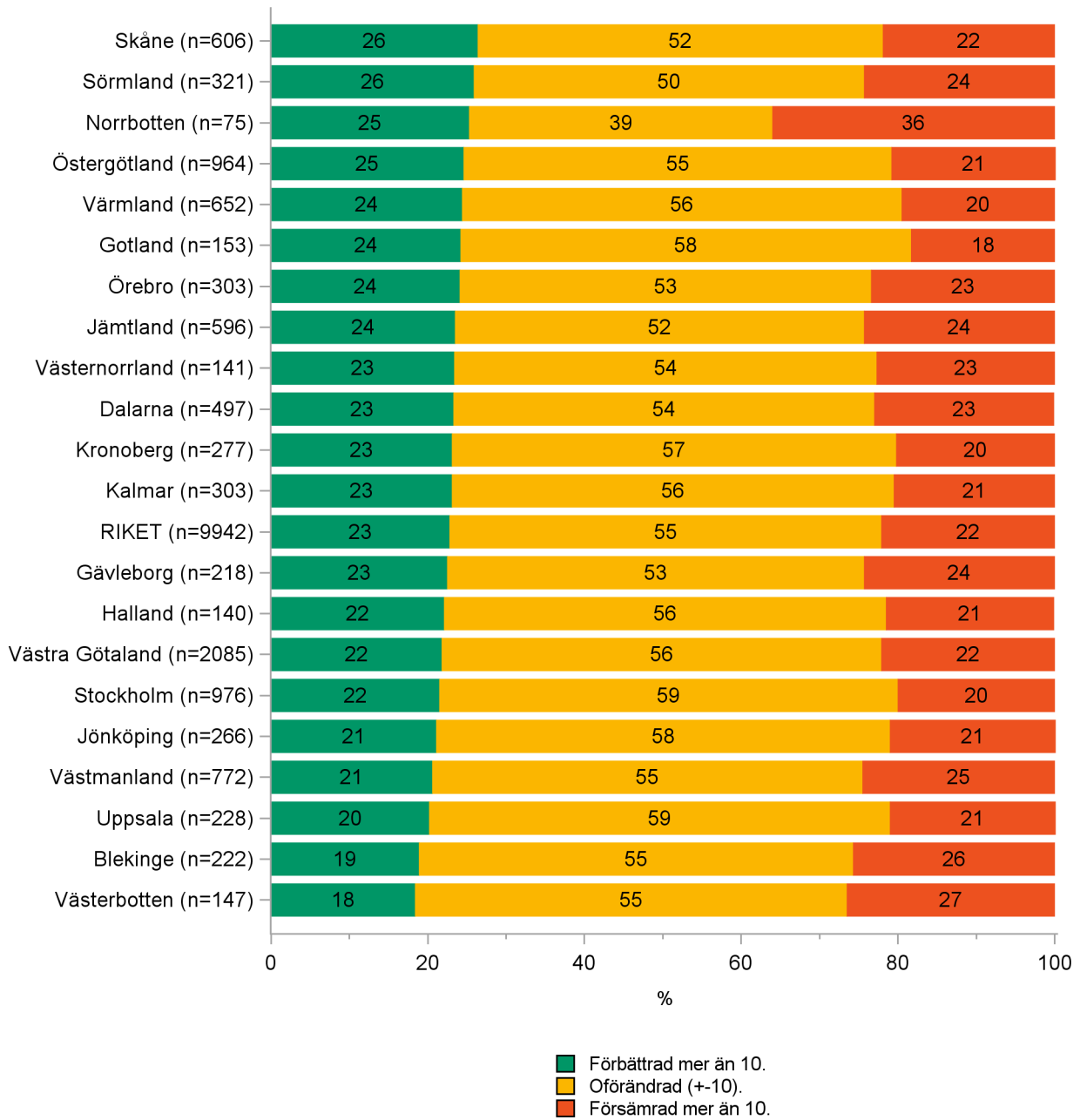
Figur 14. Höft Andel personer som når målnivån för EQ5D-förbättring (0,1) vid tolv månader, för personer med ettårsuppföljning 2017 eller tidigare



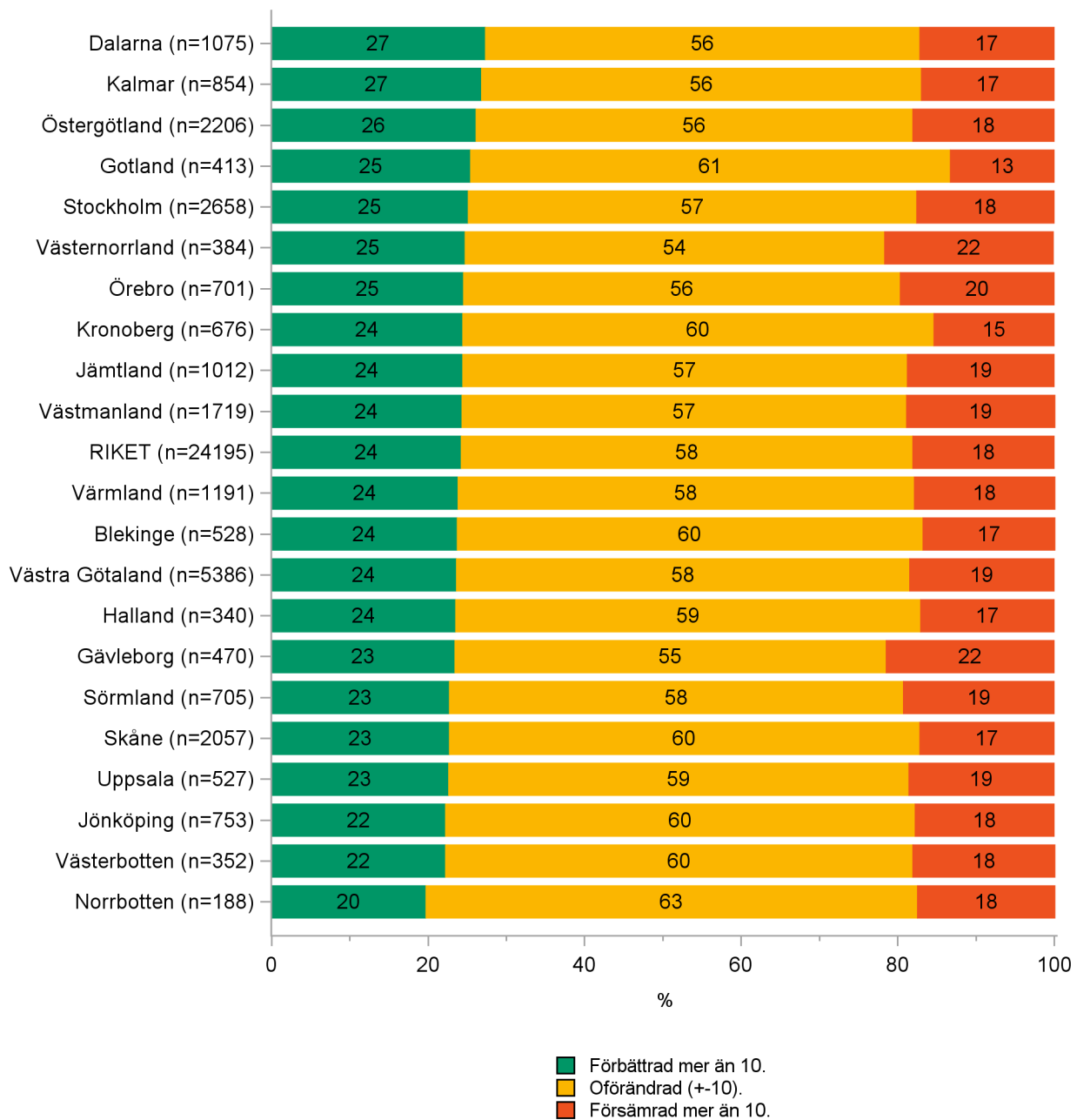
Figur 15. Knä. Andel personer som når målnivån för EQ5D-förbättring (0,1) vid tolv månader, för personer med ettårsuppföljning 2017 eller tidigare



Figur 16. Höft. Andel personer som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd efter tolv månader.



Figur 17. Knä. Andel personer som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd efter tolv månader

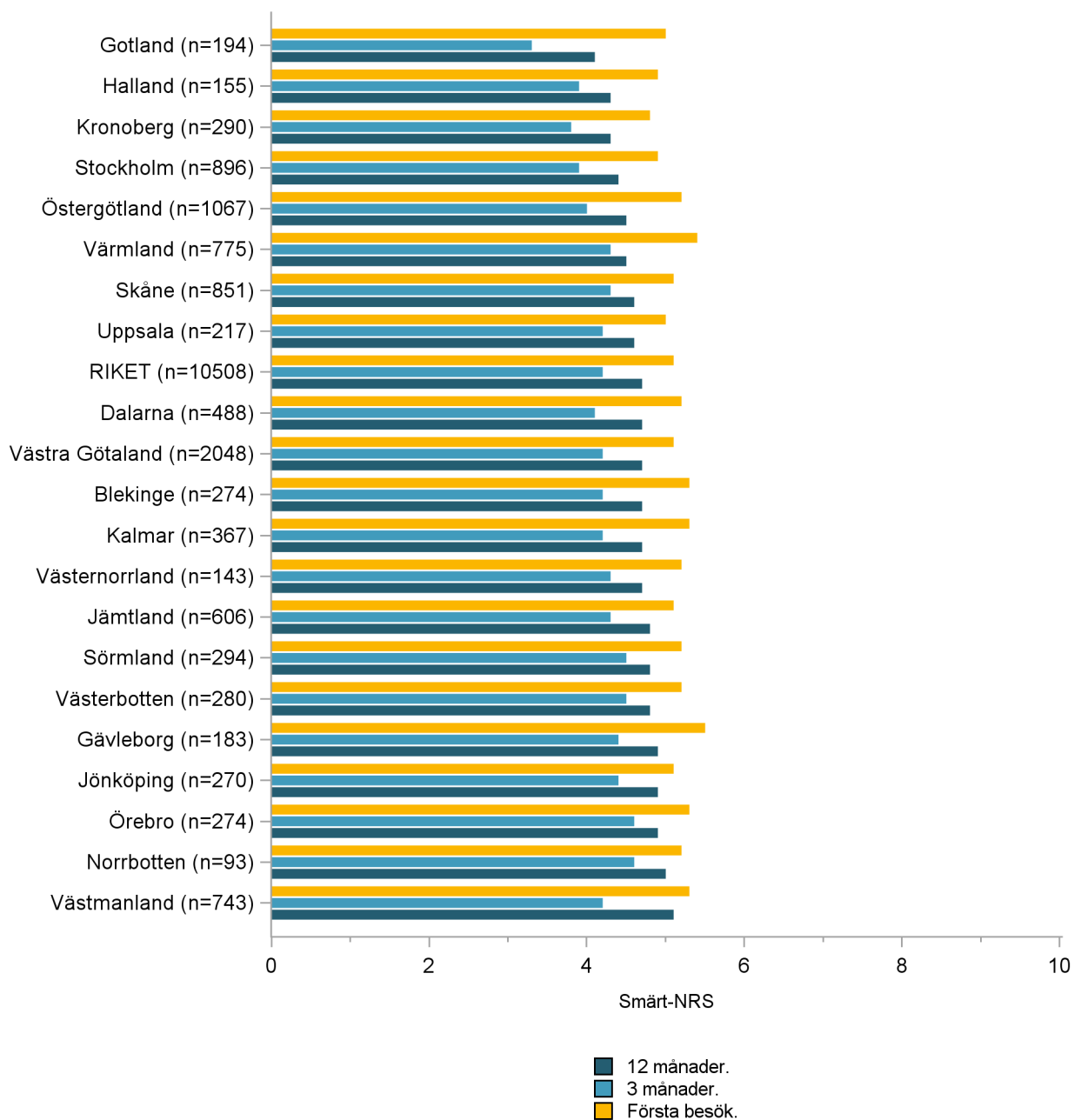


Smärta

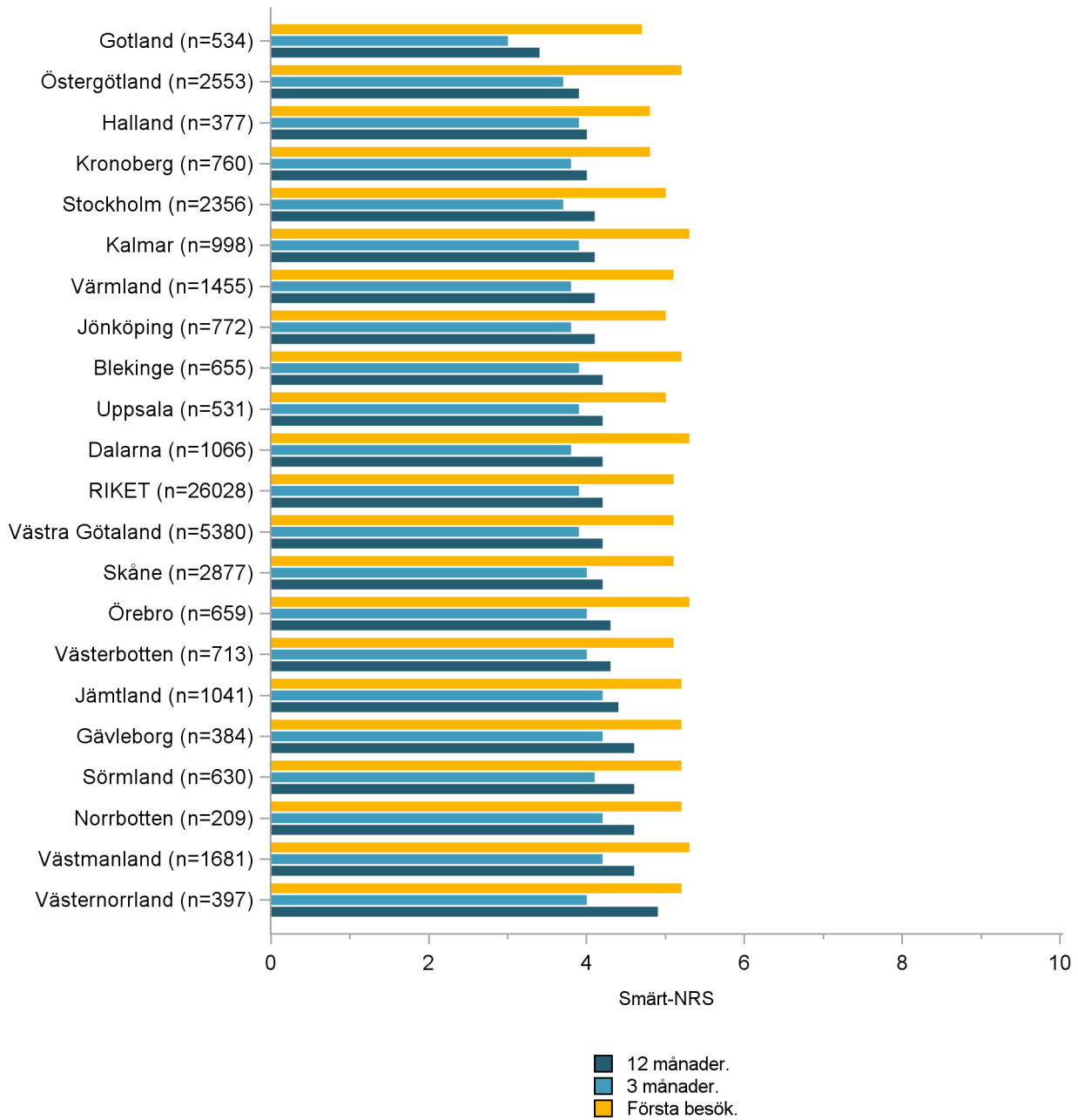
I BOA-registret mäts smärta, ”genomsnittlig smärta från den mest besvärande led den senaste veckan” med hjälp av Numeric rating Scale (NRS) som går från 0 som är ingen smärta till 10 som är maximal smärta. Smärtintensiteten mäts vid minst tre mättillfällen, vid första besök, efter tre månader och efter tolv månader. Vi ser att smärtan minskar hos samtliga grupper med i snitt 1 på skalan.

Vi frågar även patienterna hur ofta de har ont i någon led där andelen som har ont varje dag eller alltid minskar från 80 % till 60 % vilket kvarstår efter ett år.

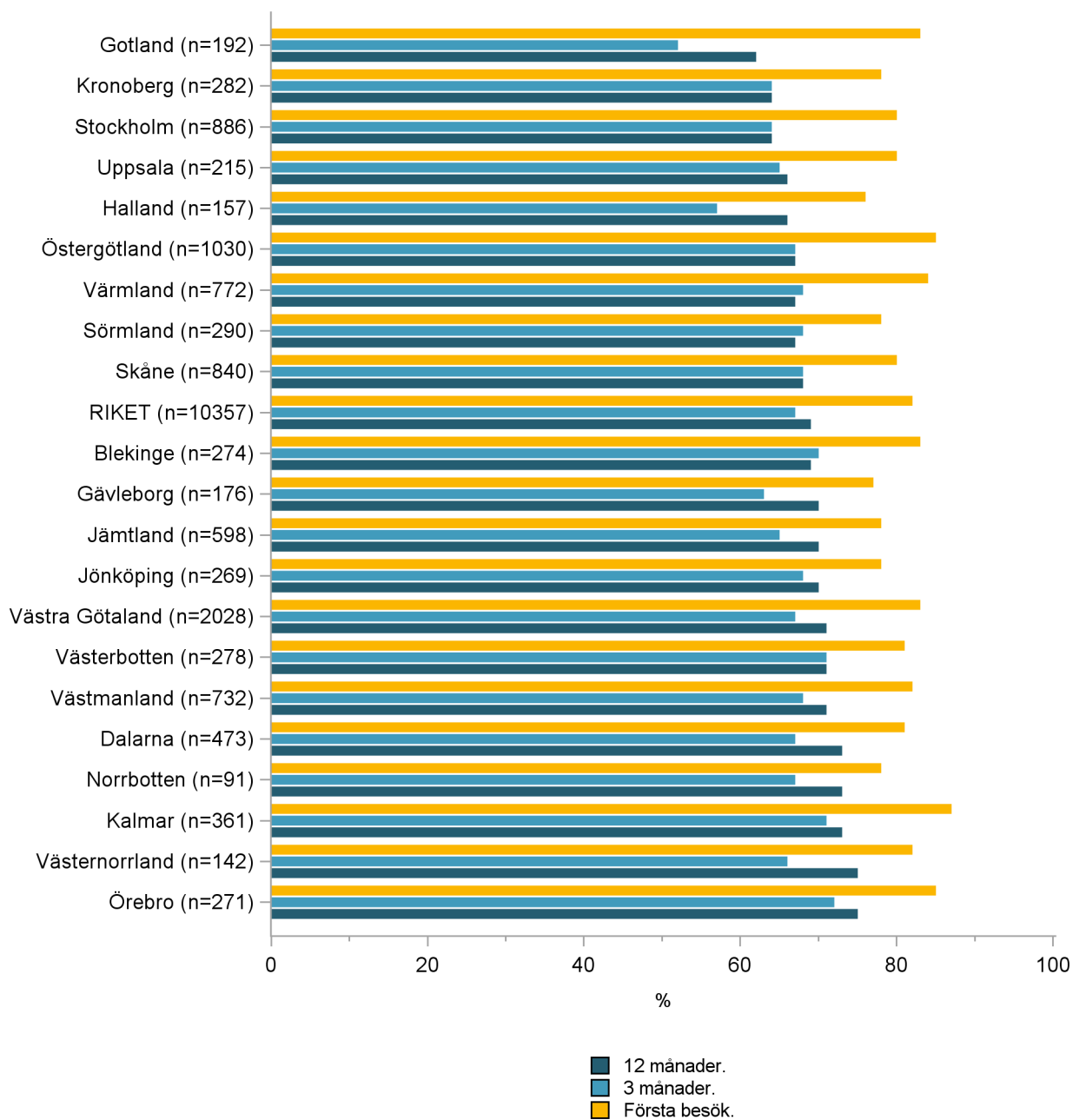
Figur 18. Höft. Andel med minskad smärta



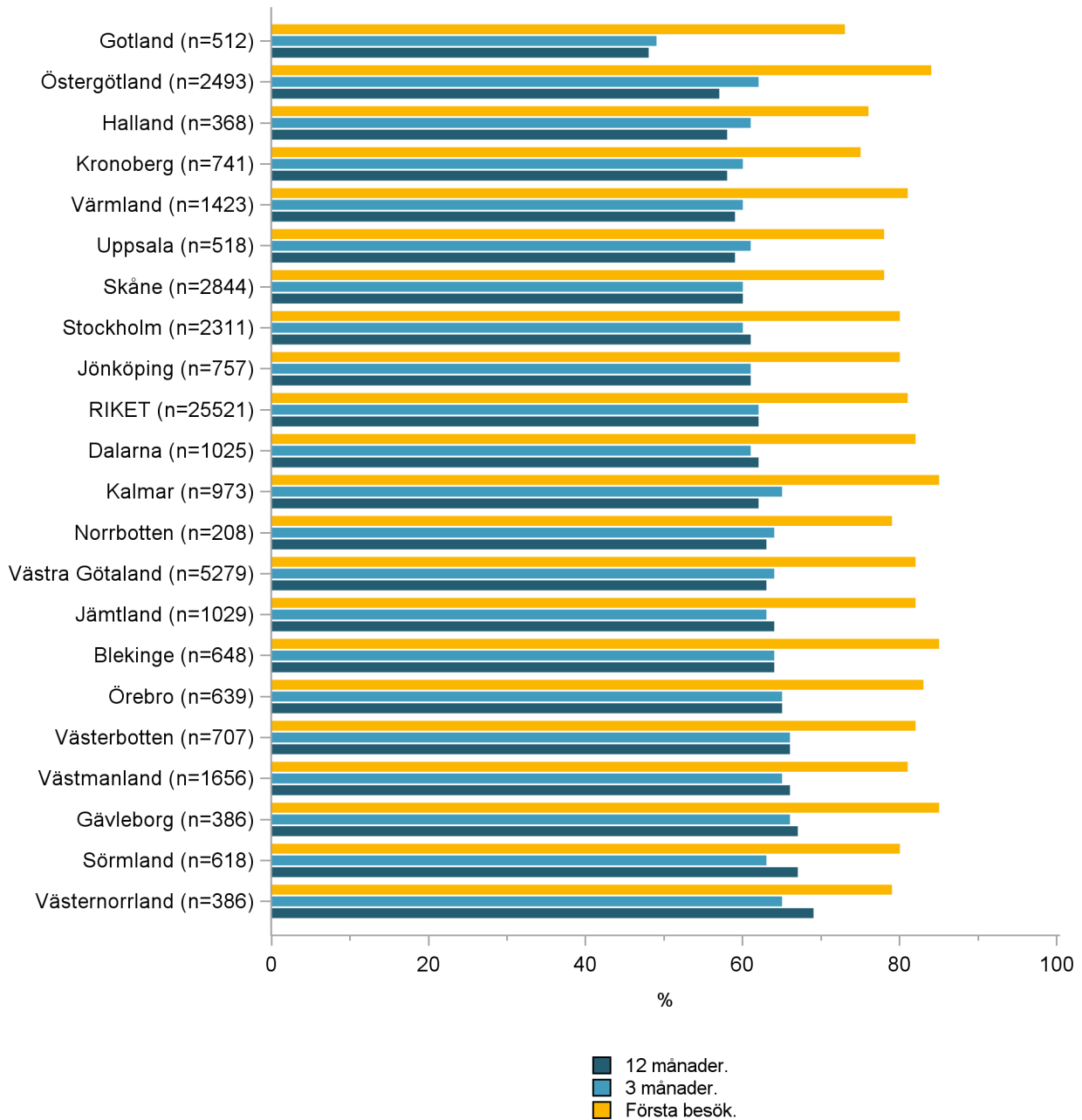
Figur 19. Knä. Andel med minskad smärta



Figur 20. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag eller alltid per landsting (2008–2017)



Figur 21. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag eller alltid per landsting (2008-2017)



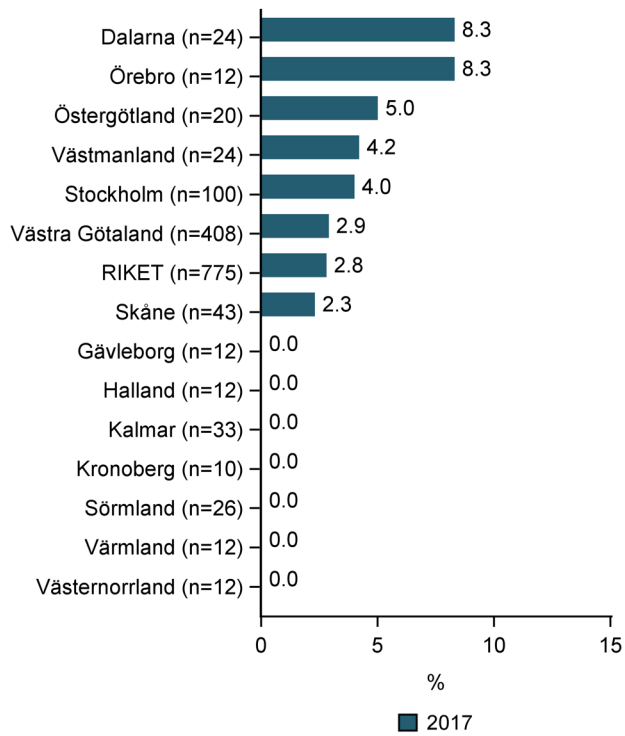
Hand

Sedan 2016 mäter vi i registret utfall för personer som anger hand som mest besvärande led. Sammanlagt under 2016 och 2017 har 1 152 personer med mest besvär från sin handtros registrerats i BOA-registret.

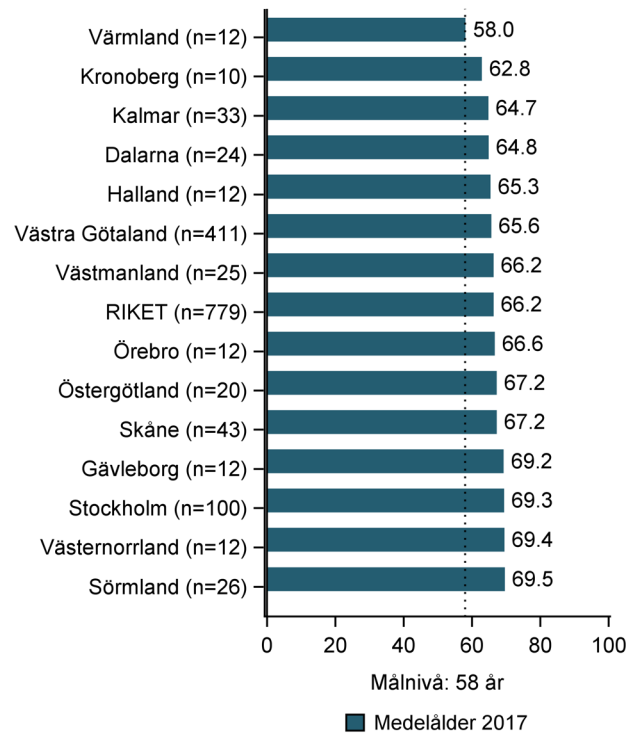
Det är ännu få personer och statistiken är därför inte fullt tillförlitlig utan får granskas med försiktighet.

Nedan presenteras statistik för hand på ett urval indikatorer, landsting med färre än 10 registreringar redovisas ej separat men bidrar till rikets snitt.

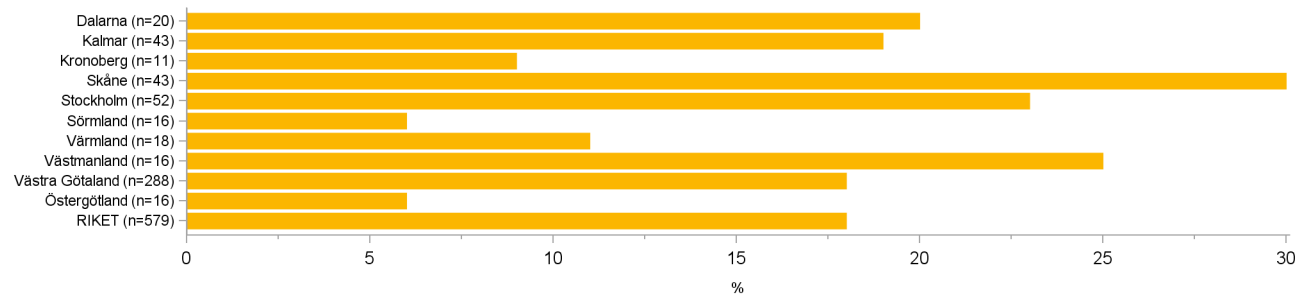
Figur 22. Hand. Andel som inte sökt sjukvård tidigare för aktuella besvär 2017



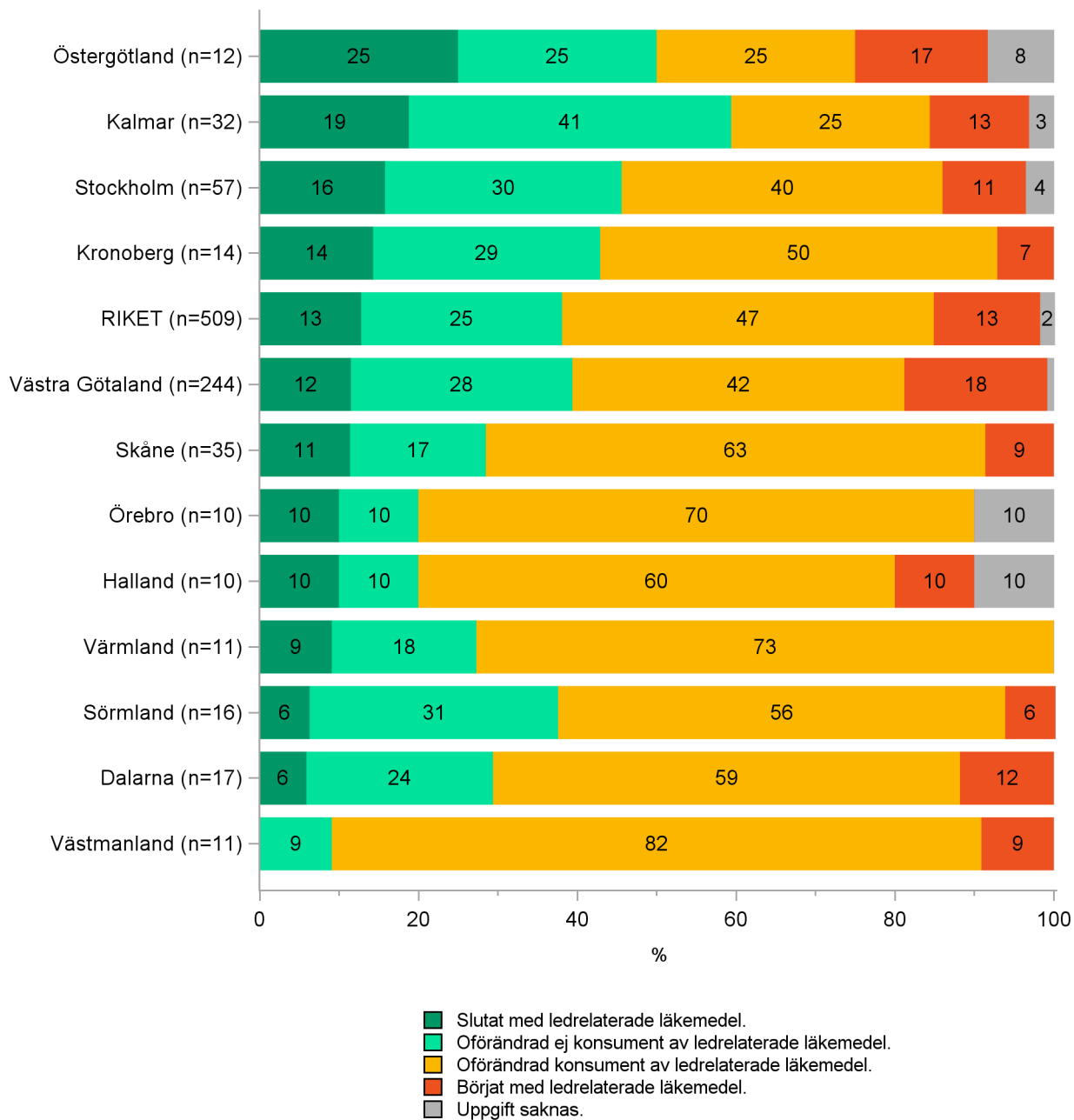
Figur 23. Hand. Medelålder vid första besök 2017



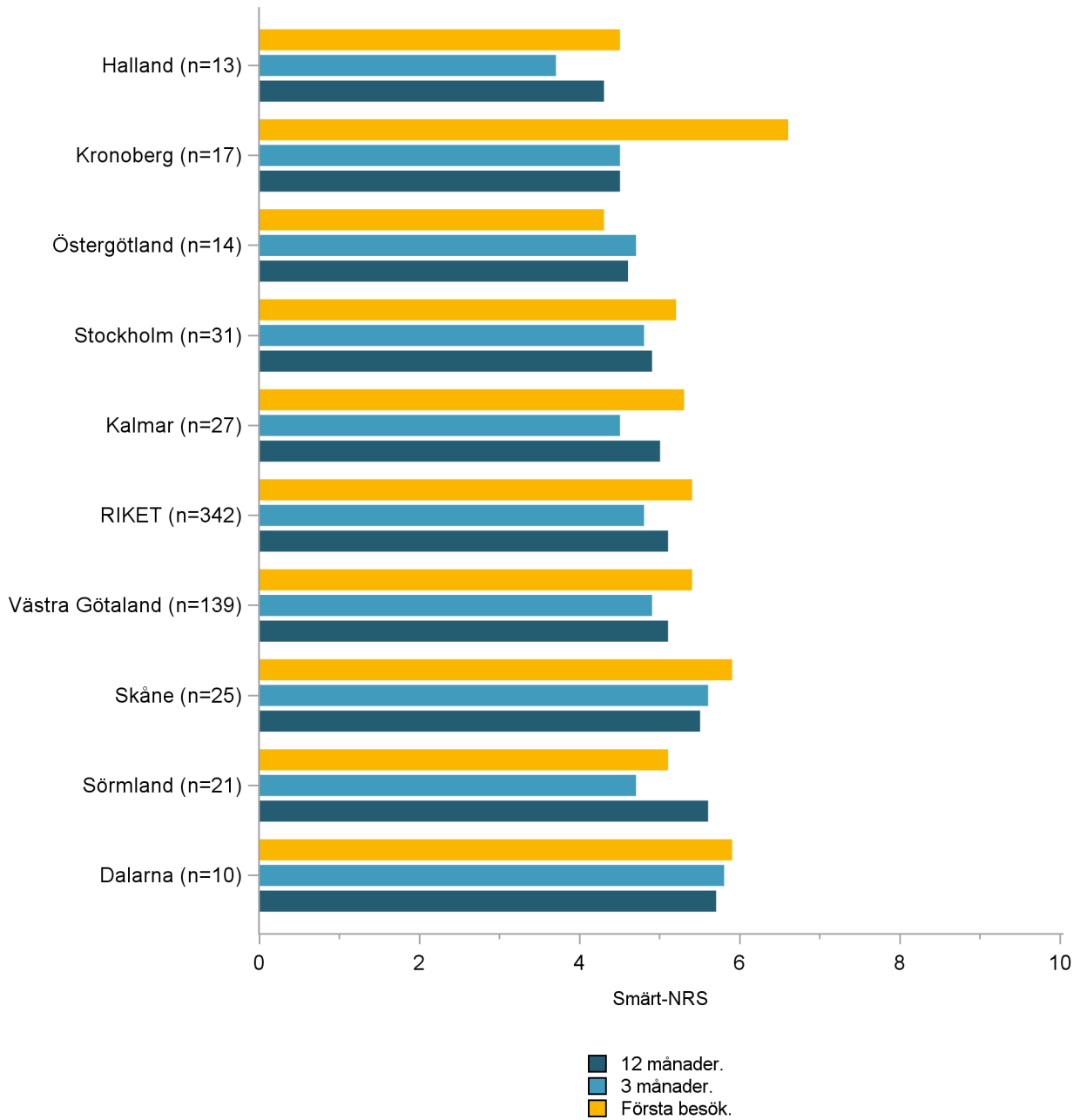
Figur 24. Hand. Andel sjukskrivna vid första registreringen



Figur 25. Hand. Andel med förändrad respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid tre månader, 2017



Figur 26. Hand. Andel med minskad smärta



Deskriptiva data och genus

Nedan följer en beskrivning av populationen i BOA-registret från 2008–2017. Här påvisas grad av samsjuklighet och levnadsvanor samt skillnader mellan män och kvinnor.

Måttet på samsjuklighet som har valts är Charnley klass A-C vilket beräknas beroende på antalet besvärande leder, en led Charnley klass A, fler än en led klass B och gångsvårigheter relaterade till andra orsaker eller sjukdomar Charnley klass C.

Vilken patientsammansättning enheterna har speglar sig sannolikt i resultatet.

Vi ser i registret att den äldsta gruppen (>75 år) uppger sig ha mest gångsvårigheter och lägst fysisk aktivitetsnivå men trots detta skattar sin hälsorelaterade livskvalitet högre än den yngsta gruppen (<55 år). Högst hälsorelaterad livskvalitet oavsett mest besvärande led skattar gruppen mellan 65–74 år. Noterbart är även att de personer som har mest besvär av sin handartros har gångsvårigheter i nästan 50 % av fallen.

Vi ser också skillnader mellan könen där män i större utsträckning avbrutit interventionen, män vill i större utsträckning bli opererade och uppger i större utsträckning en rädsla för att leden ska ta skada av fysisk aktivitet vid samtliga mättillfällen.

Det är fortfarande en stor andel (20 %) som tidigare sökt vård för sin artros och inte fått en tillfredsställande förklaring av sina besvär. Beskrivande ord som ”förslitning” är olyckligt då det lätt för tankarna till att man inte bör fortsätta belasta leden.

Vi ser även att 24 % av personerna med höftartros och 33 % av personerna med knäartros har ett BMI över gränsen för fetma. Korrelationen mellan knäartros och övervikt är klarlagd, även sambandet mellan symptomgivande höftartros och ett ökat behov av protesoperation.

Tabell 6. Höft. Charnley klass samt förändring av gångsvårigheter, hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå vid tre månader för olika åldersgrupper.

	Yngre än 55 år	55–64 år	65–74 år	Äldre än 75 år
Antal personer	1 841	3 947	7 433	3 422
Andel (%) Charnley A	45	43	43	42
Andel (%) Charnley B	11	10	9	7
Andel (%) Charnley C	44	48	48	51
Andel (%) som har ont i sin aktuella led varje dag eller oftare	73	75	73	77
Andel (%) med gångsvårigheter	70	70	70	75
Andel (%) tillräckligt aktiva* vid tremånadersuppföljning	79	76	77	64
EQ5D-index vid tremånadersuppföljning	0,613	0,624	0,648	0,639
EQ5D-VAS vid tremånadersuppföljning	65,06	66,23	68,3	65,87

Tabell 7. Knä. Charnley klass samt förändring av gångsvårigheter, hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå vid tre månader för olika åldersgrupper

	Yngre än 55 år	55–64 år	65–74 år	Äldre än 75 år
Antal personer	4 101	9 918	14 832	6 479
Andel (%) Charnley A	44	42	45	43
Andel (%) Charnley B	24	25	21	18
Andel (%) Charnley C	32	33	34	39
Andel (%) som har ont i sin aktuella led varje dag eller oftare	63	67	67	73
Andel (%) med gångsvårigheter	59	63	61	68
Andel (%) tillräckligt aktiva* vid tremånadersuppföljning	79	77	78	68
EQ5D-index vid tremånadersuppföljning	0,658	0,672	0,699	0,682
EQ5D-VAS vid tremånadersuppföljning	67,7	69,63	72,19	69,1

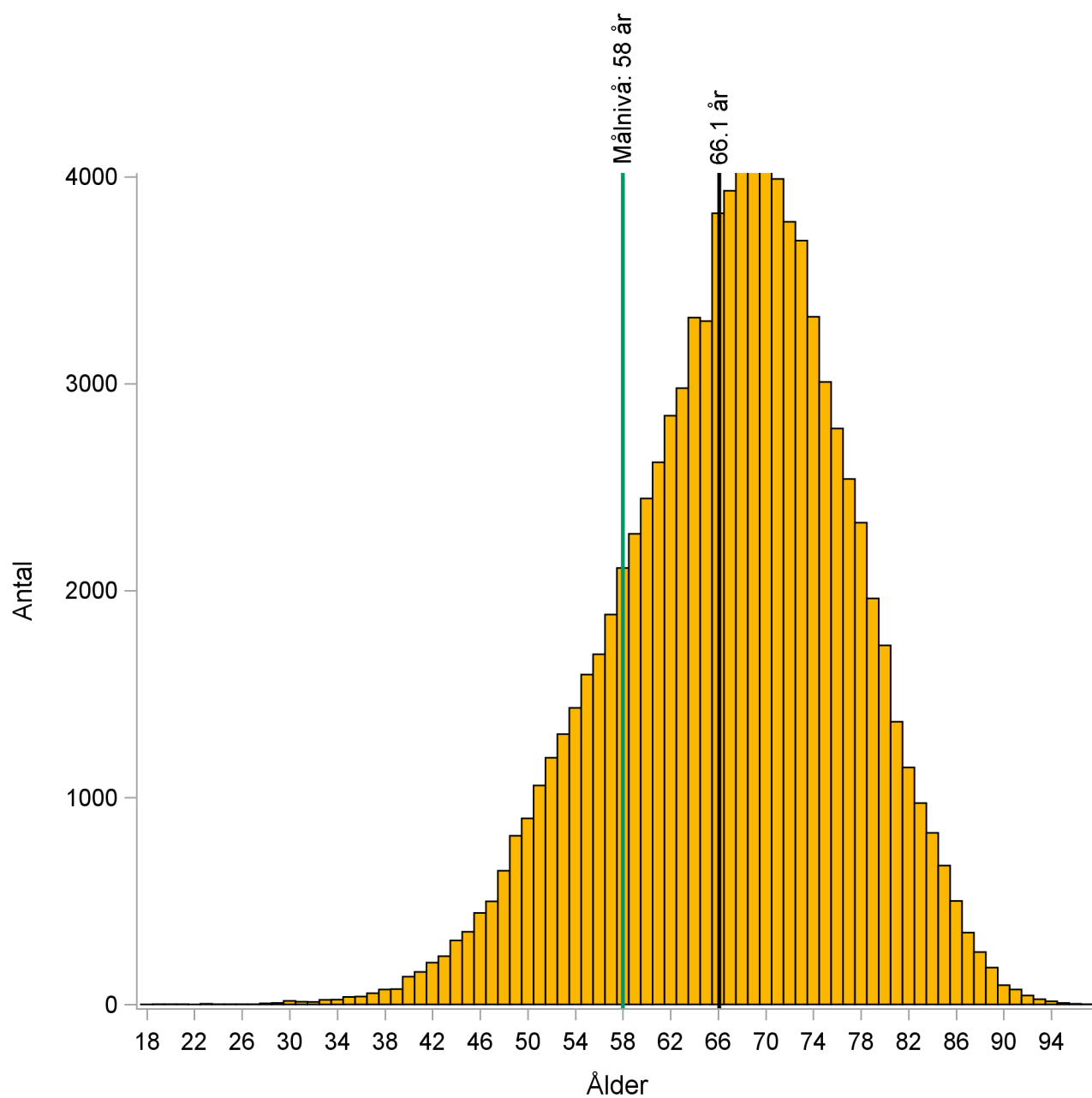
Tabell 8. Hand. Charnley klass samt förändring av gångsvårigheter, hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå vid tre månader för olika åldersgrupper

	Yngre än 55 år	55–64 år	65–74 år	Äldre än 75 år
Antal personer	59	156	240	110
Andel (%) Charnley A	44	38	37	30
Andel (%) Charnley B	17	24	19	23
Andel (%) Charnley C	39	38	44	47
Andel (%) som har ont i sin aktuella led varje dag eller oftare	90	85	82	85
Andel (%) med gångsvårigheter	47	54	42	55
Andel (%) tillräckligt aktiva* vid tremånadersuppföljning	73	81	77	78
EQ5D-index vid tremånadersuppföljning	0,609	0,617	0,674	0,654
EQ5D-VAS vid tremånadersuppföljning	64,41	67	69,18	65,45

Tabell 9. Åldersfördelning i BOA-registret 2008–2017

Ålder	Antal	Andel %
–44	1 769	1,9
45–54	9 883	10,6
55–64	25 468	27,4
65–74	38 045	40,9
75–84	16 331	17,5
85–	1 537	1,6

Figur 27. Åldersfördelning i BOA-registret 2008-2017



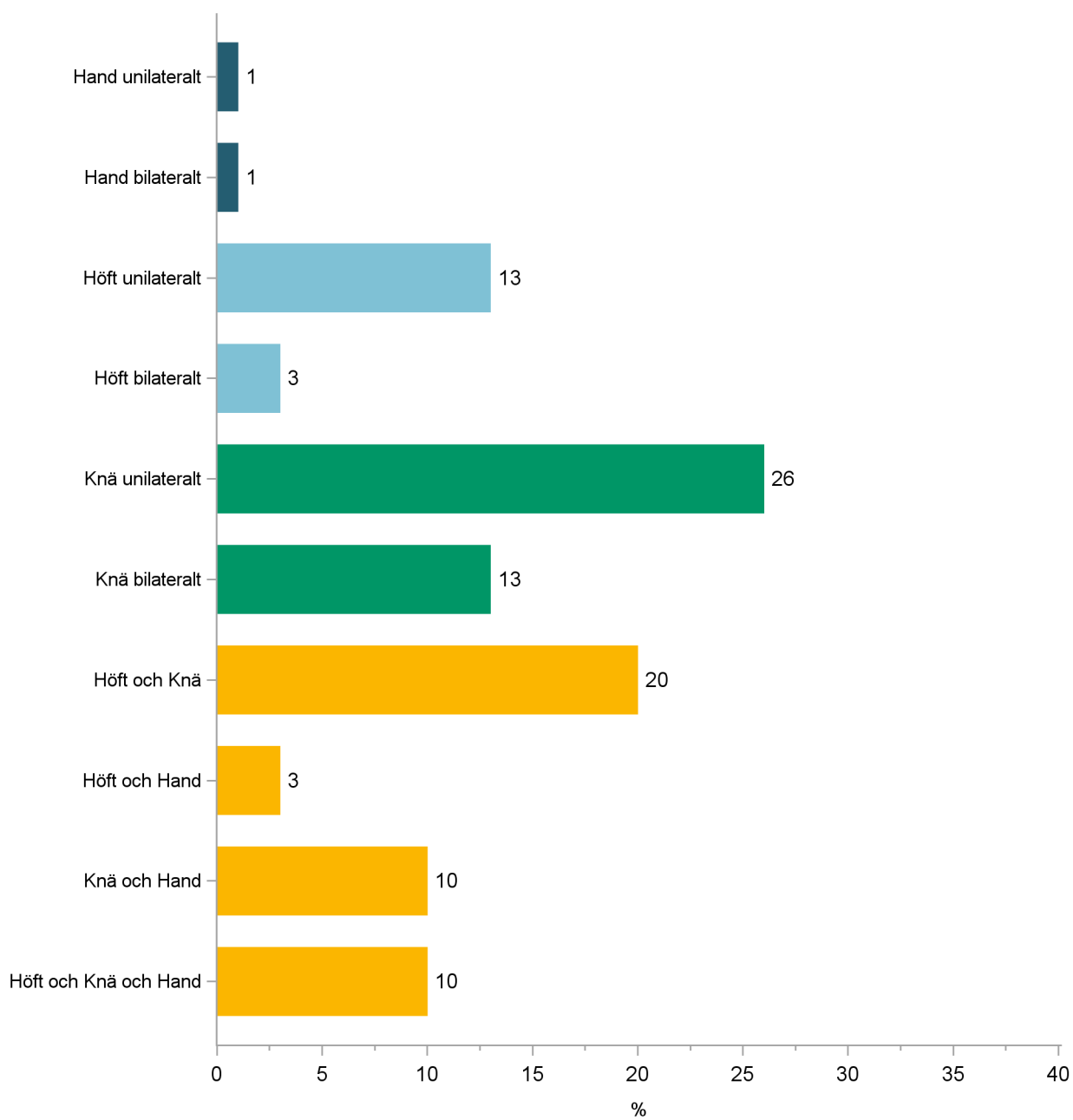
Tabell 10.Höft. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley klass samt andel personer som anger mest besvär från annan led vid första besök 2008–2017

Landsting	Antal	Ålder	BMI	Kvinnor, %	Charnley A, %	Charnley B, %	Charnley C, %	Besvär även från knä, %	Besvär även från hand, %
Blekinge	404	67,3	27,7	65	40	6	54	1	0
Dalarna	899	66,6	27,6	67	40	10	50	2	1
Gotland	263	64,6	26,9	71	38	10	52	2	4
Gävleborg	405	66,9	27,6	70	41	7	52	2	1
Halland	260	66,5	26,4	71	38	10	52	3	3
Jämtland	1 011	66,5	27,6	66	36	8	56	4	1
Jönköping	494	67,8	27,6	68	36	7	56	3	2
Kalmar	617	66,7	27,1	64	41	8	51	2	1
Kronoberg	446	67,8	26,8	70	31	9	60	4	3
Norrboten	146	67,5	28	69	36	8	56	5	1
Skåne	1 232	66,4	26,9	69	33	7	59	2	2
Stockholm	1 917	67,4	26,3	75	38	9	53	3	2
Sörmland	553	67,1	27,5	70	32	7	61	4	2
Uppsala	420	66,8	27,7	70	39	8	54	3	1
Värmland	1 312	67,1	27,3	67	40	6	54	3	0
Västerbotten	272	65,5	27,1	64	39	7	55	3	0
Västernorrland	237	65,7	27,8	65	37	6	57	3	0
Västmanland	1 348	67,3	27,4	68	36	7	57	2	1
Västra Götaland	4 091	67	27	68	37	7	55	3	2
Örebro	554	67,2	27,4	65	37	10	53	1	0
Östergötland	1 881	66,4	27,1	61	36	8	56	3	1
RIKET	18 762	66,9	27,1	68	37	8	55	3	1

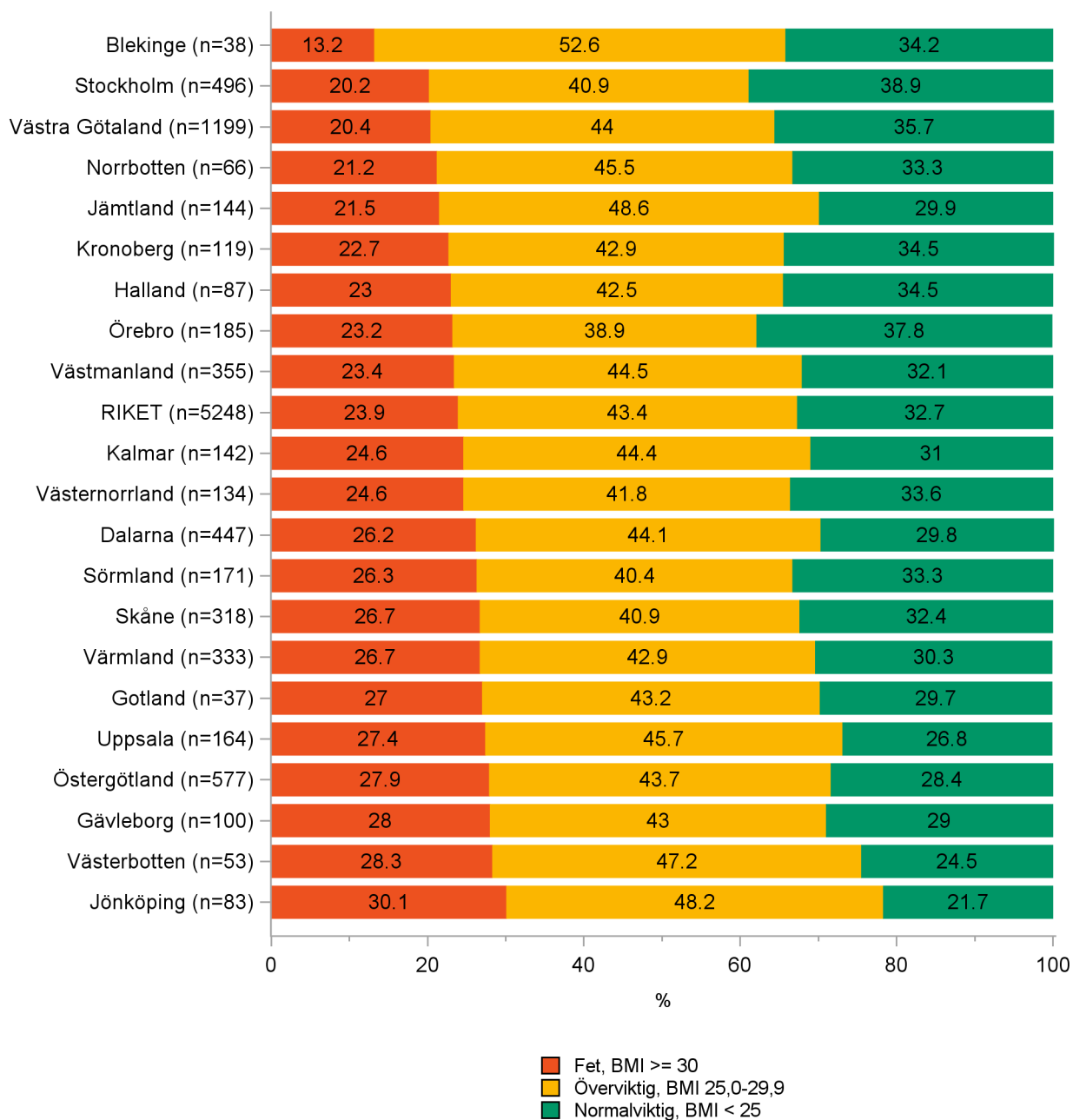
Tabell 11. Knä. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley klass samt andel personer som anger mest besvär från annan led vid första besök 2008-2017

Landsting	Antal	Ålder	BMI	Kvinnor, %	Charnley A, %	Charnley B, %	Charnley C, %	Besvär även från knä, %	Besvär även från hand, %
Blekinge	870	65,9	28,6	66	43	17	40	0	1
Dalarna	1 655	65,7	28,8	67	43	21	36	1	1
Gotland	622	63,2	28,2	67	40	21	39	0	3
Gävleborg	766	65,8	29,5	68	40	20	40	1	2
Halland	573	65,3	28	69	44	23	33	2	3
Jämtland	1 578	65,9	28,6	67	37	17	46	2	1
Jönköping	1 231	65,5	28,7	68	41	18	40	2	2
Kalmar	1 526	65,3	28,4	64	47	19	34	1	1
Kronoberg	1 106	65,8	28,4	73	33	23	44	2	3
Norrbottnen	291	64,8	28,9	72	34	21	44	2	0
Skåne	3 535	65,6	28,4	71	38	22	40	1	2
Stockholm	4 573	66,8	27,8	74	36	22	42	1	2
Sörmland	1 080	67,5	28,7	68	35	22	43	1	3
Uppsala	859	65,6	28,9	73	37	20	43	2	1
Värmland	2 187	65,4	28,7	63	45	19	36	1	0
Västerbotten	559	64,5	28,6	64	39	16	45	2	1
Västernorrland	572	65,6	29,1	64	39	20	40	1	1
Västmanland	2 686	66,1	28,9	69	35	19	45	1	1
Västra Götaland	8 945	65,9	28,4	69	39	22	39	2	2
Örebro	1 209	65	28,9	67	43	20	37	1	1
Östergötland	3 916	65,2	28,6	62	41	19	40	1	1
RIKET	40 339	65,8	28,5	68	39	20	40	1	2

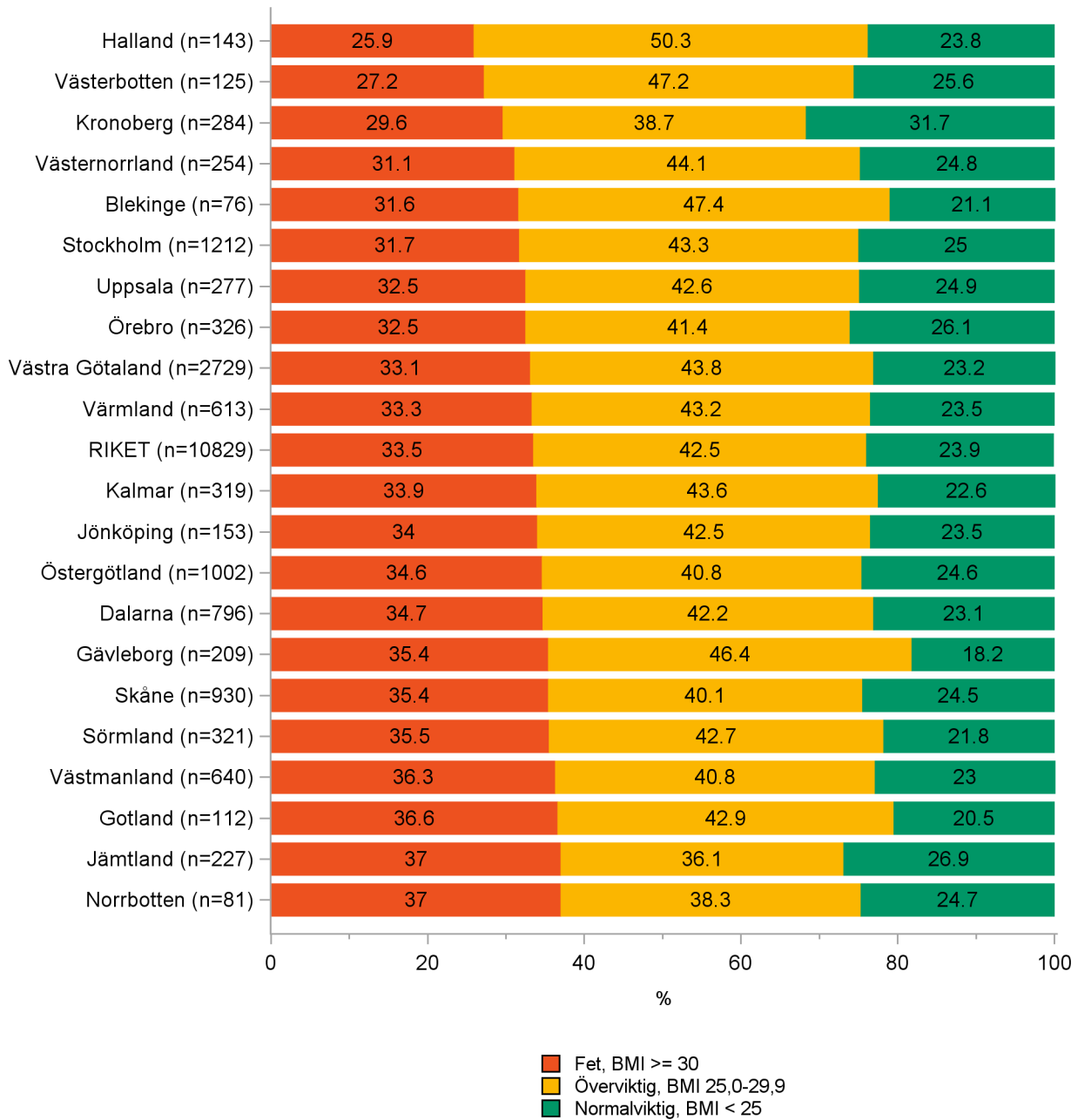
Figur 28. Andel personer med besvär från en eller flera leder, 2017



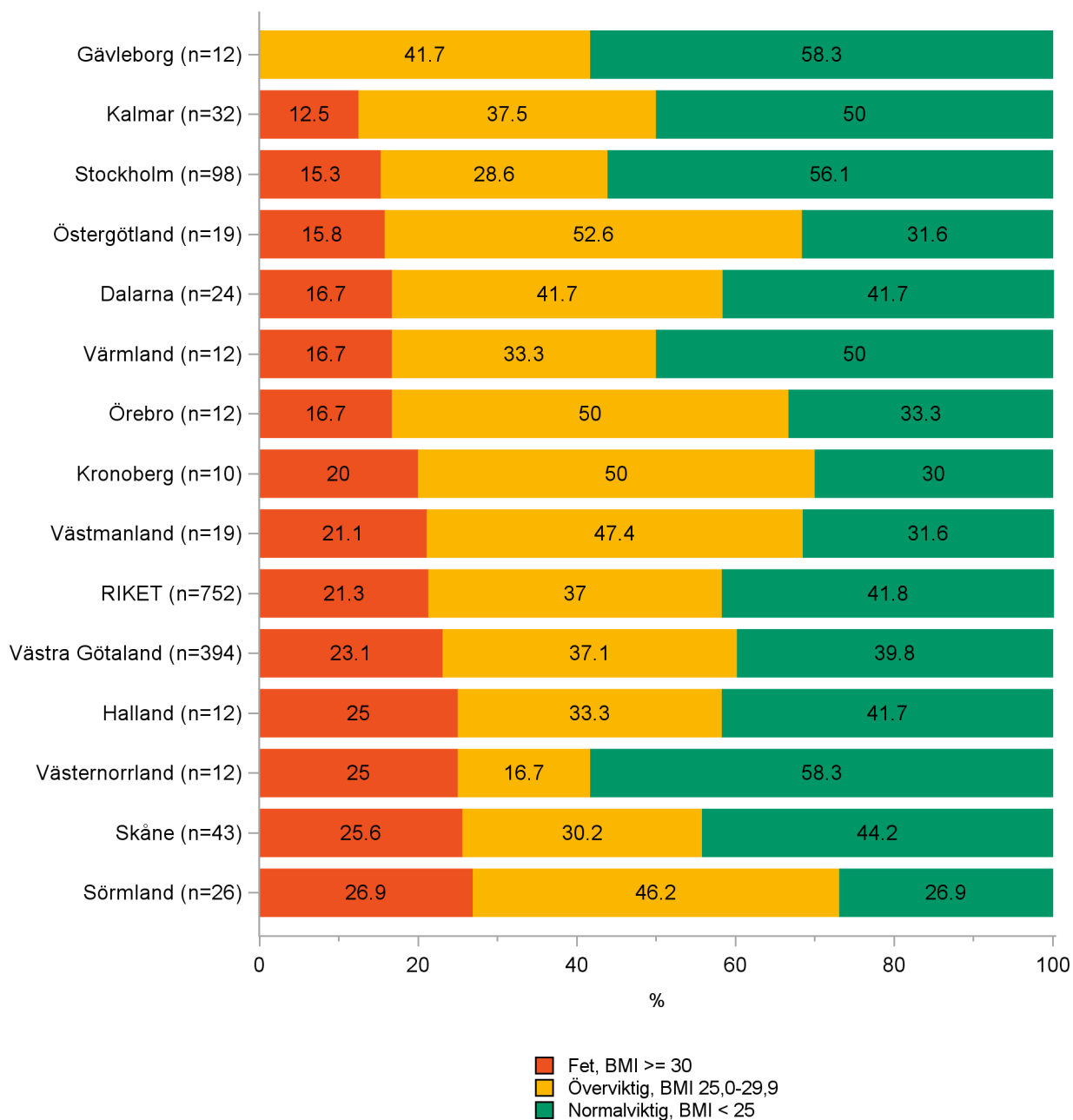
Figur 29. Höft. Fördelning av BMI kg/m², 2017



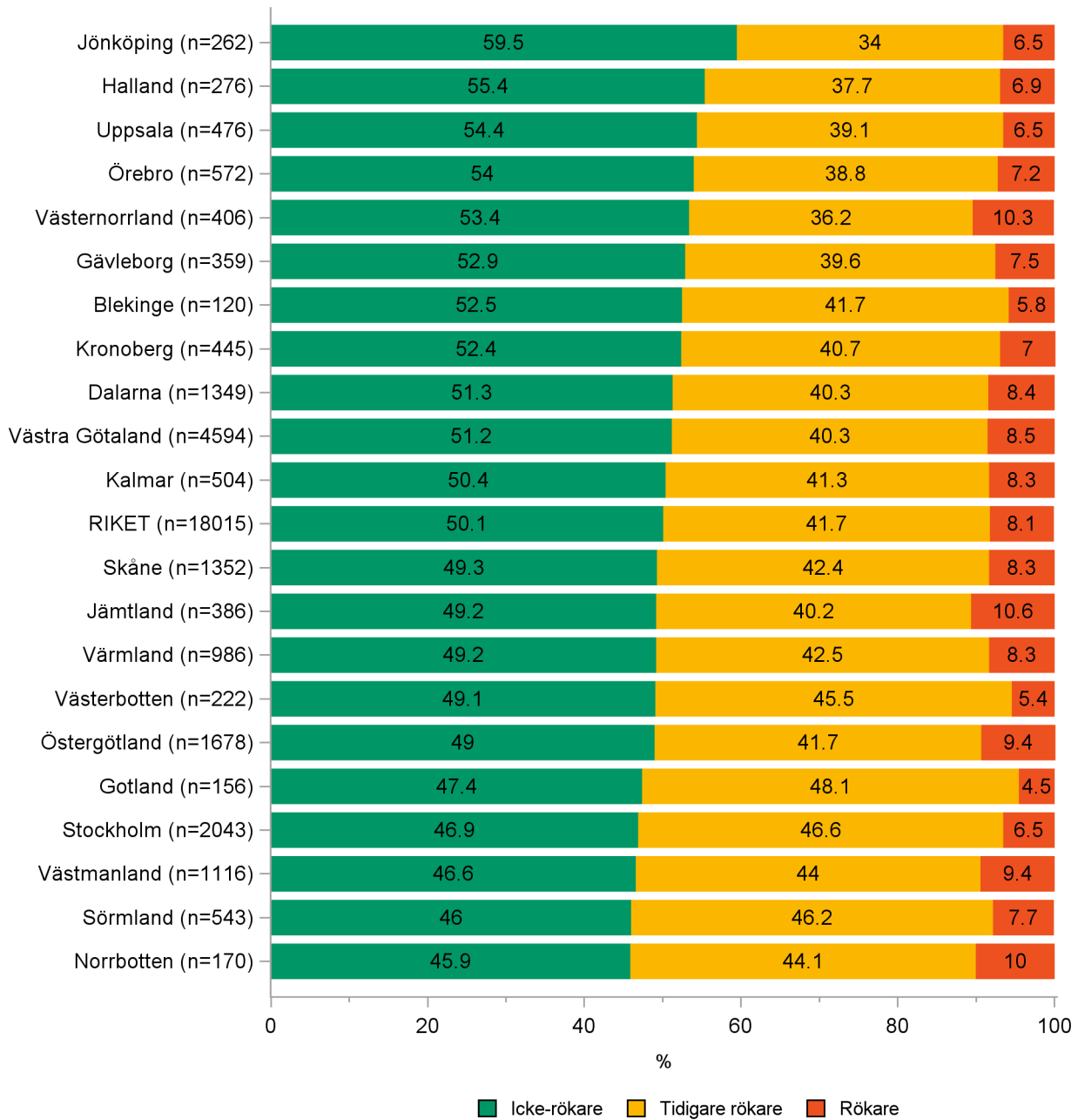
Figur 30. Knä. Fördelning av BMI kg/m², 2017



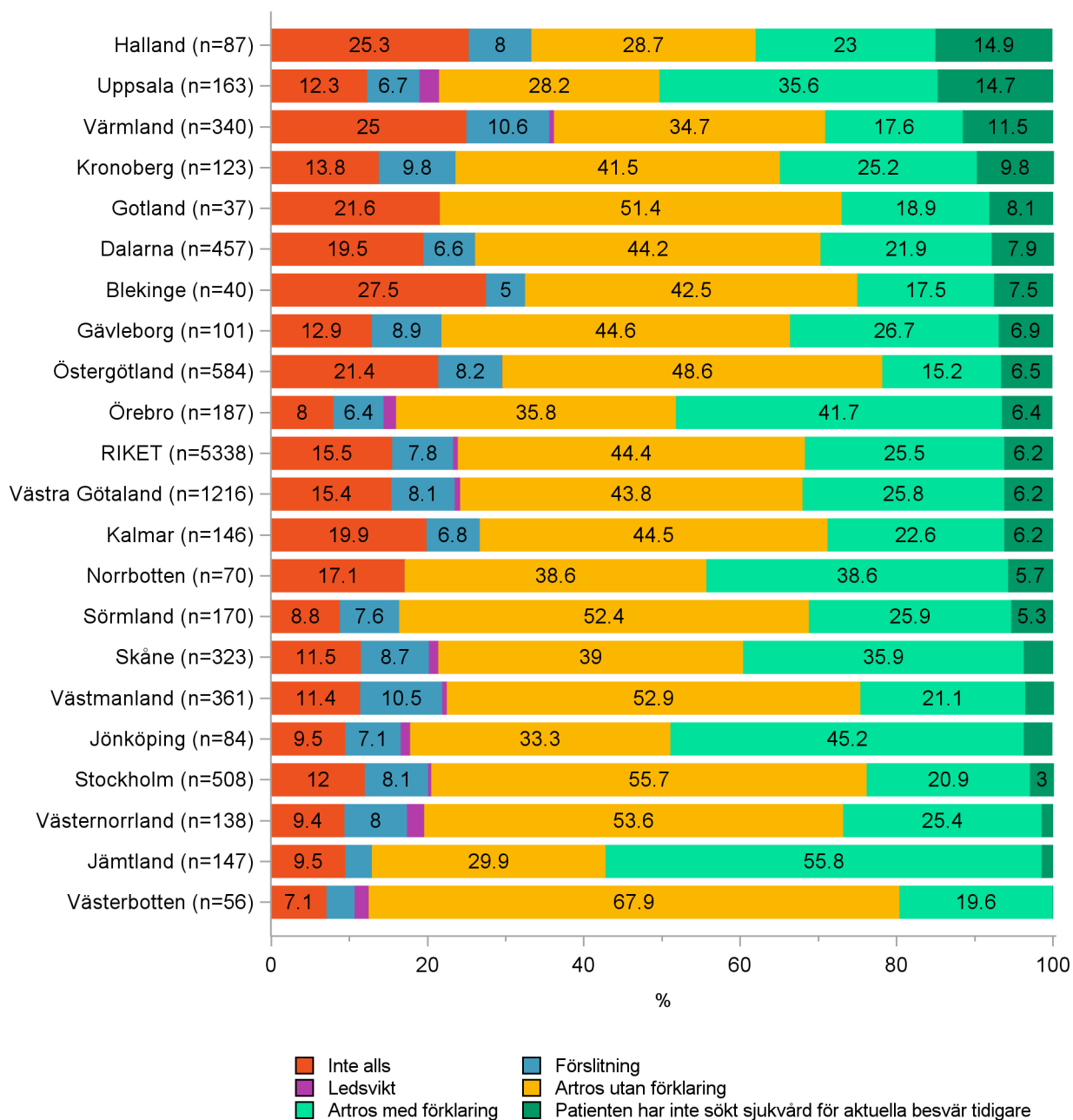
Figur 31. Hand. Fördelning av BMI kg/m², 2017



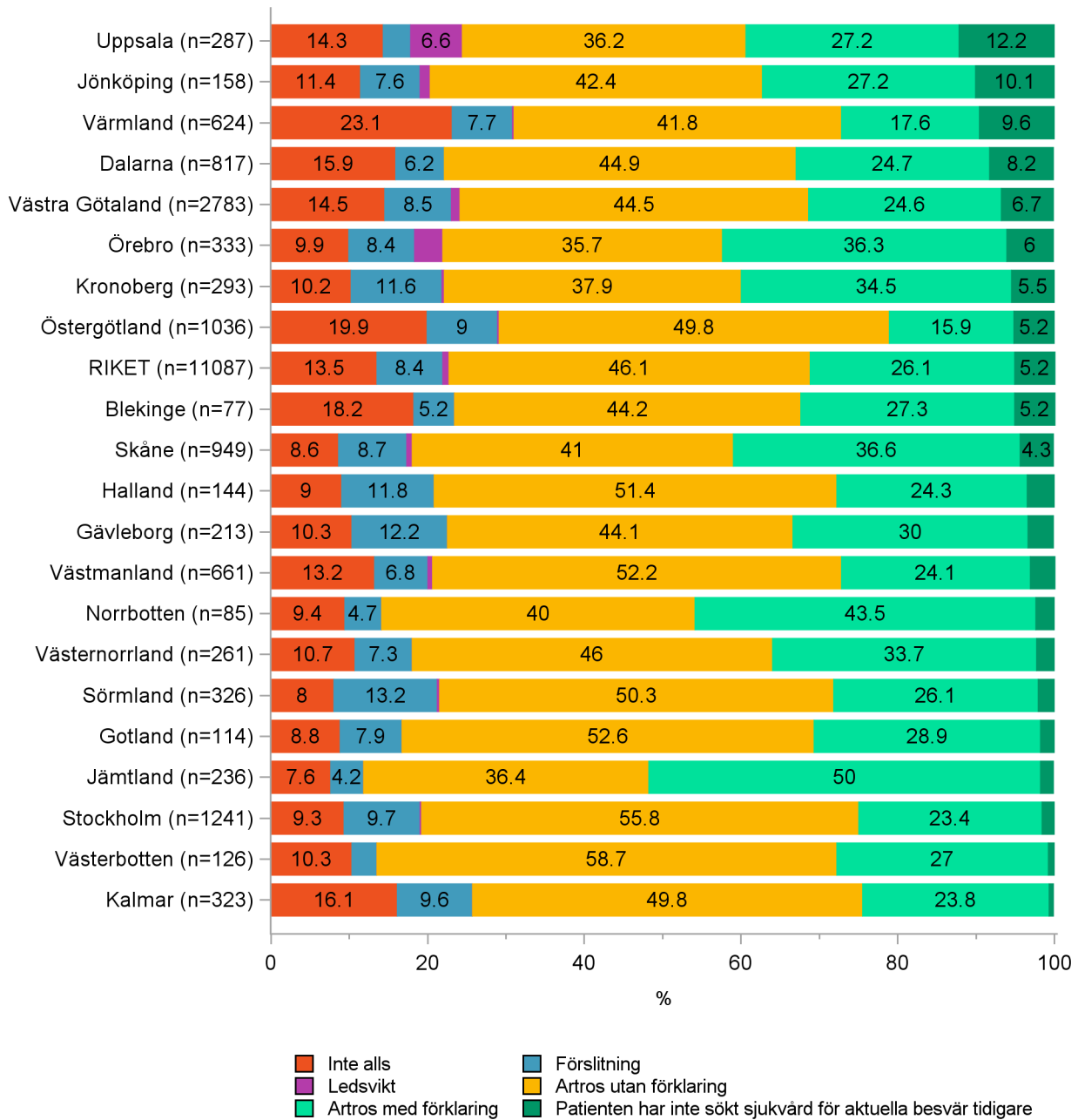
Figur 32. Rökvanor vid första registreringen, 2017



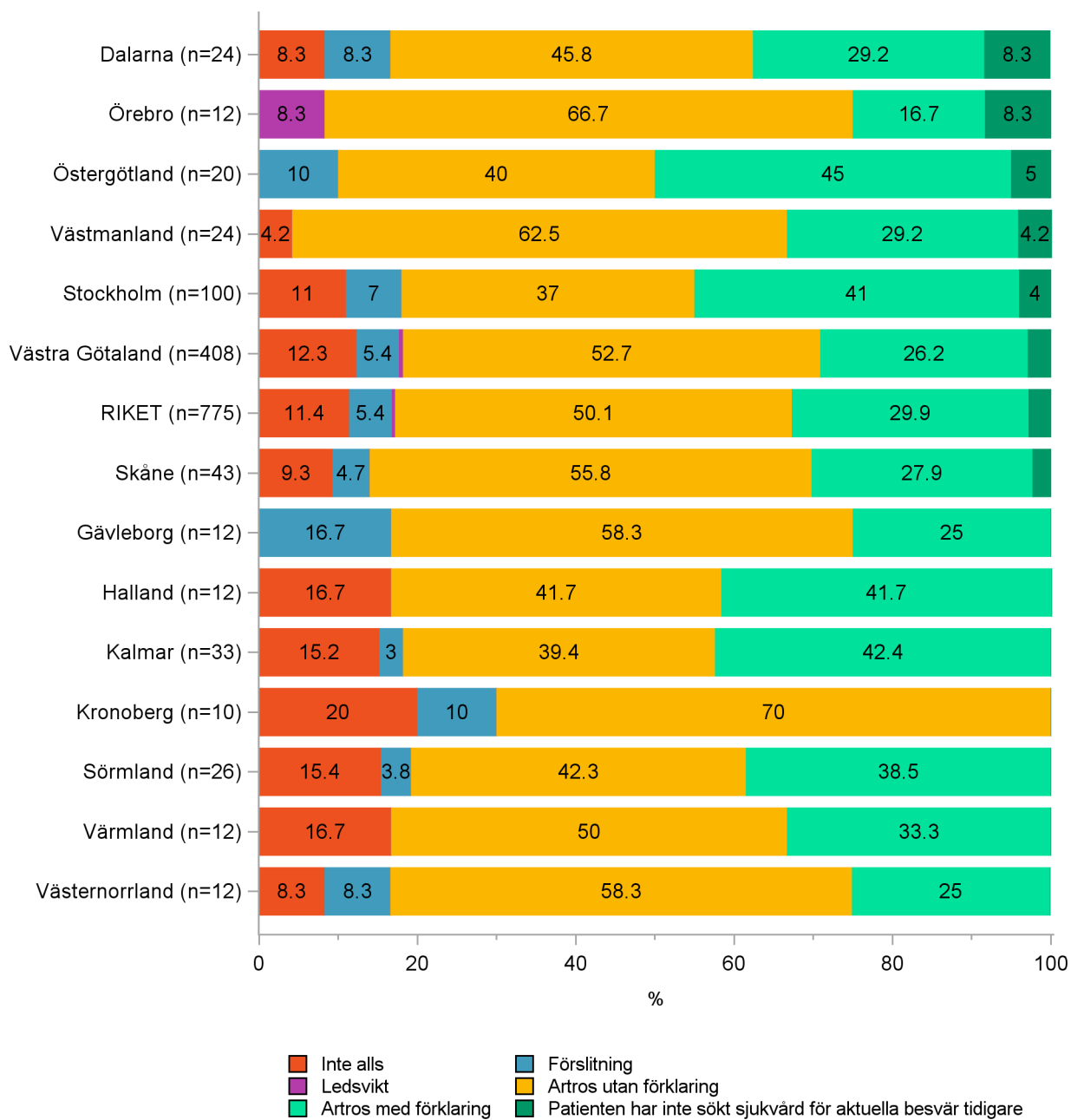
Figur 33. Höft. Hur har besvren förklarats för personen på landstingsnivå, 2017



Figur 34. Knä. Hur har besvären förklarats för personen på landstingsnivå, 2017



Figur 35.Hand. Hur har besvären förklarats för personen på landstingsnivå, 2017



Tabell 12. Deskriptiva karakteristika för de som inom ett år blivit opererade och övriga

	Ålder Medelvärde (SD)	BMI Medelvärde (SD)	Män Antal, %	Kvinnor antal, %	Höft antal, %	Knä antal, %	Hand antal, %
Opererade	67,1 (9,9)	28,3 (4,7)	48 (34,5)	91 (65,5)	77 (56,6)	58 (42,6)	1 (0,7)
Ej opererade	66,6 (9,7)	28,1 (4,9)	5 852 (32,5)	12 152 (67,5)	5 299 (30,9)	11 078 (64,6)	778 (4,5)

Tabell 13. Ålder, BMI, andel mest besvär från höft, hand och unilaterala besvär för män och kvinnor

	Kvinna	Man
Antal	24 892	11 874
BMI medel	28,0	28,2
Charnley A, %	40,7	47,4
Hand, %	5,8	2,5
Höft, %	30,8	32,0
Knä, %	63,3	65,5
Medelålder	66,3	67,1

Tabell 14. Jämförelse mellan män och kvinnor vid första besök, tre månader och tolv månader

	Höft						Knä					
	Män			Kvinnor			Män			Kvinnor		
	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån
EQ5D	0,64	0,7	0,65	0,64	0,7	0,65	0,66	0,73	0,69	0,65	0,72	0,7
Rörelserädsla, %	18,8	7	11,9	11,1	3,7	5,5	21,6	7,7	13	14,1	4,7	6,6
Använder artrosin- formationen varje vecka, %		97	85,4		98	90,3		96,4	85		97,8	90,1
Avbrutit, %		9	16,5		7,5	13,3		9,9	16,1		7,9	13
Opererad, %		11	31,4		9,3	25,3		10,8	21,6		8,5	17,4
Vill opereras, %	27,4	20	32,9	16,4	12,8	23,7	26,9	16,7	25,4	16	10,8	16,5
Otillräckligt fysiskt aktiv, %	29,9	22	30,2	28	22,3	27,6	29,6	20,8	27,2	29,6	21,4	26,4

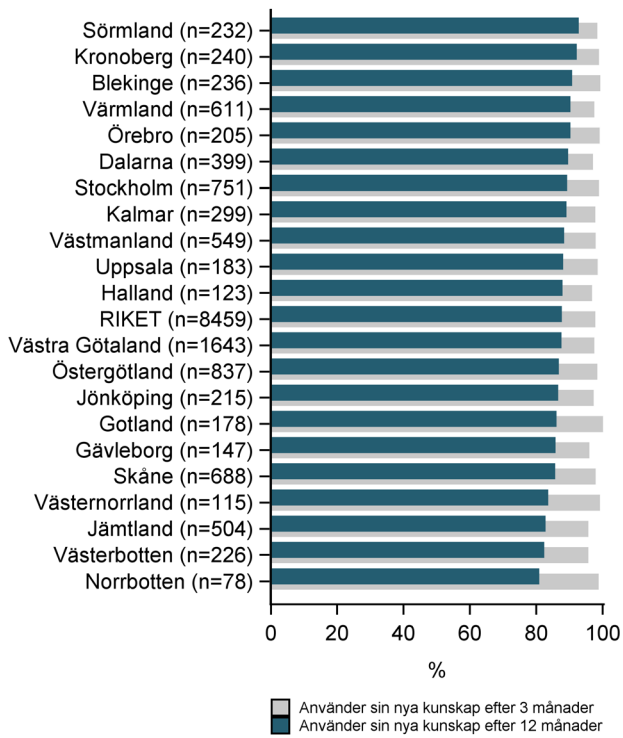
Följsamhet till intervention

Nedan följer statistik som visar hur väl regionerna klarar att hålla följsamhet till interventionen, uppföljningsgrad och hur många personer som erbjuds och deltar i träning.

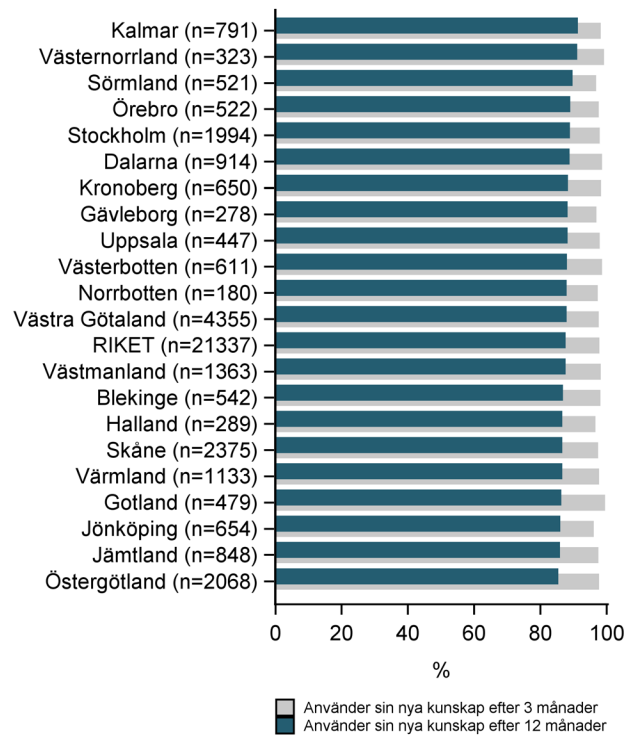
Omhändertagandet av personer med artros skiljer sig åt i landet och i de regioner där man i större utsträckning har etablerat rutiner för både vårdkedjan för dessa personer och för registrering i registret kan vi se att resultat på processnivå påverkats i större utsträckning.

I regioner med stort inflöde av patienter är bortfallet något större vilket är naturligt när det gäller en insats inom primärvårdsrehabilitering. I årsrapporten finns alltid en viss eftersläpning av data då den bygger på ett dataset från Januari 2017. För en mer rättvisande bild av bortfall för senaste året hänvisas till boa.registercentrum.se.

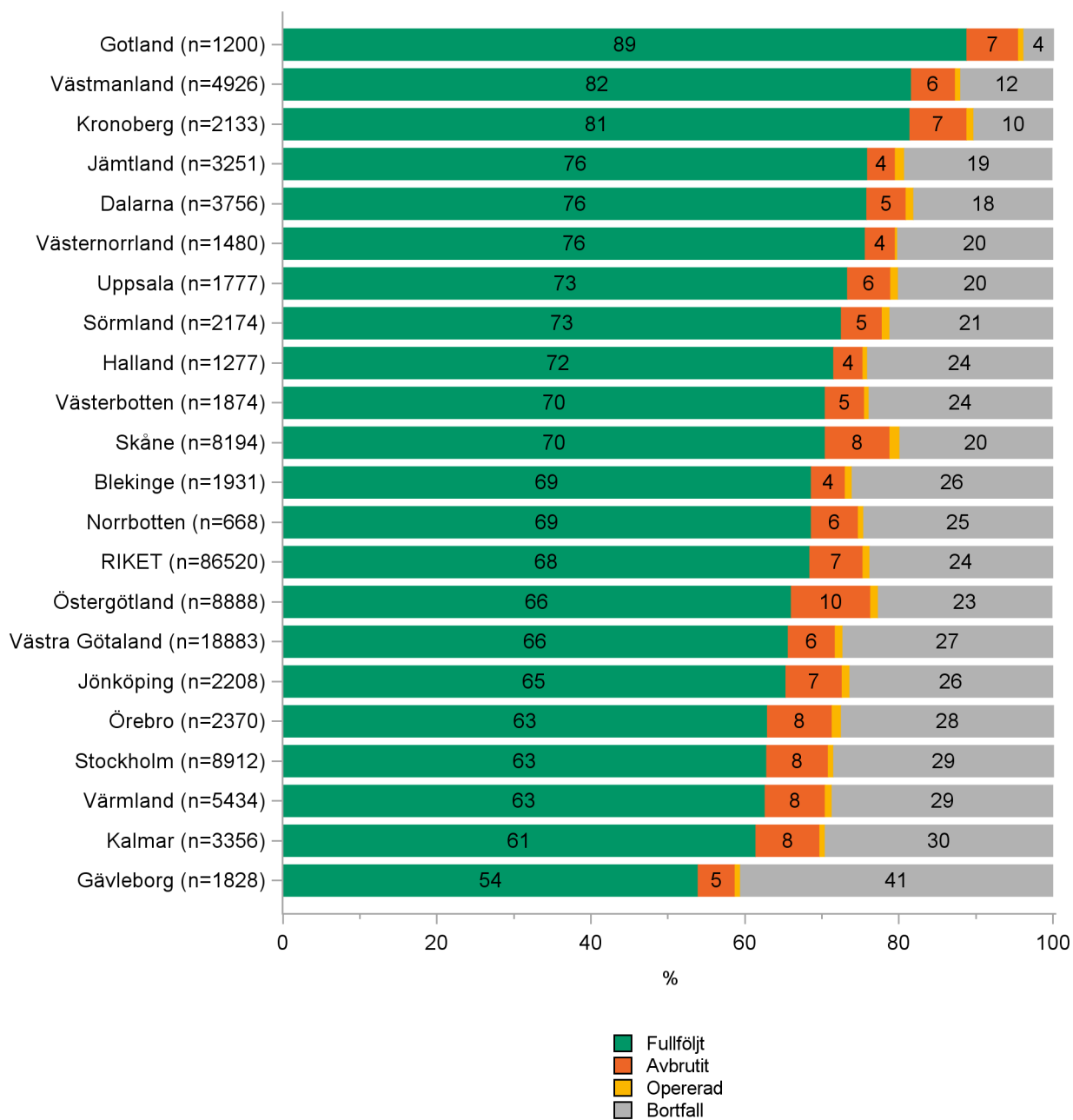
Figur 36. Höft. Andel personer som använder det de lärt sig minst varje vecka per landsting (2008–2017)



Figur 37. Knä. Andel personer som använder det de lärt sig minst varje vecka per landsting (2008–2017)



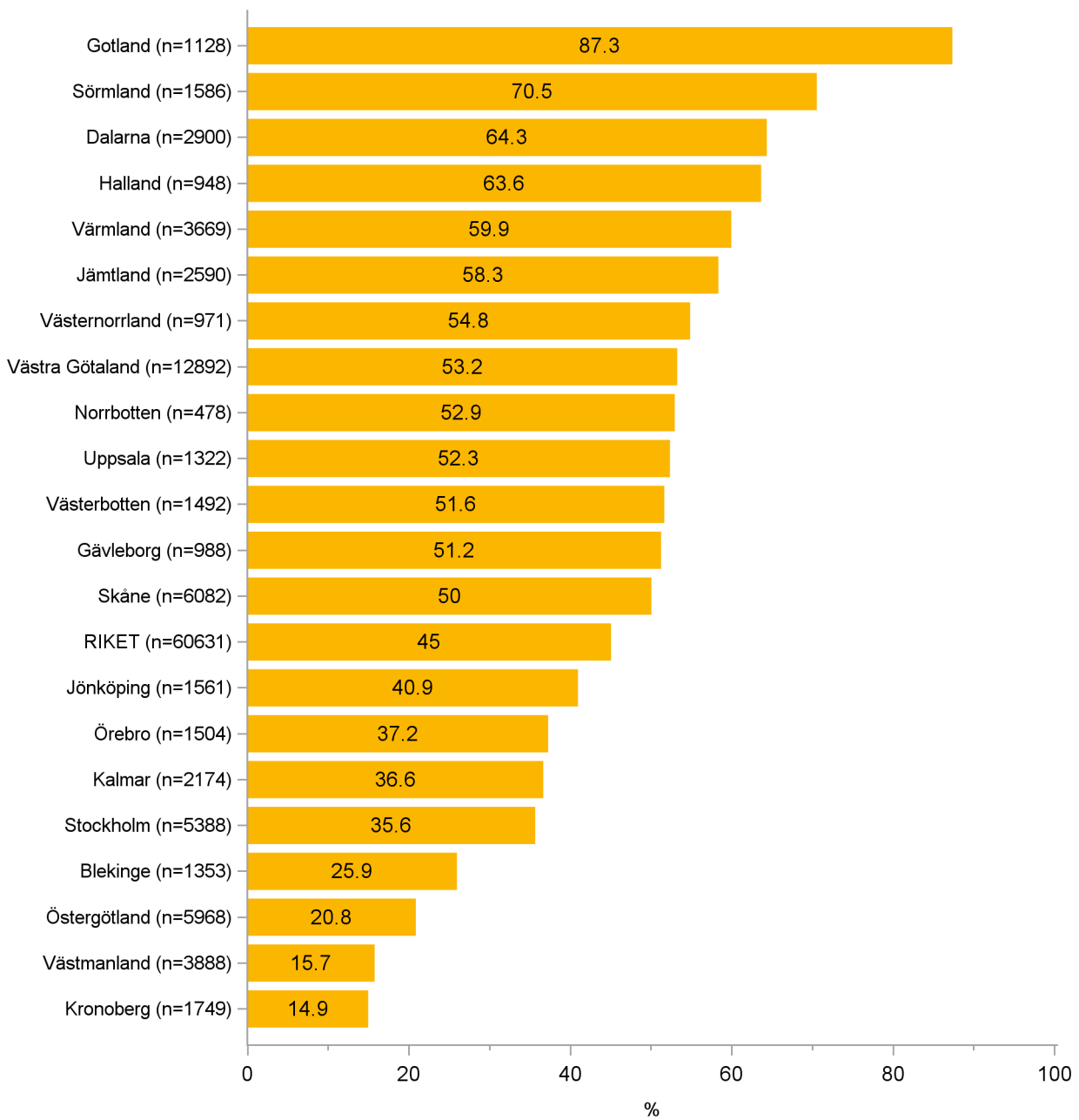
Figur 38. Andel som följs upp efter tre månader



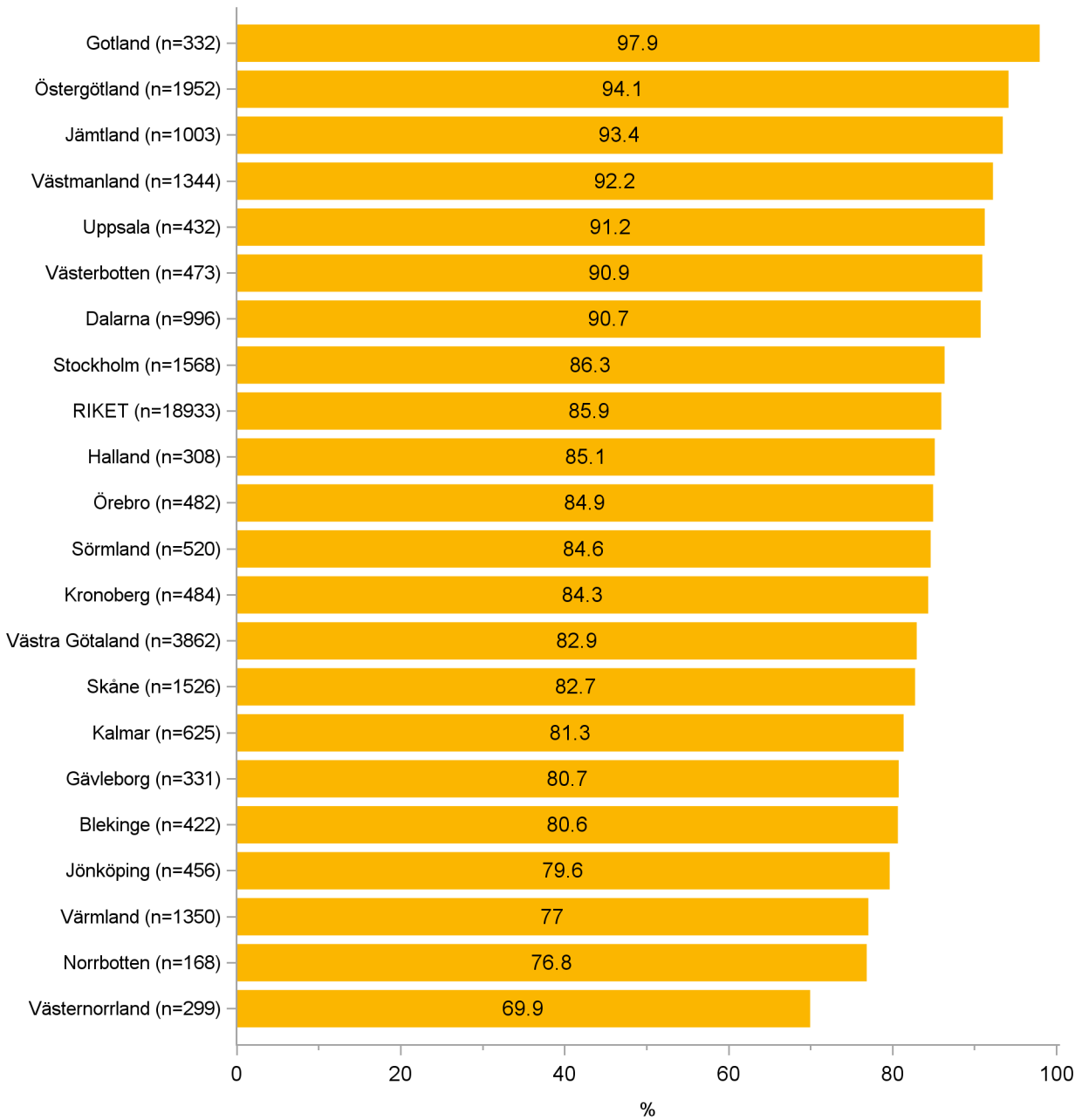
Tabell 15. Personer som inte följts upp 2011-2017

Landsting	Andel bortfall, % 2008–2010	Andel bortfall, % 2011	Andel bortfall, % 2012	Andel bortfall, % 2013	Andel bortfall, % 2014	Andel bortfall, % 2015	Andel bortfall, % 2016	Andel bortfall, % 2017
Blekinge	11	34	26	33	38	23	16	0
Dalarna		26	15	18	17	21	23	16
Gotland	0	1	4	5	9	4	3	0
Gävleborg	33	58	58	45	47	42	40	31
Halland		28	11	20	13	37	27	24
Jämtland		57	20	24	23	22	13	13
Jönköping		0	32	29	31	29	24	34
Kalmar	27	38	45	32	25	30	30	38
Kronoberg	100	5	6	15	11	14	8	12
Norrbottnen	13	33	15	14	19	35	33	35
Skåne	27	14	19	21	22	20	23	27
Stockholm	0	42	27	28	29	32	33	38
Sörmland			25	43	22	26	19	23
Uppsala		40	24	22	16	23	23	19
Värmland	38	29	34	40	27	28	27	28
Västerbotten	6	32	27	21	25	13	17	6
Västmanland		0	5	10	12	12	29	32
Västra Götaland	16	25	26	28	29	35	31	27
Örebro		26	31	31	31	35	26	35
Östergötland	33	29	29	30	22	23	24	26
Riket	23	26	25	26	24	27	26	26

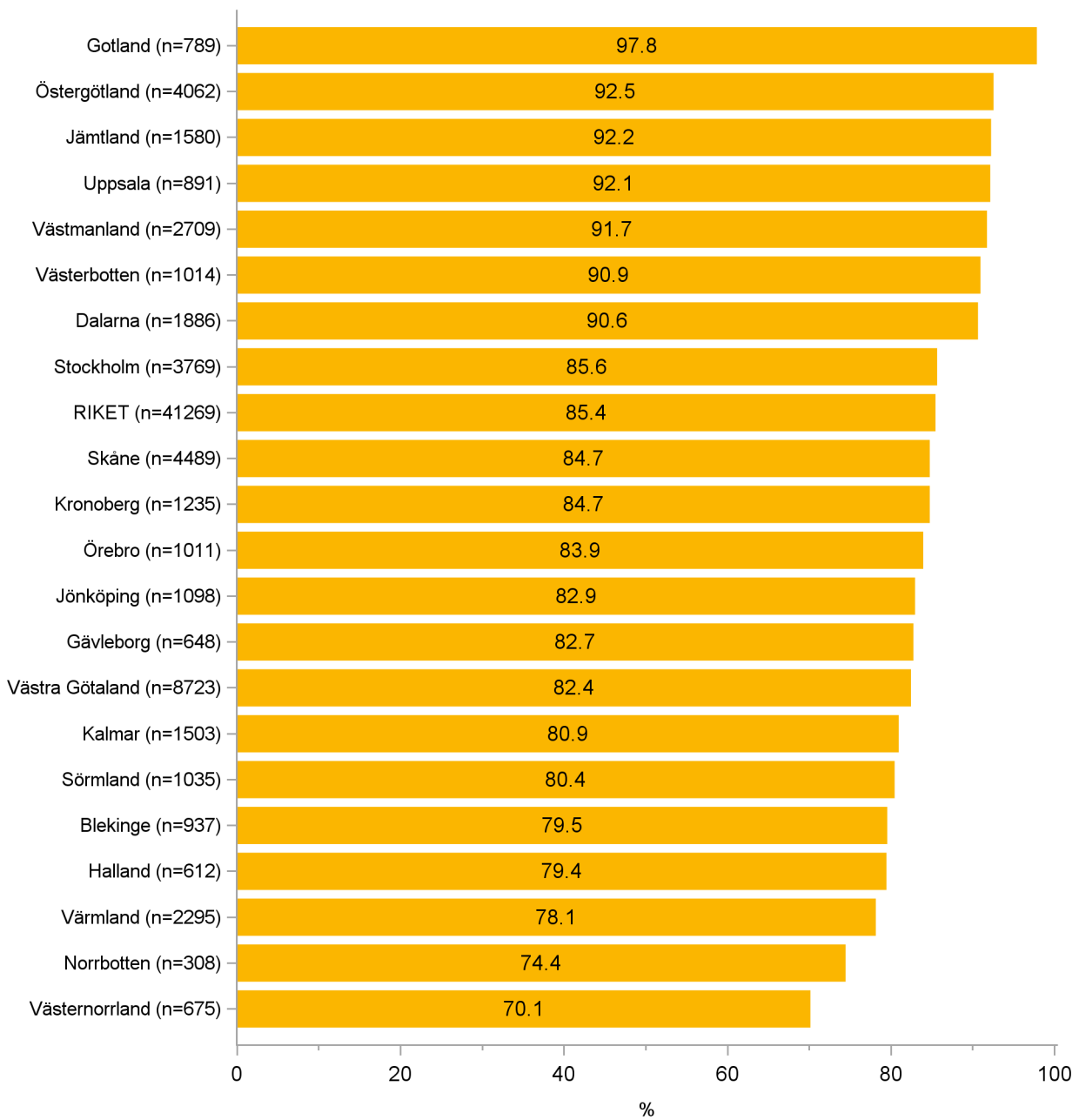
Figur 39. Andel som deltagit vid tillfälle med artrosombud på landstingsnivå 2008–2017



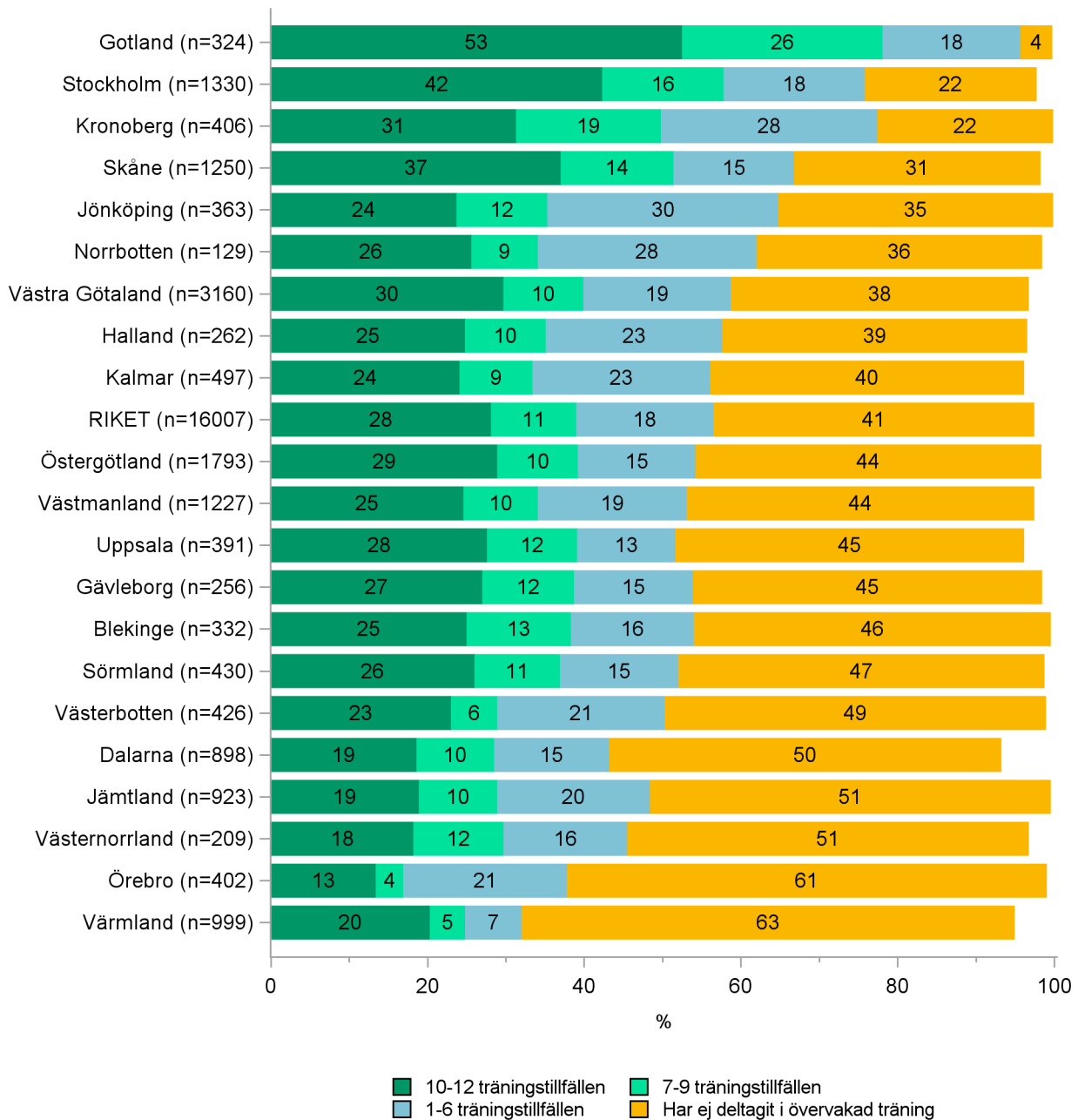
Figur 40.Höft. Andel som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2017)



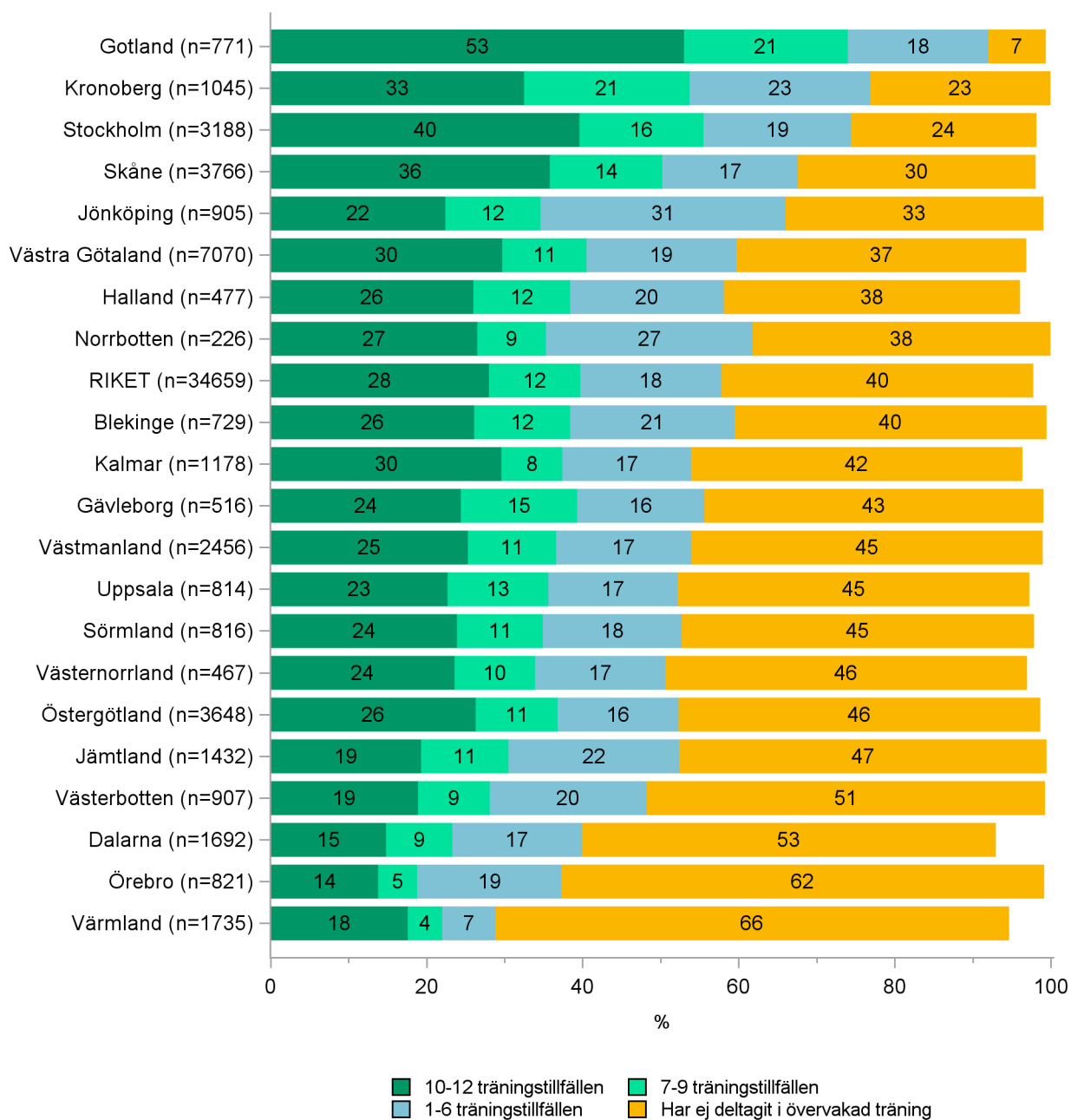
Figur 41. Knä. Andel som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2017)



Figur 42. Höft. Andel som deltagit i övervakad träning av de som varit på individuell genomgång per landsting (2008–2017)



Figur 43.Knä. Andel som deltagit i övervakad träning av de som varit på individuell genomgång per landsting (2008–2017)



Deltagande och rapportering

BOA-registret innefattade i slutet av 2017 94 000 individer med artros i höft, knä eller hand. Antalet som inkluderades under 2017 var 18 300. Antalet enheter som rapporterat till registret under 2017 var 465 av 540 enheter som enligt de uppgifter som finns tillgängliga erbjuder behandlingen. Detta ger en anslutningsgrad på 86 %.

BOA-registret är ett interventionsregister och registrerar personer som har genomgått en strukturerad grundbehandling (information och träning) efter att ha fått diagnos artros i höft, knä eller hand vid besök hos en arbetsterapeut eller fysioterapeut. Grundbehandlingen har på gruppnivå bäst evidens vid lätt till måttlig artros.

Alla som registreras fyller i ett formulär vid första besök, efter tre månader och efter ett år. Även behandlande personal fyller i formulär vid första besök och efter tre månader. Bortfallet är på riksnivå 25 %, detta är en rimlig siffra för en behandling i primärvårdsrehabilitering. Andelen missing data är låg för varje enskild fråga och datakvaliteten säkras genom att omöjliga värden i inmatningen. Då den största delen av registret bygger på patientrapporterade mått behöver resultatet tolkas med försiktighet gällande till exempel BMI och fysisk aktivitet. Valideringar genomförs regelbundet och valideringsstudier är i planeringsstadiet.

För att ha en bra täckningsgrad krävs att alla enheter som erbjuder strukturerad grundbehandling rapporterar alla personer med artros och utan något uppfyllt exklusionskriterie till registret. Det finns idag inget system som kontrollerar vilken typ av behandlingar som genomförs på enheterna. Besök registreras inte regelmässigt i några vårddatabaser. Det är därför mycket svårt, för att inte säga omöjligt, att få en rimlig siffra för täckningsgrad på individnivå. Det närmaste vi

kan komma en sanningsenlig täckningsgrad är att räkna på de uppgifter vi får från våra regionala kontaktpersoner. Beräkningen har gjorts på antal enheter som bedriver strukturerad grundbehandling i regionerna, enheternas uppskattning kring antalet artroskolor/år samt antalet deltagare på varje artrosskoleomgång. Med denna beräkning hade BOA-registret en täckningsgrad på 72 % år 2017.

Under våren 2018 genomfördes ett pilotprojekt med ett antal enheter i Västra Götalandsregionen för systemet ”Primärvårds Kvalitet” inom rehabilitering”. Med hjälp av detta system och fortsatt spridning och implementering av KVÅ-koden GB020 kommer det i framtiden att bli möjligt att mer exakt kunna uppskatta täckningsgraden.

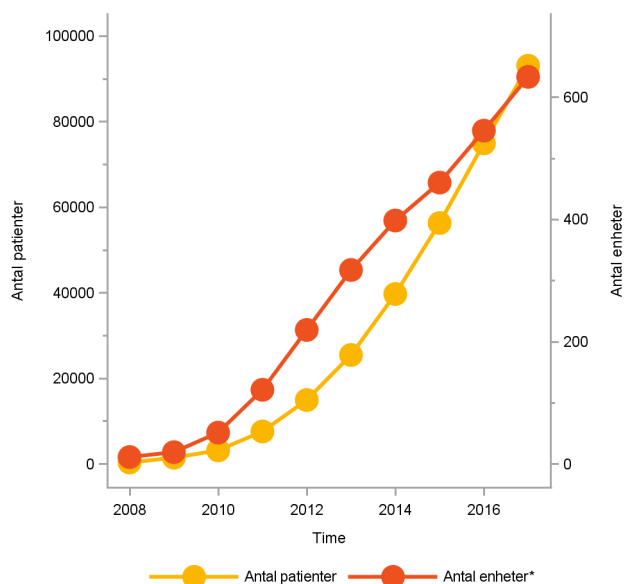
Artrosprevalensen i Sverige beräknas vara runt en miljon människor. Underdiagnostiseringen är sannolikt stor då många inte får sin diagnos förrän artrosen syns på röntgen. Fortfarande hänvisas inte personer med artros till arbetsterapeut eller fysioterapeut i första hand, utan drygt 90 % har träffat annan vårdpersonal innan första besöket som registreras i BOA-registret. Många söker heller inte vård för sina besvär förrän långt in i förloppet, när en strukturerad grundbehandling kan ha svårare att ge effekt.

Målet är att öka täckningsgraden till 85 % inom en tvåårsperiod. Planen är att se över vilka variabler vi mäter och att fortsätta arbetet med direktöverföring från journal. I takt med ökad digitaliserad inmatning och möjligheter att genomgå en strukturerad grundbehandling via internetbaserade stöd och behandlingsplattformar, är förhoppningen att både täckningsgrad och andelen personer med lätt till måttlig artros som genomgår grundbehandling ska öka.

Tabell 16. Antal personer som registrerats för ett första besök per landsting

Landsting	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal Totalt
Stockholm	15	102	449	1 181	1 764	1 864	2 221	2 067	9 663
Uppsala	0	39	114	250	268	333	439	476	1 919
Sörmland	0	0	44	103	428	571	667	547	2 360
Östergötland	108	765	1 315	1 151	1 292	1 458	1 710	1 683	9 482
Jönköping	0	10	256	427	474	466	404	266	2 303
Kronoberg	1	131	116	301	360	505	385	446	2 245
Kalmar	186	333	321	359	490	695	614	507	3 505
Gotland	30	93	156	219	204	203	195	156	1 256
Blekinge	37	266	350	380	336	250	239	121	1 979
Skåne	834	965	1 091	1 154	1 053	1 023	1 207	1 358	8 685
Halland	0	74	171	134	161	327	247	278	1 392
Västra Götaland	961	472	1 044	2 031	3 085	3 767	4 601	4 631	20 592
Värmland	538	372	583	666	648	887	1 116	991	5 801
Örebro	0	72	55	212	511	567	623	579	2 619
Västmanland	0	31	49	316	1 293	1 340	1 193	1 120	5 342
Dalarna	0	24	173	294	560	669	1 124	1 355	4 199
Gävleborg	18	154	144	171	190	482	439	362	1 960
Västernorrland	0	44	73	105	201	365	423	413	1 624
Jämtland	0	7	577	687	651	563	506	387	3 378
Västerbotten	391	407	190	290	190	144	154	223	1 989
Norrbottnen	16	58	77	94	86	116	116	177	740
RIKET	3 135	4 419	7 348	10 525	14 245	16 595	18 623	18 143	93 033

Figur 44. Kumulativt antal unika personer och enheter



Forskning

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

Styrgrupp och kontaktpersoner

BOA-registrets styrgrupp

Kristin Wetterling t f Registerhållare
Sjukgymnast
Registercentrum Västra Götaland Göteborg

Maria Klässbo
Fysioterapeut, doktor i medicinsk vetenskap
Centrum för klinisk forskning
Landstinget i Värmland
Säffle

Lillemor Nyberg
Läkare, medicine doktor
Karolina Vårdcentral
Karlskoga

Thérèse Jönsson
Fysioterapeut, doktorand
Ortopedkliniken
Skånes Universitetssjukhus
Malmö

Pernilla Chowdary
Arbetssterapeut

Ritva Elg, Patientrepresentant, Reumatikerförbundet
Stockholm

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

Kontaktpersoner

Blekinge
Tobias Arveteg, tobias.arveteg@ltblekinge.se
Stefan Andersson, stefan-b.andersson@ltblekinge.se

Dalarna
Renee Carlberg, renee.carlberg@ltdalarna.se

Gotland
Gittan Wegelius, gittan.wegelius@gotland.se

Gävleborg
Marit Hedström, marit.hedstrom@regiongavleborg.se

Halland
Vakant

Jämtland/Härjedalen
Märit Petersson, marit.petersson@regionjh.se

Jönköping
Irene Tengberg Herrstedt, irene.tengberg.herrstedt@rjl.se

Kalmar
Ulrika Bokén, ulrika.boken@ltkalmar.se

Kronoberg
Maria Jönsson, maria.jonsson@kronoberg.se

Norrbottn
Vakant

Skåne
Karin Åkesson, karin.akesson@skane.se
Anita Olsson, anita.a.olsson@skane.se

Stockholm
Pernilla Svensson, pernilla.svensson@feelgood.se

Sörmland
Anja Lahti, anja.lahti@dll.se

Uppsala
Kerstin Ahlqvist, kerstin.ahlqvist@lul.se

Värmland
Morten Thorup, morten.thorup@liv.se

Västerbotten
Vakant

Västernorrland
Kerstin Fraenell, kerstin.fraenell@lvn.se

Västmanland
Helena Lagerlöf, helena.lagerlof@regionvastmanland.se

Västra Götaland
Vakant

Örebro
Marie Hamping, marie.ekelius-hamping@regionorebrolan.se

Östergötland
Karin Vind, karin.vind@regionostergotland.se

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

www.boaregistret.se