

BOA | BÄTTRE OMHÄNDERTAGANDE AV PATIENTER MED ARTROS

Årsrapport 2018



Välkommen att ta del av BOA-registrets årsrapport

Detta är den nionde årsrapporten för BOA-registret och det nionde året för BOA som nationellt kvalitetsregister. Vi har glädjen att meddela att BOA-registret har höjts från certifieringsnivå 3 till 2 av Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister. Detta visar att BOA kontinuerligt förbättras och anses hålla god kvalitet.

BOA-registret syftar främst till att patienter som har artros ska få optimal grundbehandling. Registret ska mäta vårdkvalitet, patientrapporterat utfall och serva verksamheter med relevant information som hjälper dem att uppfylla målet om optimal grundbehandling. Patienter med artros erbjuds grundbehandling av fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom primärvård.

Data från BOA-registret påvisar 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 förbättring av det kliniska arbetet.

Årsrapporten 2018 kommer att finnas tillgänglig på hemsidan, boa.registercentrum.se, men den kommer inte att tryckas och distribueras. Läsarundersökningar har visat att årsrapporten läses av få, medan vår statistikportal med realtidsdata på enhetsnivå är frekvent besökt med runt 1000 sidvisningar per månad. Vi fortsätter med att lägga resurser på att utveckla statistikportalen och underlätta administrationen kring registreringen.

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 till alla er som under det gångna året arbetat med att samla in data, utbildat patienter och bidragit 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:

Gunilla Limbäck Svensson, registerhållare, gunilla.limbäck_svensson@vgregion.se

Allan Abbott, biträdande registerhållare, allan.abbott@liu.se

Kristin Wetterling, styrgruppsledamot och tillförordnad registerhållare under 2018

Statistiker: Ludwig Andersson

Omslagsfoto: Signe Svensson

Produktionsår: 2019

Aktuella uppgifter över vilka som är medlemmar av BOA:s styrgrupp finns sist i årsrapporten.

Innehållsförteckning

Nyheter i BOA 2018 och 2019	4
BOA i framtiden	7
Forskning	9
Registrering i BOA	12
Patientkaraktäristika i BOA	15
Kvalitetsindikatorer för vårdprocesser.....	25
Indikatorer för vårdkvalitet	37
Styrgrupp.....	51

Nyheter i BOA 2018 och 2019

Under en längre tid har förändringar i BOA-registret planerats och förberetts. Från maj 2019 kan all grundbehandling vid artros, som genomförs enligt Socialstyrelsens riktlinjer, registreras i BOA-registret. Syftet är att vi ska kunna följa fler patienter i BOA, och inte bara de som genomgått regelrätt artrosskola. Men behandlingspyramiden gäller fortfarande i allra högsta grad.



I BOA registreras patienter som genomgått grundbehandling vid artros, det vill säga utbildning, träning och viktkontroll.

Nya BOA-registret

Det nya är att man kan registrera behandling med större individuell anpassning av både utbildning och träning efter den enskilda patientens önskemål. Syftet med individuell anpassning är att öka patientens motivation till att genomföra de livsstilsförändringar som behövs för att behandlingen ska ge god effekt. Utbildningen kan genomföras i grupp (det vill säga genom sedvanlig artrosskola), men det kan även ske individuellt. Träningen kan ske i grupp eller enskilt efter individuell träningsgenomgång. Det går nu också att registrera behandling som ges digitalt. Det gäller såväl utbildningen som träningsinstruktioner. Digitala artrosskolor är på väg att starta inom några regioner och det finns även privata alternativ.

Det är nu extra viktigt att du som fysioterapeut eller arbetsterapeut noga anger hur utbildning och träning har skett i frågeformuläret efter 3 månader, så att det framgår hur patienterna fått sin utbildning och träning; individuellt, i grupp eller digitalt.

BOA-registret vill förbättra artrosvården genom att registrera evidensbaserad grundbehandling av artros som administreras på olika sätt det vill säga i grupp, individuellt eller digitalt. På längre sikt hoppas vi kunna utvärdera vilken typ av grundbehandling som passar bäst för vilken person.

Förändringar av uppföljningsformulär för fysioterapeuter och arbetsterapeuter

För att vi ska kunna utveckla artrosvården och kunna utvärdera olika typer av grundbehandling vid artros, så är det oerhört viktigt att fysioterapeuter och arbetsterapeuter fyller i vilken behandling patienten har fått vid tremånadersuppföljningen. Om dessa formulär inte fylls i så blir det omöjligt att utvärdera och jämföra olika typer av behandling.

Det tidigare praxisformuläret, där varje enhet skulle beskriva hur den arbetade med artrosskolan, är borttaget för att vi istället ska kunna spegla mer individbaserad behandling.

Hur kan vi förbättra ettårsuppföljningen?

År 2017 introducerades en ny rutin för ettårsuppföljningen som innebär att den behandlande mottagningen har ett ökat ansvar för att ettårsuppföljningen görs. År 2017 gick denna förändring väldigt fort och mottagningarna blev inte tillräckligt informerade. Detta har lett till ett tapp i ettårsuppföljningar för personer som registrerats för ett första besök under 2017. Under 2018 ser vi att ettårsuppföljningarna blir fler men inte når samma höga nivå som tidigare.

För de patienter som lämnat en giltig e-postadress sköter systemet allt som gäller ettårsformuläret automatiskt. Patienten får ett e-mail med en länk till frågeformuläret och de får en påminnelse om det behövs. Mottagningen behöver inte göra någonting. Det är bara när det inte finns en giltig e-postadress som mottagningen måste agera. Då ska enheten skicka ett brev med PIN-kod till patienten. Instruktioner för hur det här går till finns på BOA:s hemsida. Gå till *Stöd för vårdpersonal* och sidan *Så ser du till att patienter följs upp*. I undantagsfall kan patienten besvara ettårsformuläret på papper. Då får din mottagning skicka formuläret till patienten tillsammans med ett svarskuvert. Sedan får ni mata in svaren i registret.

Hur kan vi hjälpas åt att förbättra processen för att öka antalet inkomna ettårsformulär? Om ni har förslag så är vi tacksamma om ni kontaktar registerhållarna. Vi arbetar kontinuerligt på att öka uppföljningsgraden och säkra datakvalitet.

Kraven på att gå specifik utbildning för att få registrera i BOA är borttagna

I december 2018 genomfördes den sista artrosskoleutbildningen för fysioterapeuter och arbetsterapeuter i BOA:s regi. Kunskap om artros och om grundbehandling vid artros kan inhämtas på flera sätt, en del i böcker och vetenskapliga artiklar. Nationellt kliniskt kunskapsstöd om artros är en bra källa: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/Artros> Vi tror också att andra aktörer kommer att fortsätta med utbildning av fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Bland annat planerar Reumatikerförbundet att starta en utbildning.

BOA kommer att anordna en utbildningsdag med rubriken *Utveckla artrosbehandling via BOA-registret – idag och i framtiden* under konferensen Fysioterapi 2019 den 25 oktober på Stockholm Waterfront Congress Centre. Anmälan görs via Fysioterapeuternas hemsida <https://eventdobby.com/fysioterapi2019/>

Utbildning i registerkunskap och användande av statistikportalen

BOA kommer fortsätta att på olika sätt utbilda i registerkunskap via kontaktpersonträffar och liknande. Vid önskemål om registerutbildning hör av er till registret, så kan vi försöka skapa registerutbildningar utifrån era behov.

Se hur ni ligger till i BOA:s statistikportal

I statistikportalen på BOA:s hemsida kan du hitta din egen enhet och se hur det går för era patienter. Du kan jämföra era data med hela riket eller inom regionen. Du kan klicka på *Jämför med liknande enheter* och då se hur er enhet ligger till i förhållande till andra enheter med liknande patientsammansättning gällande ålder, kön, besvär från tre eller flera leder, gångsvårigheter och andelen som står på väntelista till operation. Lägg lite tid på att titta på era data. Det kan löna sig.

Använd era data

Använd era data på så många vis som möjligt. Med hjälp av statistikportalen på hemsidan kan ni utveckla vården på er enhet och driva ett systematiskt förbättringsarbete. På hemsidan [kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se) finns information om hur man kan bedriva förbättringsarbete med hjälp av kvalitetsregisterdata. Gå till <http://www.kvalitetsregister.se/forbattravarden.67.html>

BOA har höjts till certifieringsnivå 2

Glädjande nog har BOA-registret höjts från certifieringsnivå 3 till 2 av Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister inför 2019. Detta var tack vare det goda arbete som utförts med artrosskolor och registreringar i BOA på enheter runt om i landet, i kombination med det arbete som styrgruppen och tillförordnade registerhållare Kristin Wetterling genomfört under tidigare år.

Ny registerhållare och biträdande registerhållare

Efter en rekryteringsprocess under 2018 tillträdde Gunilla Limbäck Svensson uppdraget som registerhållare och Allan Abbott som biträdande registerhållare i januari 2019.



Gunilla Limbäck Svensson arbetar 60 % som registerhållare på BOA-registret och som överfysioterapeut på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Gunilla har arbetat kliniskt som fysioterapeut i över 30 år inom såväl primärvård som sjukhusvård i olika delar av Sverige. I april 2013 disputerade Gunilla med en avhandling som utvärderade strukturerad fysioterapi respektive kirurgisk behandling av patienter med lumbala diskbräck.



Allan Abbott arbetar 40 % som biträdande registerhållare på BOA-registret. Han är anställd på Linköpings universitet som biträdande professor med utbildnings- och forskningsuppdrag samt arbetar 20 % kliniskt på ortopedkliniken vid Linköpings Universitetssjukhus. Allan är fysioterapeut och fysiolog med mastersexamen från Australien och 20 års klinisk erfarenhet. Han disputerade 2010 och blev docent 2016. Allans forskning är inriktad på prevention, diagnostik och behandling av rörelseorganens sjukdomar.

BOA i framtiden

BOA har lyckats bra med att implementera artrosskola genom att hålla utbildningar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter runt om i Sverige. Artrosskola är ett välkänt begrepp och en väl implementerad behandlingsstrategi. Nu kommer nästa steg som innebär att:

- Sänka medelåldern i BOA. Det vill säga att personer mycket tidigare ska få tillgång till grundbehandling mot artros och därmed förbättrad livskvalitet.
- Att vårdpersonal ska få ökad medvetenhet om att artros inte syns på röntgen i tidigt skede.
- Mera forskning för att utröna hur artrosbehandling ska bedrivas optimalt.

Samarbete med rörelseorganens register

Samarbete med övriga nationella kvalitetsregister som registrerar patienter med besvär från rörelseorganen pågår. Sammanlagt finns det tretton sådana register. Det är endast BOA som är knutet till primärvården och har över 450 registrerande enheter. De andra har cirka 50 enheter i medeltal. Registren är alltså väldigt olika, med olika svårigheter och styrkor. Närmast samarbete har BOA i nuläget med Svenska Höftprotesregistret och Svenska Knäprotesregistret.

BOA:s administration förändras

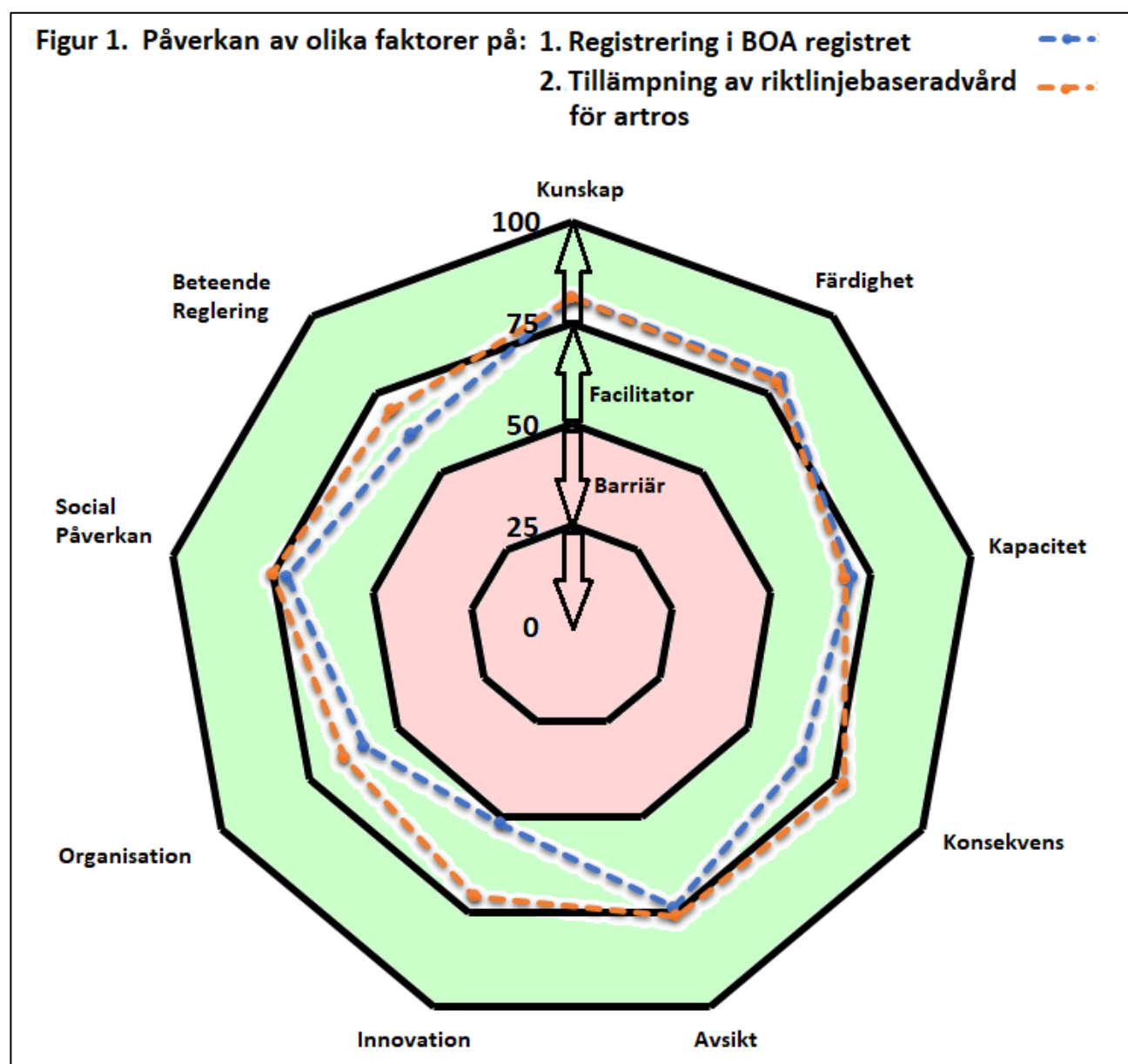
Hantering av patientformulär sker allt mer digitalt. En stor del av den tid som tidigare lagts på att registrera pappersformulär in i dataregistret har sparats in. Administrationen runt utbildningen av fysioterapeuter och arbetsterapeuter har också försvunnit. Därmed sker personalminskningar på registret.

Återkoppling från möte med användare och kontaktpersoner

Den 20 maj 2019 anordnades ett användar- och kontaktpersonsmötet i Stockholm. Sjuttio personer deltog. Ett frågeformulär delades ut och sextio deltagare besvarade det. Syftet med formuläret var att undersöka hur registreringen i BOA och tillämpningen av grundbehandling vid artros påverkas av olika faktorer. Deltagarna fick skatta hur kunskap, färdighet, kapacitet, konsekvens, avsikt, innovation, organisation, social påverkan och beteendereglering påverkar tillämpning av grundbehandling av artros respektive registrering i BOA-registret. En faktor som får låga poäng, 0-50, kan tolkas som en hämmande faktor (barriär). En faktor som får höga poäng, 51-100, som en gynnande faktor (facilitator). Se figur 1.

Deltagarna fick även prova på att utföra en enklare SWOT-analys under mötet. SWOT står för strengths, weaknesses, opportunities och threats. Man granskar alltså styrkor, svagheter, möjligheter

och hot för att värdera starka och svaga sidor inom till exempel en organisation, men man granskar också yttre påverkan och möjligheter att hantera omvärlden.



Resultatet från frågeformuläret visar att deltagarna skattade faktorerna kunskap, färdighet, avsikt och social påverkan högt (poäng i snitt) med liten spridning.

Även i SWOT-analysen lyftes dessa faktorer fram som möjligheter i verksamheterna. Det vill säga att man ansåg att man har god kunskap och goda färdigheter samt goda avsikter när det gäller att tillämpa grundbehandling vid artros och registrera i BOA.

Man ansåg även att socialt stöd från medarbetare och de regionala nätverken var viktiga komponenter för att vidmakthålla en hög nivå av kunskap och färdighet. De regionala nätverken och stödet från kollegorna anses också ge en positiv social påverkan som underlättar fortsatt registrering och god artrosvård.

Resultatet av frågeformuläret visade även att deltagarna skattade faktorer som kapacitet och beteendereglering relativt högt (poäng i snitt), dock med bredare spridning. Att spridningen var ganska stor kan tolkas som att i vissa deltagares verksamheter kan några av faktorerna kapacitet och beteendereglering vara hämmande. Med andra ord, de upplevde mer svårigheter med den kliniska

kapaciteten och hade ingen eller en otydlig plan för att tillämpa grundbehandling vid artros samt för att registrera i BOA-registret.

Även SWOT-analysen visade att det kan finnas svårigheter med lokala rutiner. Svårigheterna verkar framförallt gälla registrering av tremånadersuppföljningar. För att förbättra detta tycker deltagarna att man bör utarbeta strategier för att implementera tydliga lokala rutiner för att tillämpa grundbehandling vid artros och för att registrera i BOA.

Slutligen visade resultatet från frågeformuläret att deltagarna skattade faktorer som konsekvens, innovation och organisation relativt högt (poäng i snitt) när det gäller tillämpning av riktlinjebaserad artrosvård. Däremot skattades registrering i BOA något lägre, men med en bredare spridning. Det kan tolkas som att det på en del enheter finns svårigheter att genomföra registreringen i BOA.

SWOT-analysen visade att vissa deltagare ansåg att registreringen var tidskrävande och försvårades av hög personalomsättning, avsaknad av organisatoriska resurser och avsaknad av stöd från klinikledning gällande prioriteringar inom verksamheterna. För att påverka klinikledningen tyckte några deltagare att man behöver använda sig av strategier så som aktiv lobbying mot klinikledningarna för att prioritera administrativa resurser till registrering i BOA, förbättra de lokala rutinerna för att effektivisera processen samt vägleda ny personal i hur man registrerar i BOA.

Slutligen samlades generella förslag in från deltagarna för hur man kan förbättra registret. De förslag som användare och regionala kontaktpersoner lämnade var att registret behöver förbättra tekniken för att underlätta registreringar av såväl förstabesök som uppföljningsformulär. De önskade att även patientformuläret vid första besök blir digitaliserat. Det fanns även önskemål om patientinformation och frågeformulär på flera språk. Dessutom föreslogs att fysiska tester ska inkluderas i BOA-registret.

Forskning

Utökad forskning är ett viktigt mål för att BOA-registret ska kunna klättra vidare till certifieringsnivå 1. Detta arbetar vi vidare med bland annat genom att söka forskningsmedel till kommande doktorander.

Två doktorander forskar just nu på data från BOA-registret, Thérèse Jönsson och Kristin Gustafsson som är inskrivna vid Lunds respektive Linköpings universitet. Nedan kan du läsa intervjuer med både Thérèse och Kristin.

Intervju med Thérèse Jönsson doktorand som studerar registerdata från BOA

Thérèse Jönsson är doktorand på avdelningen för ortopedi vid Lunds Universitet sedan 2011. Hon har två handledare, Eva Ekvall Hansson, docent vid institutionen för hälsovetenskaper, och Leif Dahlberg, professor vid avdelningen för ortopedi, institutionen för kliniska vetenskaper. Båda är verksamma vid Lunds universitet. Kliniskt arbetar Thérèse på avdelningen för sjukgymnastik på ortopedikliniken vid Skånes Universitetssjukhus i Lund. Hon är fysioterapeut sedan 2003 och styrgruppsledamot i BOA sedan 2008.

Thérèse väg till att bli doktorand

Thérèse forskningsintresse började med funderingar runt rehabilitering av höftprotesopererade patienter på ortopedikliniken i Jönköping. Då var det stor skillnad mellan den rehabilitering man erbjöd patienter opererade med knäplastik och den man erbjöd dem som opererats med höftplastik.

Av patienterna som opererats med höftplastik remitterades endast de med påtagliga besvär vidare till sjukgymnast inom primärvården, medan alla patienter som opererats med knäplastik följdes upp via primärvården. Detta gjorde Thérèse fundersam vilket ledde till en magisterutbildning, närmare bestämt en litteraturstudie för att efterforska vad som fanns publicerat om postoperativvård för höftprotespatienter.

Efter att Thérèse arbetat kliniskt i fem år behövde hon nya utmaningar och var intresserad av att forska och sökte därför en projektanställning som var knuten till Höftprotesregistret. Hon var med när BOA-registret startade och ledde många artrosskolor på Mölndals sjukhus samt utbildade kollegor i artrosskolekonceptet.



Vad är roligast och jobbigast med att forska?

”Det är roligt att lära sig nya saker. Man har egen tid att styra på egen hand, vilket kan vara både positivt och negativt. Frihet med eget ansvar, men det är också mycket som hänger på en själv och man kan känna sig ensam i arbetet. Man lär sig ett helhetsperspektiv och ett helikopterseende i vissa frågor, men inser också sina begränsningar och att många saker inte är lätta att hantera.

Det är en bonus att få åka på konferens och presentera sina resultat och att träffa andra forskare som man kan dela frågor och idéer med.”

Thérèse Jönsson

Under våren 2019 har Thérèse deltagit med presentationer på konferenser som hållits av the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) i Toronto och the World Confederation for Physical Therapy (WCPT) i Geneve.

Vad är speciellt med forskning på registerdata?

”Man har en stor datamassa vid registerforskning. Det måste man vara ödmjuk inför och ta hänsyn till när man ska analysera sina resultat. Något kan lätt gå fel och man kan få en bias, det vill säga ett systematiskt fel vid insamling eller tolkning av data. Denna risk måste man ta i större beaktande vid en registerstudie än vid mindre studier. Man måste ta hänsyn till spridningen i materialet så att man inte kommer med felaktiga påståenden, exempelvis att alla män tränar mindre än kvinnor, när skillnaden egentligen beror på något helt annat.”

Disputation och vad återstår att göra innan dess

Disputationen är planerad till slutet av mars 2020. I avhandlingen planeras 4-5 artiklar ingå. Två är redan publicerade:

The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy - an intervention study with a reference group

Education, home exercise and supervised exercise for people with hip and knee osteoarthritis as part of a nationwide implementation programme: data from the BOA registry

Du hittar artiklarna i sin helhet om du googlar på titlarna. Thérèse arbetar vidare med ytterligare tre artiklar samt den så kallade ramen eller kappan, det vill säga den text som är själva avhandlingen.

Har du några råd till kommande doktorander?

”Hitta engagerade handledare som är intresserade av ämnet. Välj ett ämne du är intresserad av. Klinisk erfarenhet av ämnet underlättar på många sätt.”

Råd till kliniker utifrån Thérèse forskning

Trots att våra patienter minskar sin smärta och ökar sin hälsorelaterade livskvalitet så blir de inte mer fysiskt aktiva. Vi måste bli bättre på att jobba med beteendeförändring hos våra artrospatienter. Minskad smärta i sig är inte det viktigaste för artrospatienter, utan att de lär sig leva med sin smärta och fortsätter leva ett aktivt liv.

Patienter med knäartros får bättre resultat av artrosskola än de med höftartros. Thérèse tror att vi tränar höft- och knäartrospatienter på alltför likartat sätt.

Flera träningstillfällen ger bättre resultat! Vi bör stimulera patienterna till att delta i den övervakade träningen och hjälpa dem att fortsätta träna på egen hand. Vi kan till exempel skriva FAR-recept för att hjälpa patienterna att komma igång med egen träning. Vi kan informera patienterna om att forskning visar att de som deltar i den övervakade träningen får bättre resultat och ju fler gånger de tränar desto bättre resultat kommer de att få.

Intervju med Kristin Gustafsson doktorand som studerar registerdata från BOA och från andra register

Kristin Gustafsson är doktorand vid Linköpings universitet sedan april 2017. Hon har handledare från tre olika universitet och kunskapsområden: Joanna Kvist, professor vid Linköpings universitet och sjukgymnast, Ola Rolfson, docent vid Göteborgs universitet och ortoped, och Marit Eriksson, epidemiolog i region Jönköping.



Så blev Kristin doktorand

Kristin har arbetat 20 år som sjukgymnast på Rehabcentrum, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Hon har mestadels arbetat på ortopedikliniken och varit intresserad av rehabilitering i samband med proteskirurgi. Kristin tog magisterexamen 2006.

Kristin var intresserad av forskning och 2015 började hon diskutera och fundera tillsammans med Thérèse Jönsson som tidigare också arbetat i Jönköping och var doktorand. Thérèse introducerade Kristin för Carina Thorstensson som då var registerhållare på BOA och olika forskningsupplägg diskuterades. Man började söka forskningsmedel och hösten 2016 fick Kristin ett löfte om partiell tjänstledighet från sin arbetsgivare och ekonomisk stöttning via Futurum, Region Jönköpings läns forskningsråd. Därmed ökade chansen att bli doktorand. Hösten 2017 fick Kristin även ett större forskningsanslag från AFA Försäkring som möjliggjorde fortsatt forskning.

Kristins forskningsfrågor

I sin kliniska vardag på ortopedien träffade Kristin många patienter som gick direkt till operation utan att ha träffat fysioterapeut innan. Vad beror detta på? Kan det vara okunskap inom vården, okunskap hos patienten eller ett önskemål om quick-fix eller kan det bero på något helt annat? Utifrån detta växte forskningsfrågorna fram och nu hanterar Kristin en gigantisk forskningsdatabas tillsammans med statistiker. Man gör sambearbetningar med flera nationella databaser. Förutom BOA-data ingår data från Statistiska centralbyrån, patientregistret, läkemedelsregistret, Svenska Höftprotesregistret och Svenska Knäprotesregistret. Man tittar på personer från BOA-registret i de olika registren. Man har också skapat en jämförelsegrupp från de andra registren och på så sätt kan man ta reda på om det är någon skillnad mellan populationen i BOA och normalbefolkningen.

Kristins studieupplägg publicerades 2018 i open acces-tidskriften BMJ.

Study protocol for an observational register-based study on health and risk factors in patients with hip and knee osteoarthritis. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e022812.long>

Några resultat är ännu inte publicerade, men de första två artiklarna kommer att skickas in till vetenskapliga tidskrifter mycket snart.

Vad är roligast med att forska?

”Man får använda sin nyfikenhet och man får utmana sig själv. Man lär sig massor om artros, om forskning och om sig själv. Ju mer man lär sig, desto mer ser man som är kvar att lära. Ödmjukheten växer. Man får även styra sin egen tid, kan lägga arbetet då det passar, men i perioder är det också väldigt mycket att göra. Det kan emellanåt kännas ensamt.”

Disputation

Kristin säger att det är flera år kvar till disputationen och att hon inte har bråttom, eftersom det är så kul att forska. Hon är övertygad om att hon kommer vilja fortsätta forska även efter disputationen.

Har du några råd till kommande doktorander?

”Om man är intresserad av forskning – våga ta steget till att börja! Förankra med familjen innan du börjar forska, eftersom det tidvis kan bli jobb både på kvällar och helger.”

Vetenskapsrådet har samlat information om registerforskning på sin hemsida.

<https://www.registerforskning.se/> Man kan också ta kontakt med kunniga registerforskare för att få råd.

Råd till kliniker utifrån Kristins forskning

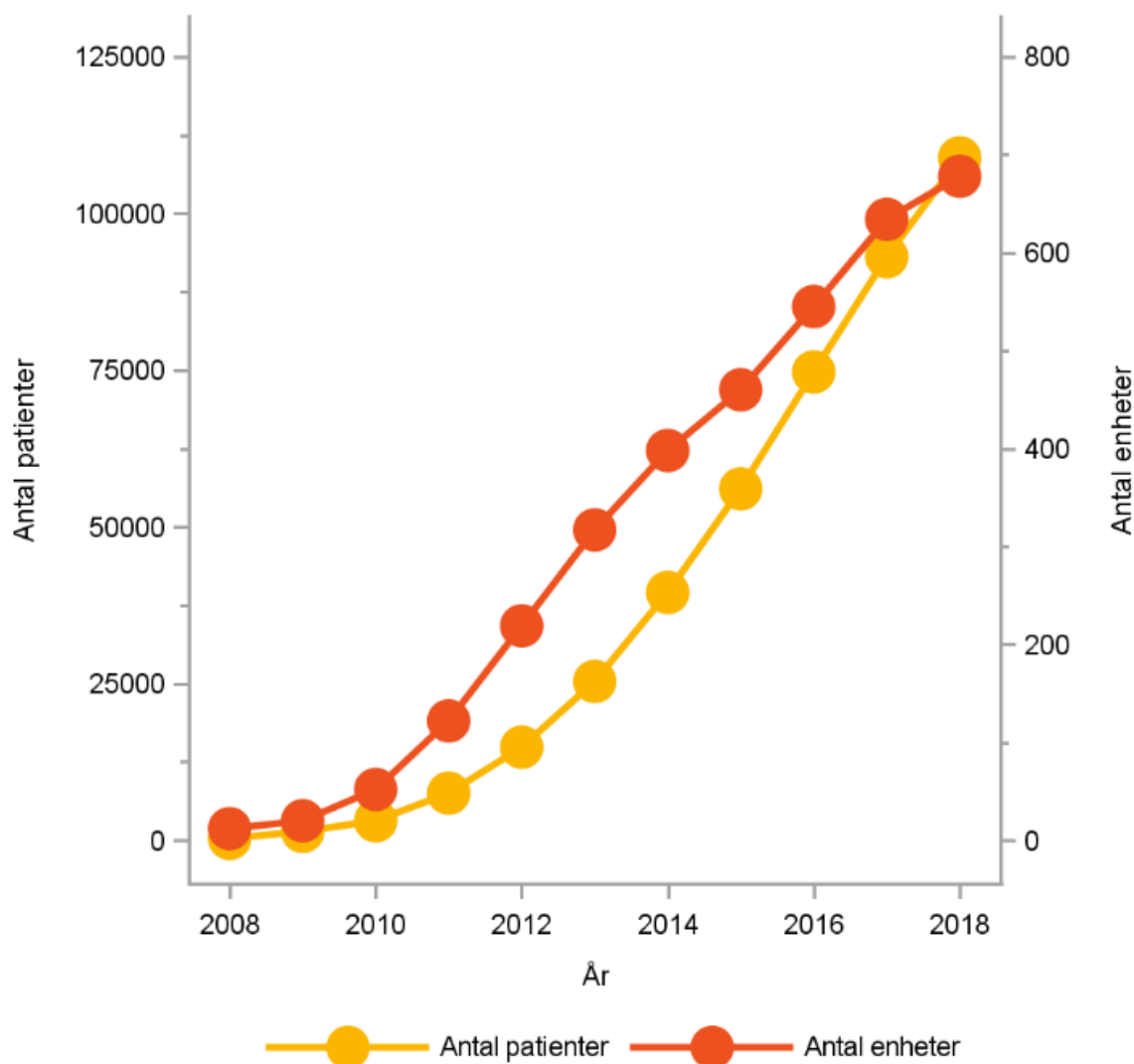
Var uppmärksam på att socioekonomiska skillnader har betydelse i vården, trots att Sverige inte har så stora sociala skillnader som många andra länder. Socioekonomi har stor betydelse för personers hälsa, hälsobeteende och tillgång till vård. Om vi inom vården är medvetna om detta ökar chansen att vi kan påverka det och därmed minska skillnaderna.

Registrering i BOA

År 2018

Under 2008-2018, har 108 885 unika individer med artros i höft, knä eller hand rapporterats i BOA-registret från 680 enheter. (Figur 2). Antalet som inkluderades under 2018 var 15 775. Antalet enheter som rapporterat till registret under 2018 var 467 av 584 enheter som enligt de uppgifter som finns tillgängliga erbjuder behandlingen. Detta ger en anslutningsgrad på 80 %.

Figur 2: Kumulativt antal unika patienter och rapporterande enheter under 2008-2018.



BOA-registret är ett interventionsregister där personer registreras som har genomgått en grundbehandling (information och träning) efter att ha fått diagnos artros i höft, knä eller hand. Diagnosen kan ställas vid besök hos en fysioterapeut, arbetsterapeut eller läkare. 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 %, vilket är en rimlig siffra för en behandling inom primärvårdsrehabilitering. Andelen missing data är låg för varje enskild fråga och datakvaliteten säkras genom att inmatning av orimliga värden är omöjliggjord. 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 BOA ska ha en bra täckningsgrad krävs att alla enheter som erbjuder grundbehandling rapporterar alla personer med artros, som inte uppfyller något exklusionskriterium, 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 artrosskolor per år samt antalet deltagare på varje artrosskoleomgång. Med denna beräkning hade BOA-registret en täckningsgrad på 67 % år 2018.

I tabell 1 kan man se att antalet registreringar vid första besök har sjunkit något 2018 jämfört med tidigare år. Detta har troligen flera orsaker. En anledning kan vara att enheterna inte har kommit igång med det nya digitala sättet att registrera. På längre sikt är vi övertygade om att digital registrering kommer att förenkla för såväl enheterna och patienterna som för registret. En annan anledning kan vara att BOA, precis som andra nationella register, drabbas av en registertrötthet, det vill säga att fler personer inte vill bli registrerade. Man kan spekulera i att uppmärksamheten runt GDPR kan ha ett visst inflytande. Detta betyder dock att BOA framöver måste lägga mera tid på att motivera enheterna att registrera sina patienter.

Tabell 1. Antal personer som registrerats för ett första besök per landsting och år.

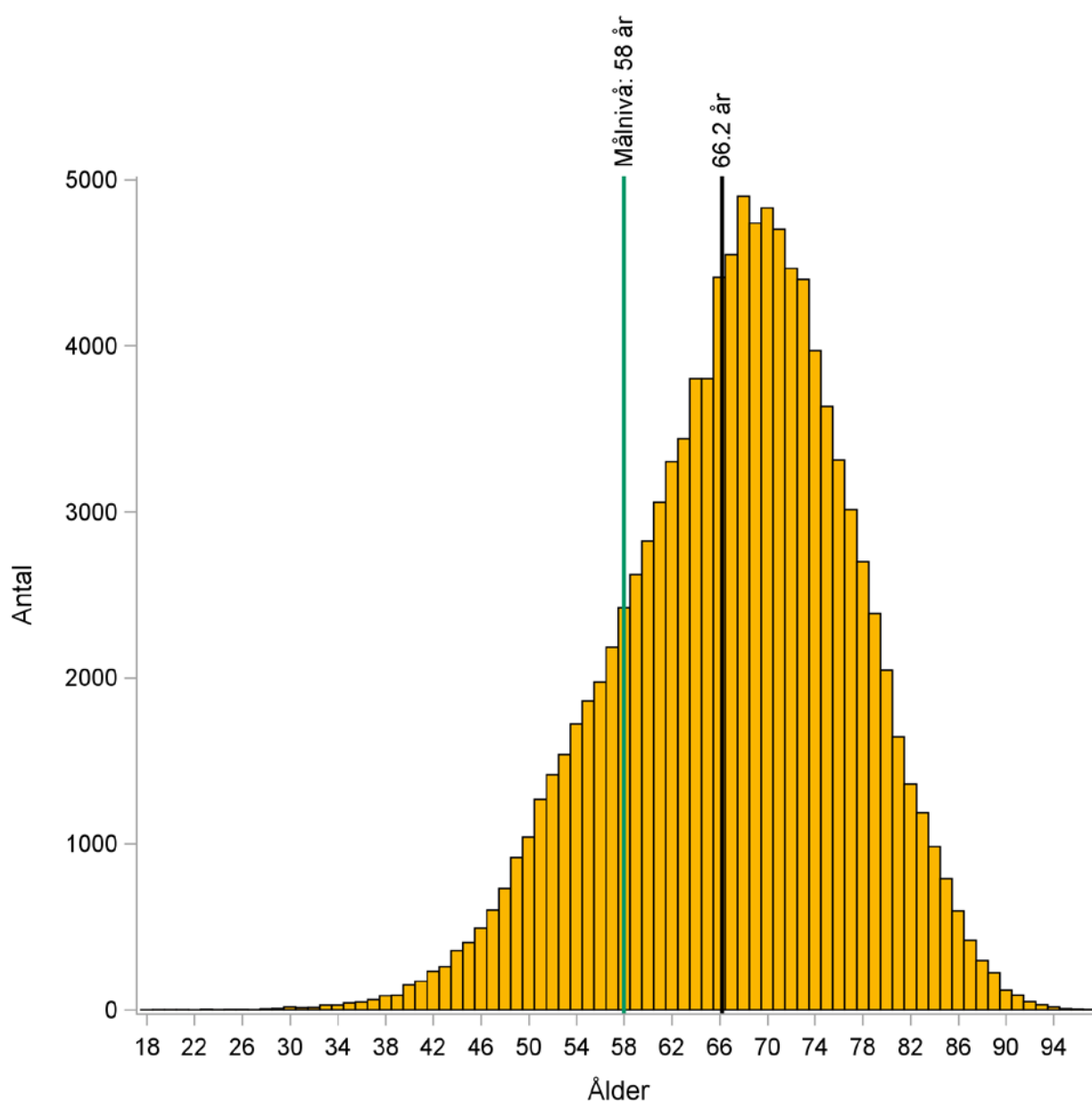
Landsting	Antal 2008- 2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018	Antal Totalt
Stockholm	16	102	449	1174	1758	1858	2222	2093	1752	11424
Uppsala	0	39	113	250	267	332	439	479	456	2375
Sörmland	0	0	44	103	427	570	667	547	600	2958
Östergötland	108	762	1310	1149	1287	1451	1710	1685	1454	10916
Jönköping	0	10	256	427	474	465	405	276	268	2581
Kronoberg	1	131	116	301	358	504	385	450	342	2588
Kalmar	185	332	321	358	490	695	614	507	417	3919
Gotland	30	93	156	218	204	203	195	157	101	1357
Blekinge	37	263	348	380	336	249	242	183	290	2328
Skåne	833	963	1090	1152	1046	1019	1208	1368	1208	9887
Halland	0	74	171	134	161	326	247	279	211	1603
Västra Götaland	956	465	1036	2022	3077	3752	4606	4715	4233	24862
Värmland	537	371	580	660	645	884	1116	991	746	6530
Örebro	0	72	55	212	511	567	623	581	406	3027
Västmanland	0	31	49	314	1283	1335	1194	1130	978	6314
Dalarna	0	24	171	294	557	666	1124	1357	1238	5431
Gävleborg	18	153	144	171	190	480	439	366	277	2238
Västernorrland	0	44	73	105	201	366	423	414	183	1809
Jämtland	0	7	576	687	650	560	506	394	261	3641
Västerbotten	391	407	190	290	190	144	154	238	161	2165
Norrbottn	16	58	77	94	85	116	116	177	193	932
RIKET	3128	4401	7325	10495	14197	16542	18635	18387	15775	108885

Patientkaraktäristika i BOA

Åldersfördelning, 2008–2018

Den största andelen patienter i BOA-registret är i åldersgruppen 65–74 år. (Figur 3). Cirka 40 % är i arbetsför ålder. De första symtomen på artros kan ofta noteras redan vid 40 års ålder eller tidigare. Ett av BOA:s mål är att patienter ska få behandling tidigt i sjukdomsförloppet. Vi strävar därför efter att sänka medelåldern för patienter som inkluderas i BOA-registret från nuvarande 66 år till 58 år.

Figur 3: Åldersfördelning i BOA-registret, 2008-2018



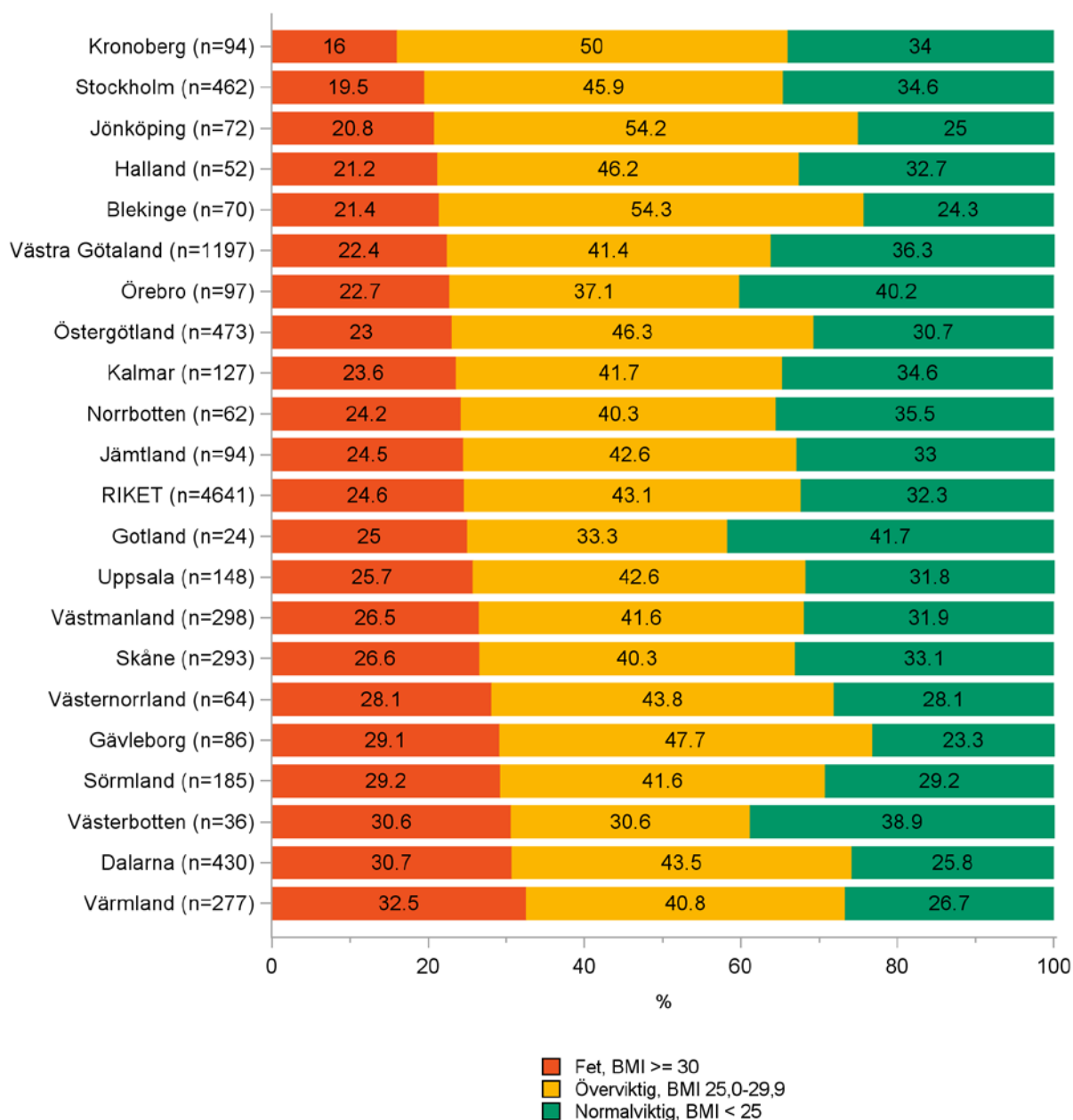
Fördelning av BMI, kg/m², baserad på mest bevärande led

Body mass index, BMI, används ofta för att klassificera kroppsvikt i relation till kroppsstorlek. BMI räknas ut genom att dividera kroppsvikten uttryckt i kg med kvadraten av kroppslängden uttryckt i meter. Gränsen för normalvikt går enligt WHO vid 25 kg/m², övervikt innebär ett BMI mellan 25,0 och 29,9 och personer med ett BMI på 30 eller mer kategoriseras som feta. Övervikt är en känd riskfaktor för utveckling av artros, framför allt i knäleder, men även för fingerledsartros. När det gäller samband mellan övervikt och röntgenologisk höftartros är evidensen inte lika tydlig, även om övervikt har ett starkt samband med ökade höftbesvär (symptomgivande höftartros) och risk för protesoperation.

Höft

Av de personer där höft angetts som mest besvärande led har 67,7 % i riket ett BMI som kan klassificeras som övervikt eller fetma. (Figur 4).

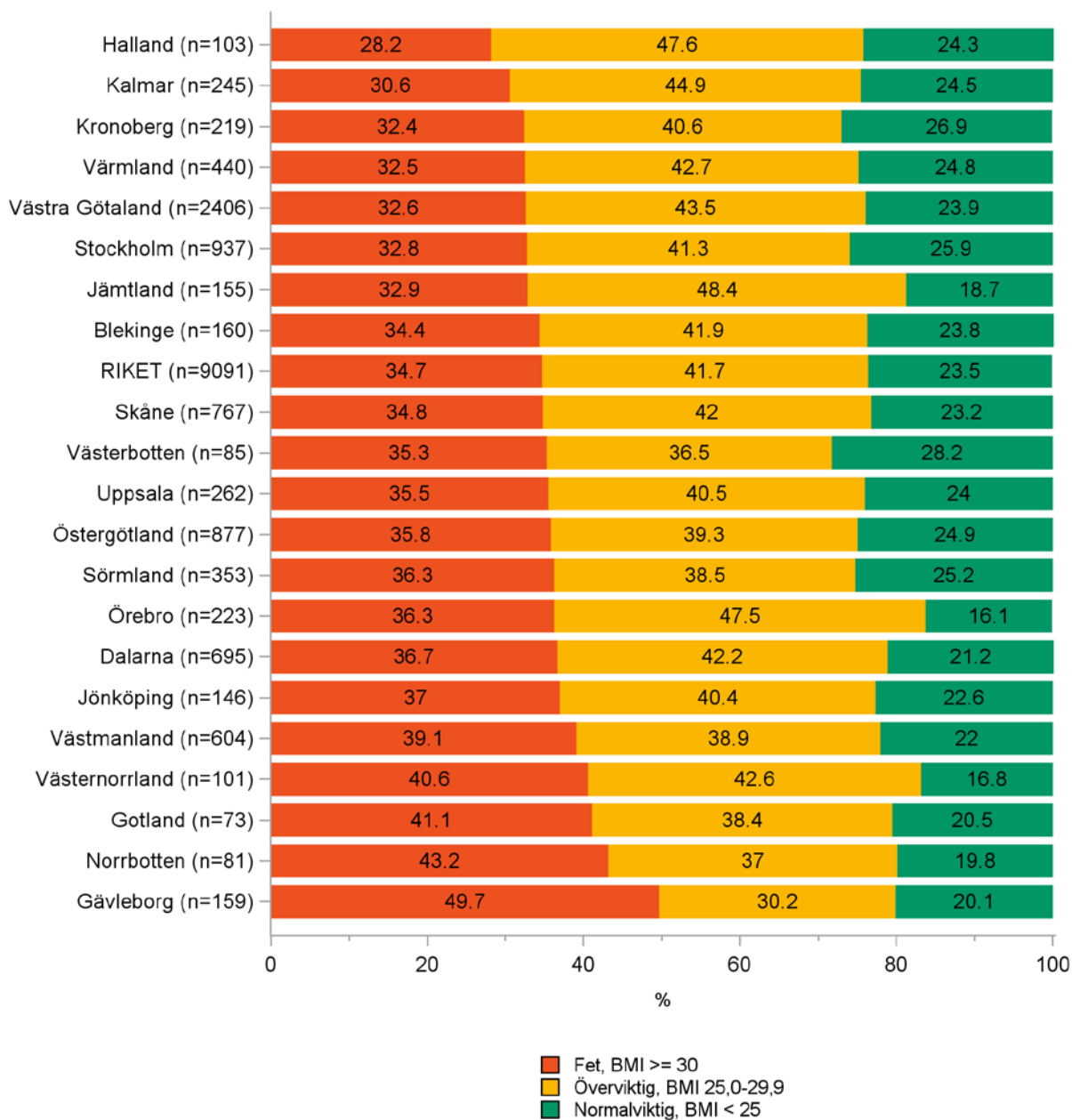
Figur 4: Höft. Fördelning av BMI kg/m², 2018



Knä

Av de personer där knä angetts som mest besvärande led har 76,4 % i riket ett BMI som kan klassificeras som övervikt eller fetma. (Figur 5).

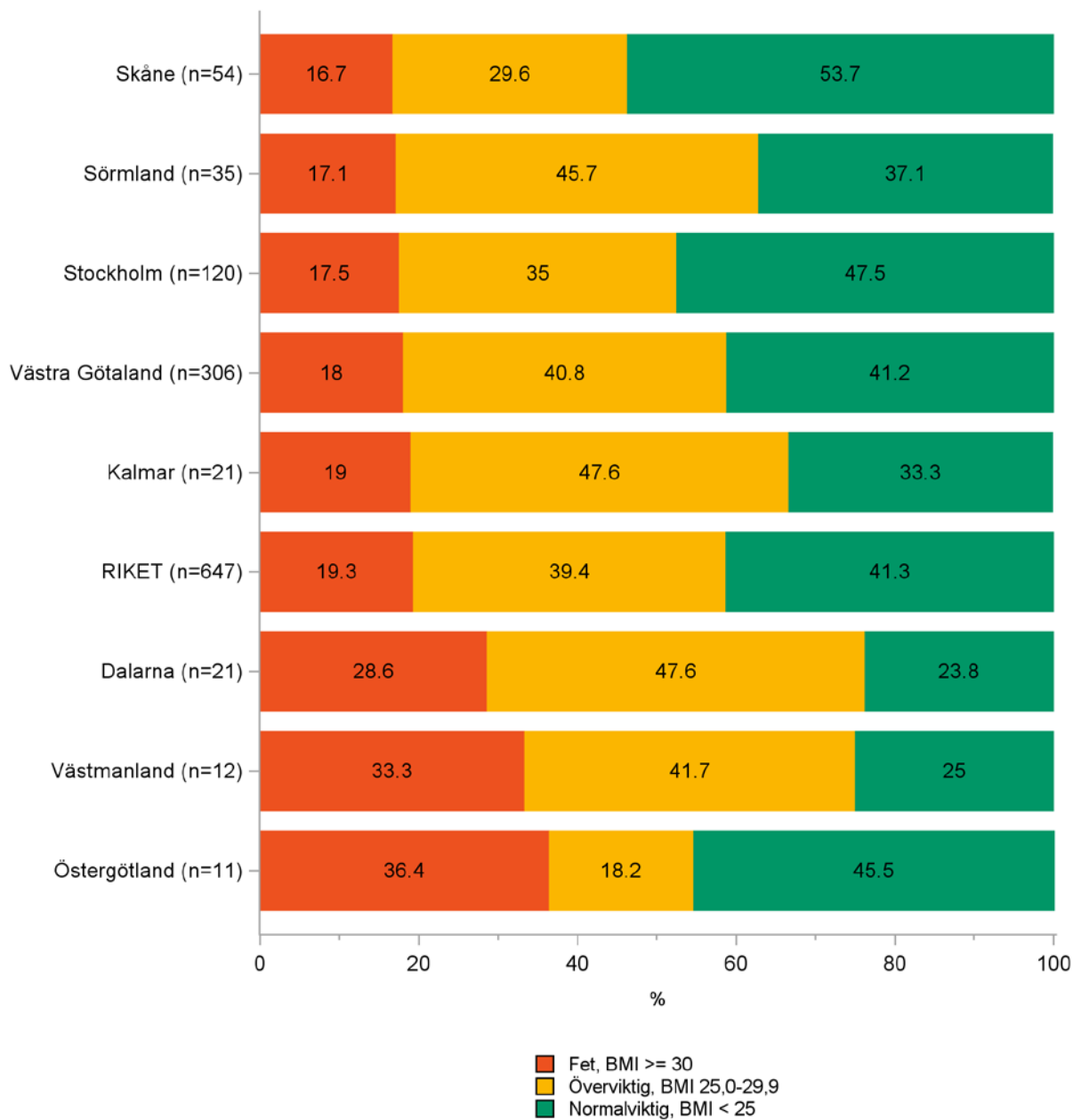
Figur 5: Knä. Fördelning av BMI kg/m², 2018



Hand

Av de personer där hand angetts som mest besvärande led har 59,1% i riket ett BMI som kan klassificeras som övervikt eller fetma. (Figur 6). Detta ger stöd för att artros inte bara påverkar vikt bärande leder utan också leder som frekvent belastas på annat sätt.

Figur 6: Hand. Fördelning av BMI kg/m², 2018

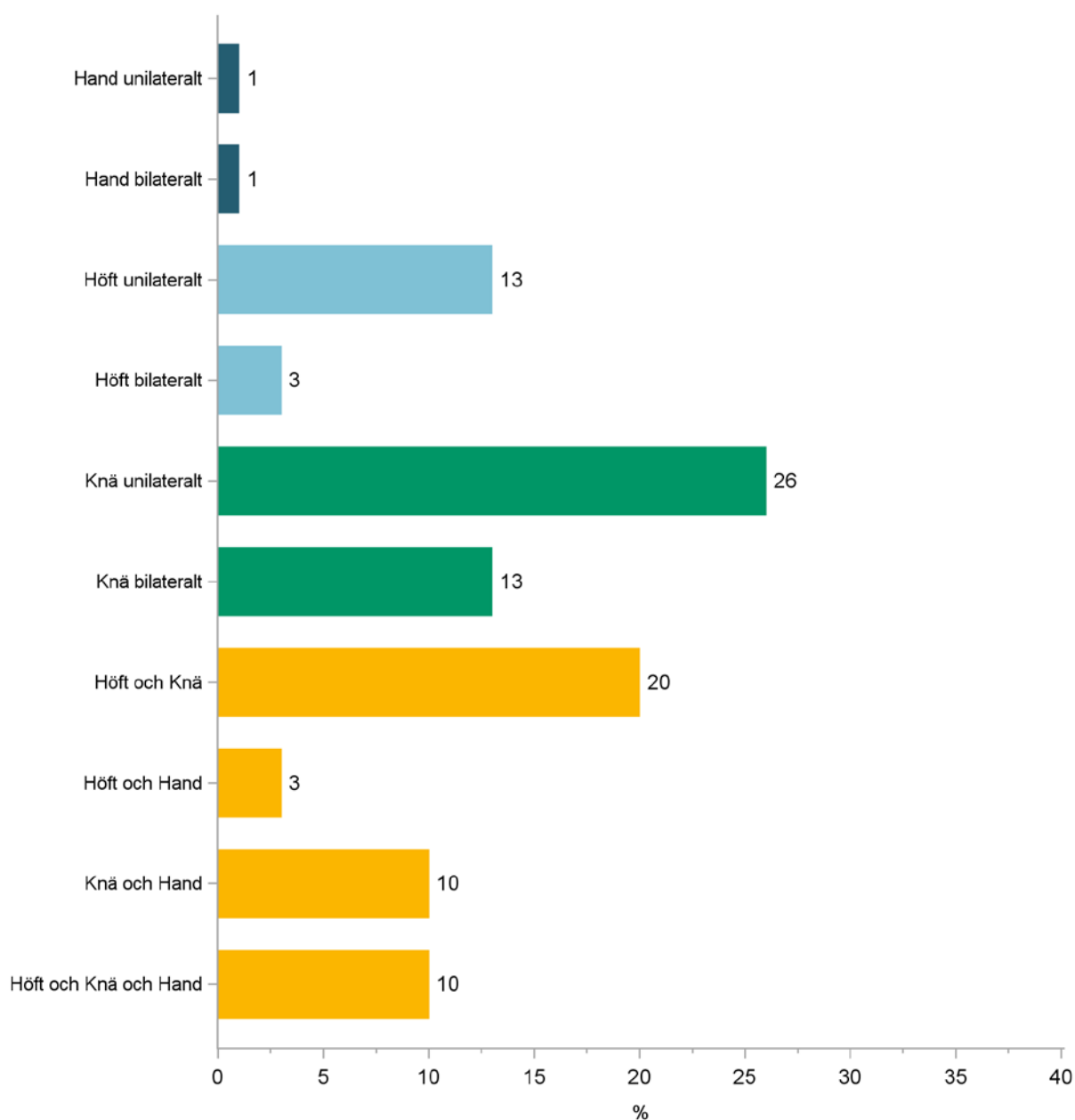


Andel patienter med besvär från en eller flera leder

Höft, knä eller hand

Av de personer där höft, knä eller hand angetts som mest besvarande led under 2018, har nästan sex av tio besvär från mer än en led. Drygt 40 % har besvär från leder i flera delar av kroppen, det vill säga exempelvis höft och knä eller knä och hand. Besvär från tre eller fler ledssystem brukar benämnas generaliserad artros. I BOA-registret anger 10 % att de har besvär från höft, knä och hand. Av alla tänkbara kombinationer av höft-, knä- och handbesvär är det vanligast att patienter i BOA-registret enbart har besvär från ett knä (26 %). Därefter kommer kombinationen höft och knä (20%). (Figur 7).

Figur7: Andel patienter med besvär från en eller flera leder, 2018



Ålder, BMI, genus och samsjuklighet

Nedan följer två tabeller med data från 2008–2018 som beskriver grad av samsjuklighet och levnadsvanor samt skillnader mellan män och kvinnor för höft respektive knä. Måttet på samsjuklighet som har valts är Charnley klass A-C. Det beräknas på antalet besvärande leder och andra sjukdomar relaterade till gångsvårigheter. Charnley klass A betyder besvär från en led (knä eller höft), Charnley klass B bilaterala besvär (båda knäna eller båda höfterna), Charnley klass C besvär från flera leder (höft och/eller knä) eller gångsvårigheter till följd av andra orsaker eller sjukdomar. Vilken patientsammansättning enheterna har avspeglas 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 den sin hälsorelaterade livskvalitet högre än den yngsta gruppen.

Tabell 2. Fysioterapeuten har angett att höft är mest besvärande led. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley-klassifikation samt andel personer som angett att annan led än höft ger mest besvär vid första besök 2008-2018.

Landsting	Antal	Ålder	BMI	Kvinnor, %	Charnley A, %	Charnley B, %	Charnley C, %	Patienten uppger mest besvär från knä, %	Patienten uppger mest besvär från hand, %
Blekinge	454	67	27,6	65	39	6	54	1	0
Dalarna	1345	66,8	27,6	64	41	9	50	2	1
Gotland	300	64,6	27	69	38	10	53	2	3
Gävleborg	505	67,1	27,7	70	40	8	52	3	2
Halland	347	67,1	26,4	71	38	12	51	4	3
Jämtland	1157	66,5	27,6	66	36	10	54	3	1
Jönköping	581	67,9	27,7	68	38	7	55	3	2
Kalmar	759	66,7	27,1	64	42	8	49	2	1
Kronoberg	567	67,5	26,9	71	33	8	59	4	3
Norrbottnen	211	67,8	27,8	70	43	8	49	4	0
Skåne	1551	66,5	27	70	35	8	57	2	2
Stockholm	2420	67,5	26,3	74	38	9	53	3	2
Sörmland	722	67,3	27,6	69	33	7	60	4	2
Uppsala	585	66,6	27,7	67	39	8	52	2	1
Värmland	1638	67,1	27,3	66	41	6	52	3	0
Västerbotten	332	66,3	27,2	64	38	9	53	3	0
Västernorrland	371	65,9	27,8	63	39	8	53	3	1
Västmanland	1703	67,3	27,4	67	38	7	55	2	1
Västra Götaland	5294	67,1	27	67	39	8	53	3	1
Örebro	740	67	27,3	65	37	10	53	1	0
Östergötland	2457	66,2	27,3	62	37	9	54	3	1
RIKET	24039	66,9	27,2	67	38	8	53	3	1

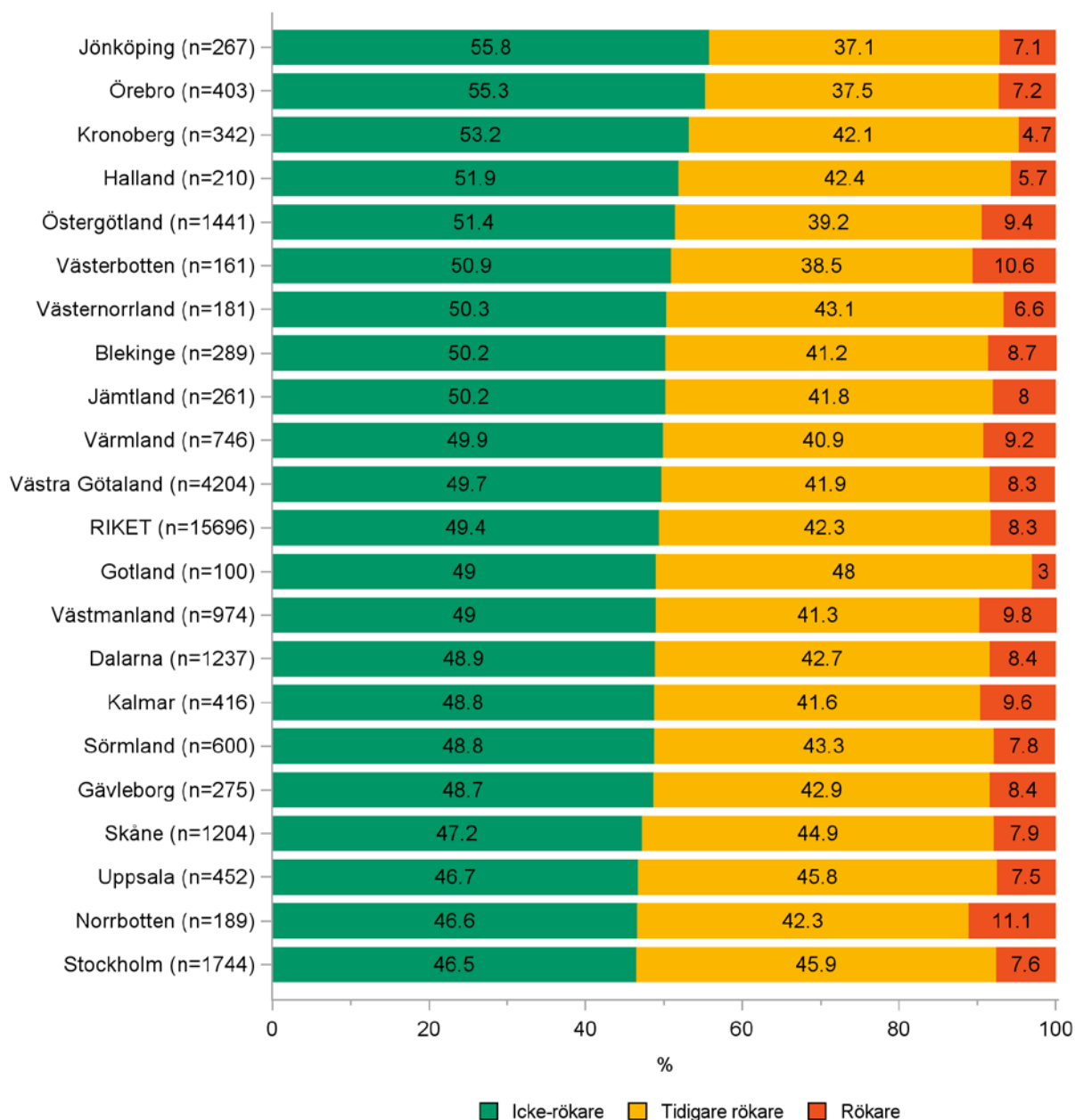
Tabell 3. Fysioterapeuten har angett att knä är mest besvärande led. Ålder, BMI, andel kvinnor, Charnley-klassifikation samt andel personer som angett att annan led än knä ger mest besvär vid första besök 2008-2018.

Landsting	Antal	Ålder	BMI	Kvinnor, %	Charnley A, %	Charnley B, %	Charnley C, %	Patient uppger mest besvär från höft, %	Patient uppger mest besvär från hand, %
Blekinge	991	65,8	28,7	66	45	18	38	1	1
Dalarna	2448	65,9	28,8	65	42	22	36	1	1
Gotland	734	63,2	28,4	66	40	22	38	0	2
Gävleborg	979	66	29,5	66	40	21	39	1	1
Halland	716	65,5	28	68	43	23	33	1	3
Jämtland	1803	66,2	28,6	67	37	17	46	1	1
Jönköping	1390	65,6	28,7	67	43	19	39	2	1
Kalmar	1844	65,4	28,5	64	47	20	33	1	1
Kronoberg	1390	65,8	28,3	72	34	23	43	1	3
Norrbottnen	372	65,6	29	71	37	21	41	1	0
Skåne	4462	65,7	28,6	71	39	22	39	1	2
Stockholm	5790	67	28	74	37	23	40	1	2
Sörmland	1401	67,4	28,8	68	36	22	41	1	2
Uppsala	1135	65,7	28,8	70	39	22	39	1	1
Värmland	2797	65,7	28,7	63	45	20	35	1	0
Västerbotten	690	64,7	28,5	64	39	18	43	2	1
Västernorrland	828	65,8	28,9	64	42	20	38	1	1
Västmanland	3325	66,3	28,9	68	37	20	43	1	1
Västra Götaland	11699	65,9	28,4	69	41	22	37	1	1
Örebro	1536	65,2	28,8	66	44	21	35	1	1
Östergötland	4910	65,2	28,6	62	42	19	39	1	1
RIKET	51240	65,9	28,5	68	40	21	39	1	1

Rökvanor

Sambandet mellan artros och rökning är inte klarlagt. Nästan 50 % av personerna är eller har tidigare varit rökare (Figur 8).

Figur 8: Rökvanor vid första besök i artrosskola, 2018

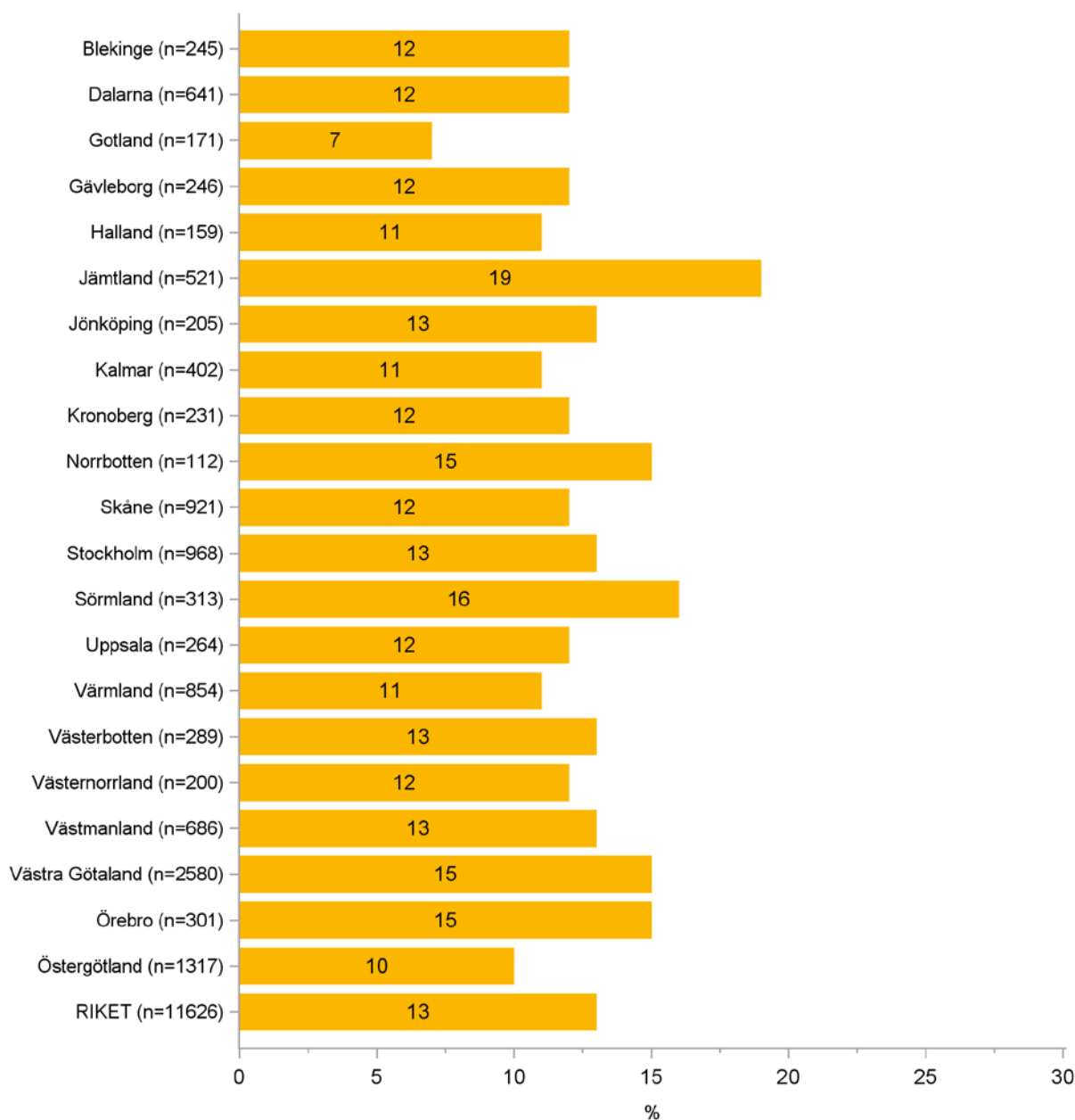


Sjukskrivning

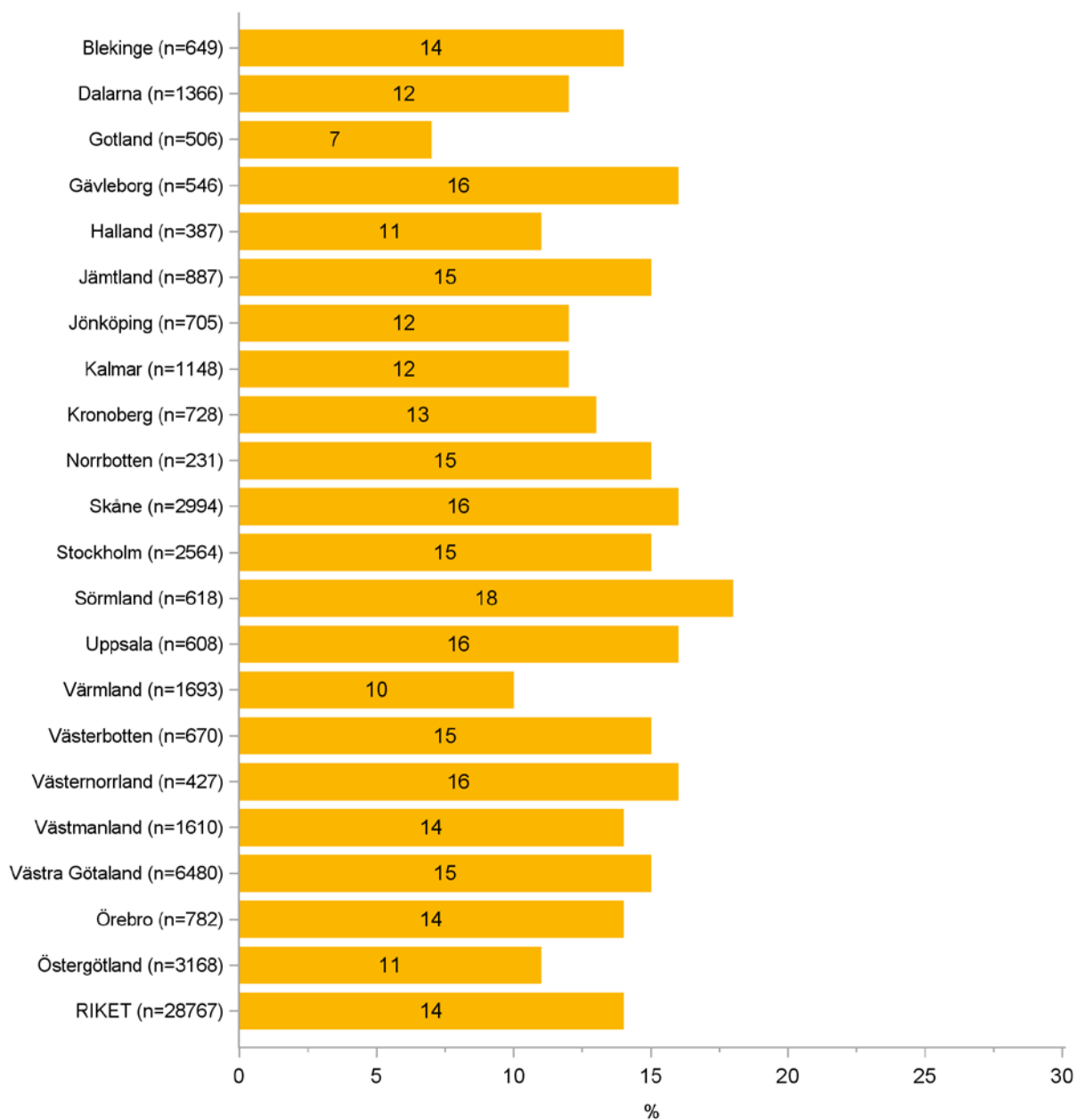
Många är sjukskrivna när de kommer på sitt första besök

I snitt 13 % med höftartros, 14 % med knäartros och 19 % med handartros är sjukskrivna när de kommer på sitt första besök. (Figur 9-11). Det finns en stor variation mellan regioner och därmed sannolikt en förbättringspotential för regioner med hög andel sjukskrivna. Det varierar från 19 % beträffande höfter i Jämtland respektive 18 % gällande knän i Sörmland till 7 % för höfter respektive knän på Gotland. Anmärkningsvärt är även att Gotland är den region som har den näst lägsta medelåldern i riket när det gäller knäartros och därmed kan förmodas ha en relativt stor andel patienter i arbetsför ålder. Men det kan också spekuleras i att eftersom patienterna på Gotland får grundbehandling mot artros i yngre ålder och troligen tidigare i sjukdomsförloppet, så kan det göra att de mår bättre och slipper onödig sjukskrivning.

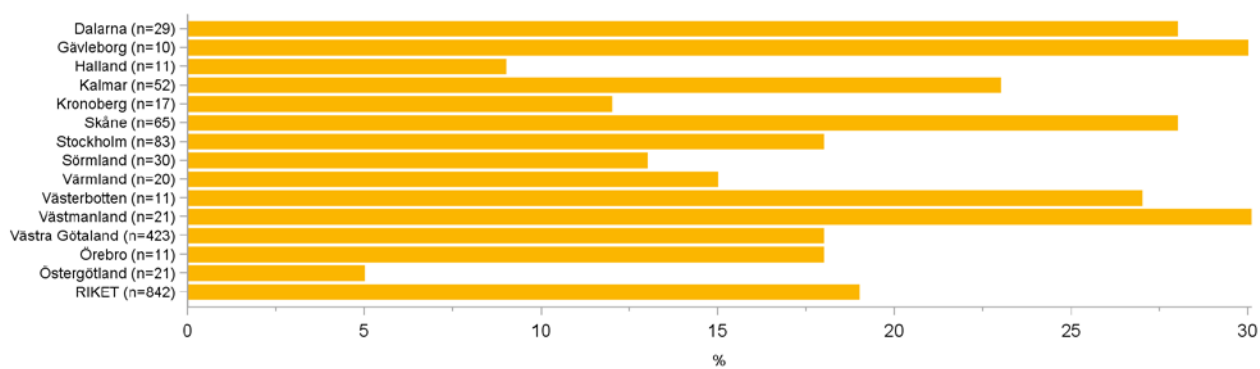
Figur 9: Höft. Andel sjukskrivna (under 65 år) för ledbesvär vid första besök i artrosskolan, 2008-2018



Figur 10: Knä. Andel sjukskrivna (under 65 år) för ledbesvär vid första besök i artrosskolan, 2008-2018



Figur 11: Hand. Andel sjukskrivna (under 65 år) för ledbesvär vid första besök i artrosskolan, 2008-2018



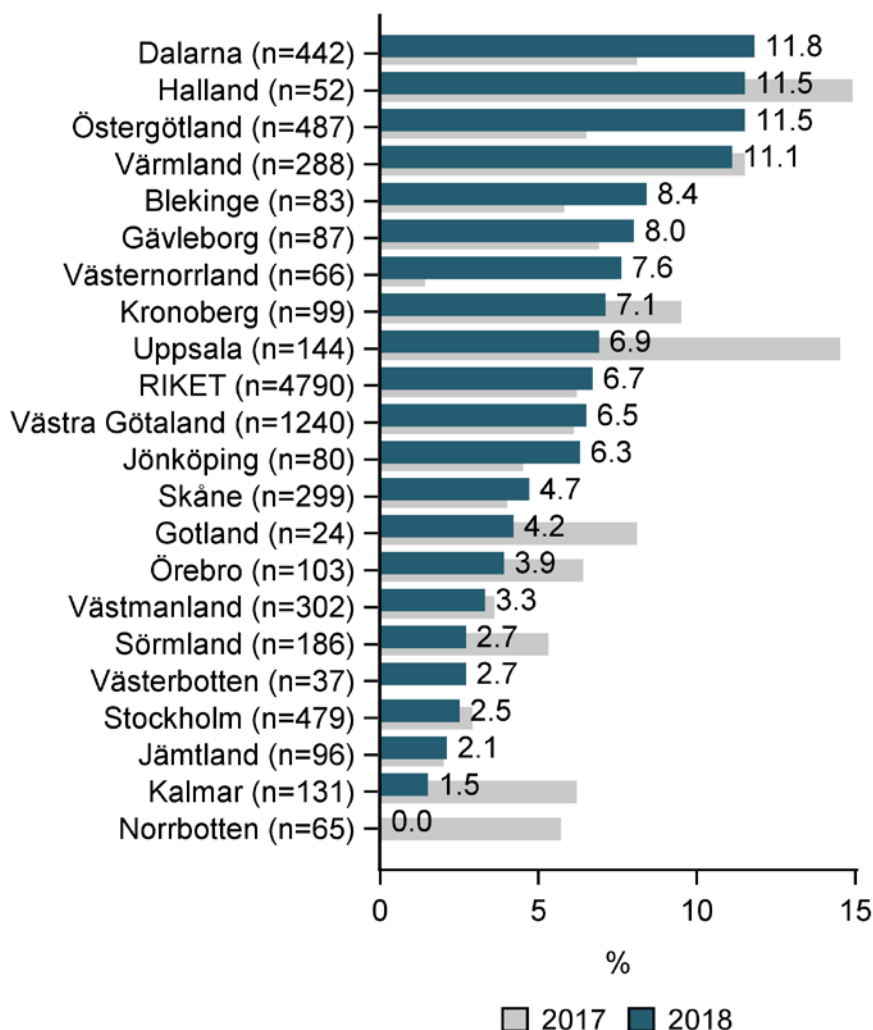
Kvalitetsindikatorer för vårdprocesser

Fler söker direkt

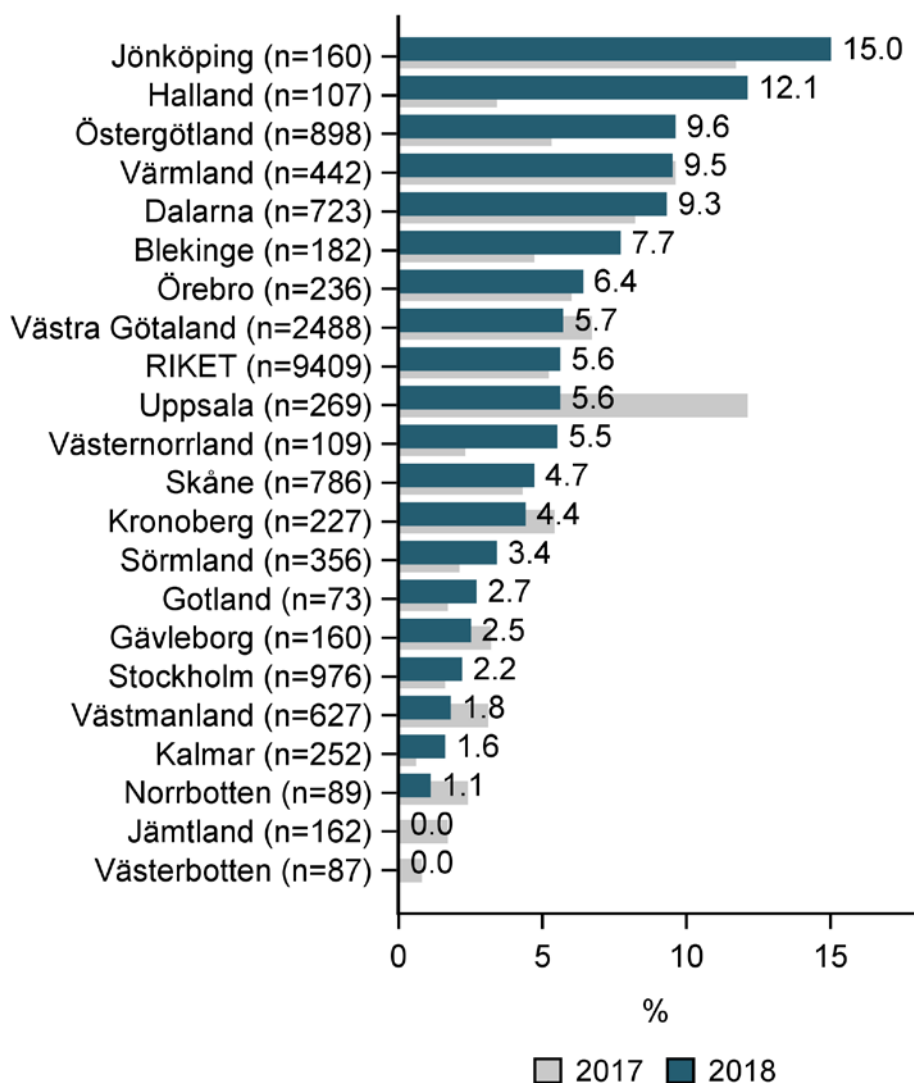
Här redovisas andelen personer med artrossymtom som söker fysioterapeut eller arbetsterapeut direkt, utan att träffa läkare för att remitteras till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Målnivån är att 15 % av alla patienter som registreras ska söka direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Under 2018 sökte 6,7 % av alla personer med höftartros direkt till fysioterapeut, en ökning med 0,5 %. För knäartros är motsvarande siffra 5,6 %, en ökning med 0,4 %. För handartros sökte 5,3 % direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Målnivån att 15 % av patienterna ska söka direkt uppnås endast i Jönköping för personer med knäartros. Den ökande andelen kan bero på krav- och kvalitetsböcker för de allt fler fria vårdvalen, där ett krav kan vara att ha tillgång till grundbehandlingsåtgärder som artrosskolor och träning. På flera ställen har man också infört arbetsväxling eller direktaccess där hänvisning görs till fysioterapeut direkt när man söker sin vårdcentral för besvär relaterade till rörelseorganen.

Figurerna 12-14 tolkas så här: Ett bra resultat är en lång blå stapel. En blå stapel som är längre än den grå stapeln visar att andelen som kom till artrosskolan direkt ökade under 2018 jämfört med 2017.

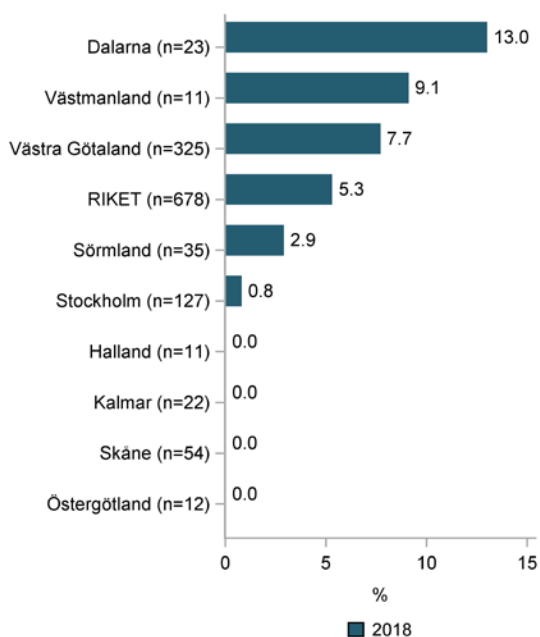
Figur 12: Höft. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2017 respektive 2018



Figur 13: Knä. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2017 respektive 2018



Figur 14: Hand. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2018



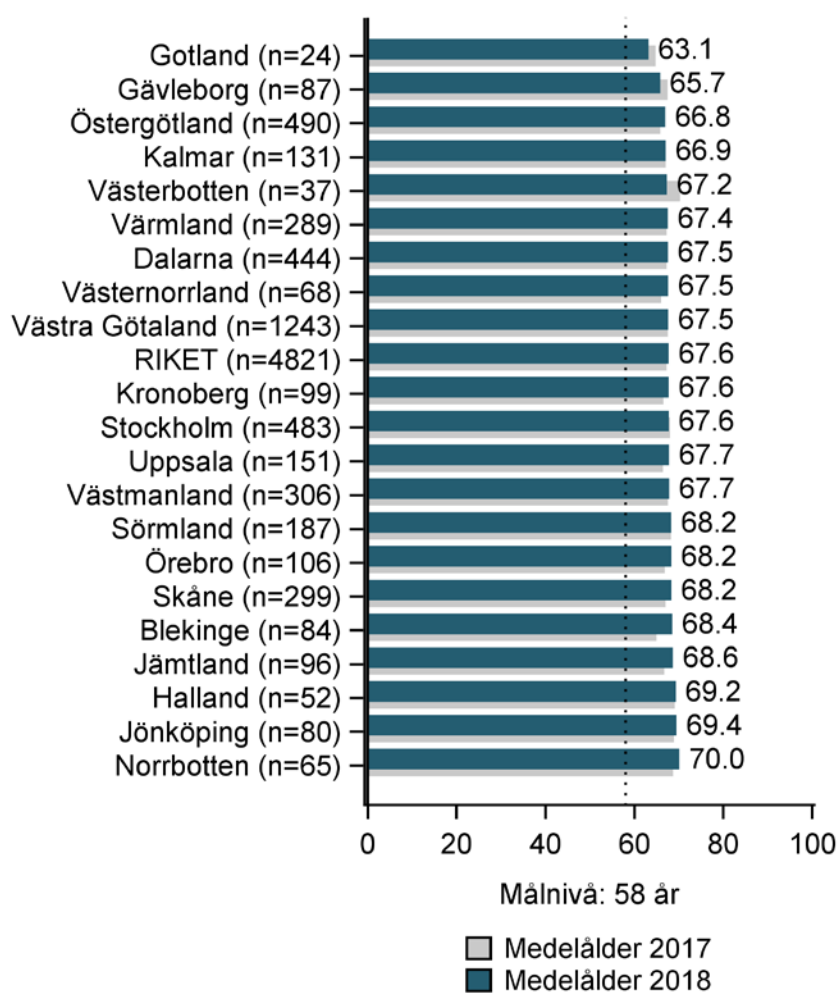
Medelålder för patienter i artrosskola

Rätt vård i rätt tid - Vi måste nå patienter med artros tidigare i förloppet

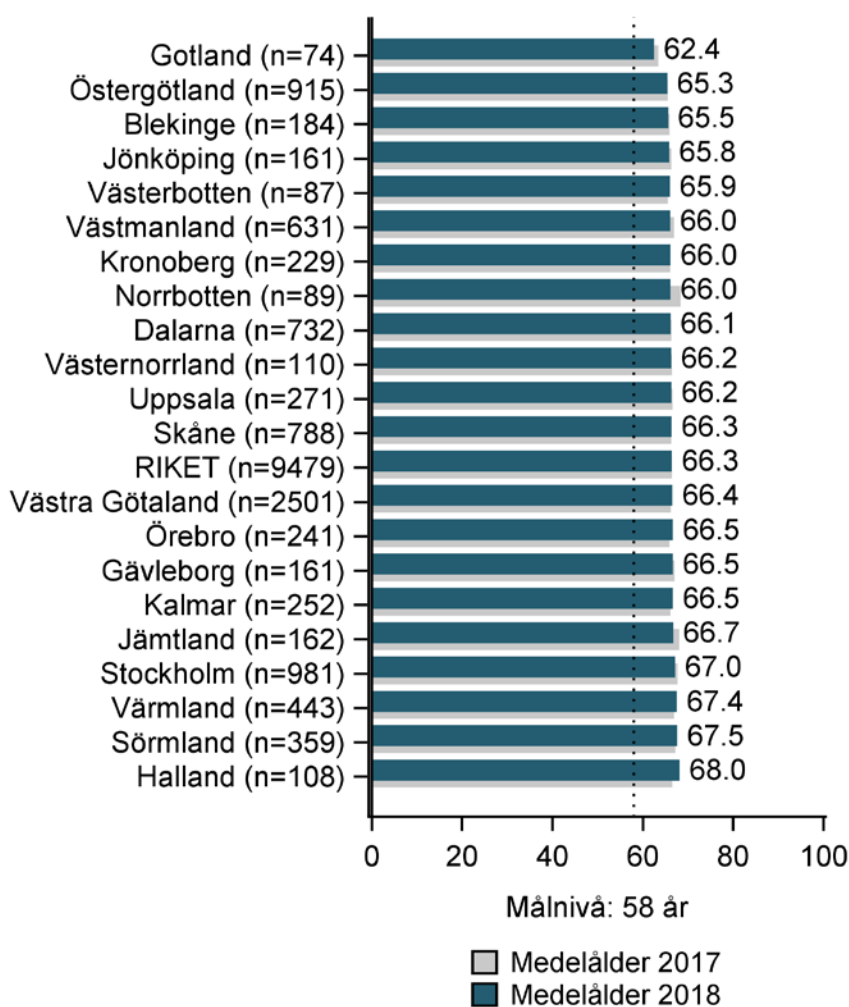
Medelåldern vid en höft- eller knäprotesoperation är enligt Svenska Höftprotesregistret 67 år. Medelåldern i BOA-registret ligger stadigt på 66 år. För att kunna hjälpa personer med artros på mest effektiva sätt måste vi nå dem tidigare i förloppet. Målnivån är därför satt till 58 år. Ett sätt att kunna uppnå målnivån är att göra information om artros och grundbehandling lättare tillgänglig för allmänheten.

Figurerna 15-17 tolkas så här: Ett bra resultat är en kort blå stapel. En blå stapel som är kortare än den grå stapeln visar att medelåldern för patienter i artrosskolan har sjunkit sedan 2017.

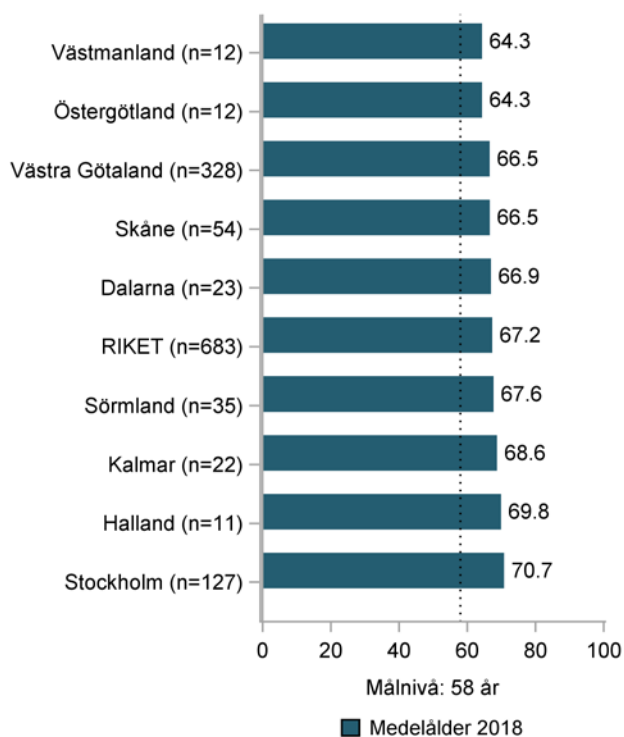
Figur 15: Höft. Medelålder för patienter vid första besöket, 2017-2018



Figur 16: Knä. Medelålder för patienter vid första besöket, 2017-2018



Figur 17: Hand. Medelålder för patienter vid första besöket, 2018



Andel röntgade

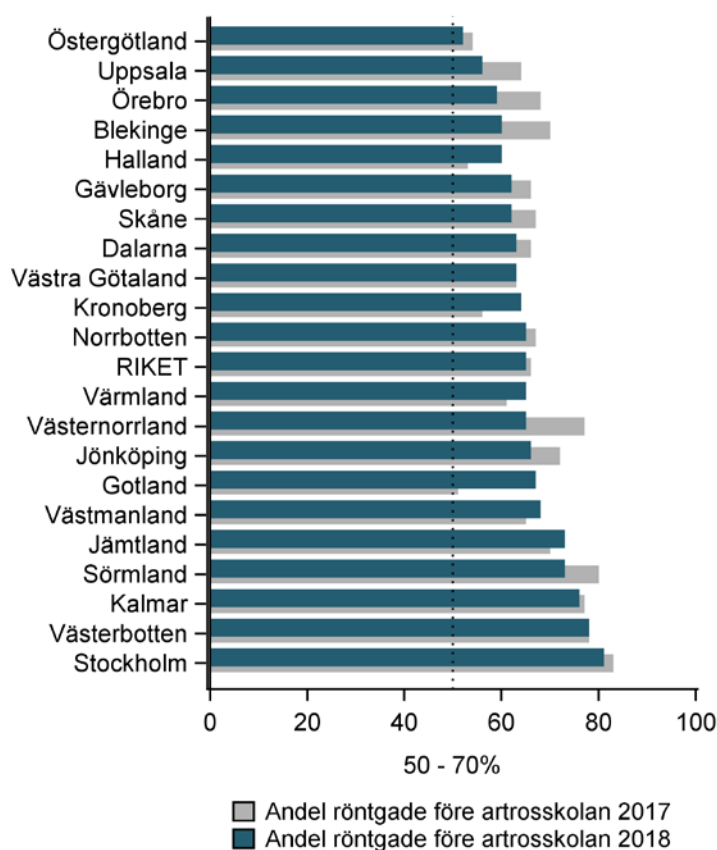
Vi når målnivån för andel röntgade innan grundbehandling

Målnivån för andel röntgade innan första besök är 50-70 % och satt av Socialstyrelsen. Den nåddes först 2017. Från att ha legat på 85 % år 2011 har siffran stadigt krupit neråt och 2018 är motsvarande siffra 65 % för höft och 69 % för knä. De regioner som ligger lägst för höft tangerar den undre, det vill säga bättre, målnivån. Det gäller Gotland med 51 % och Uppsala med 56 %. Hela 17 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.

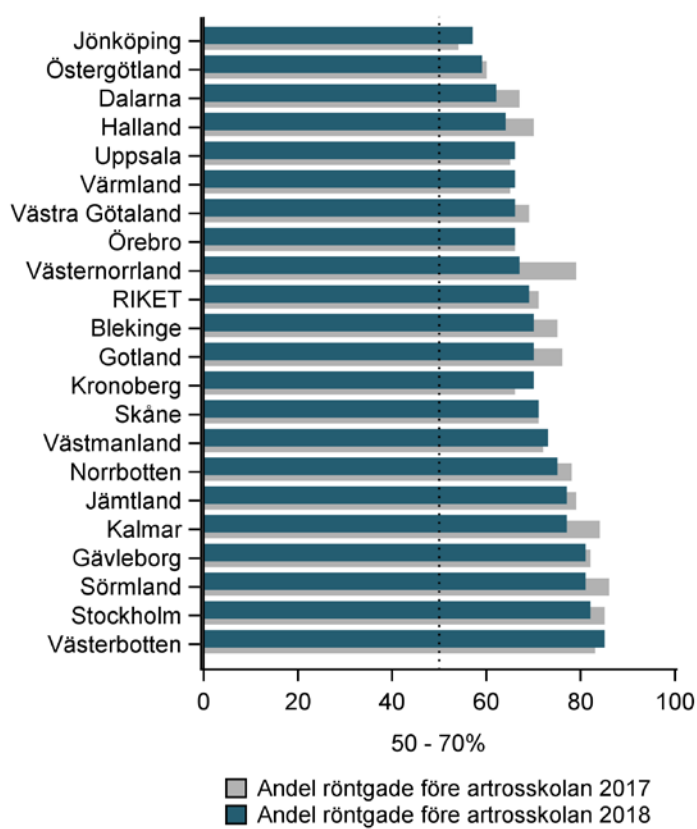
Vi vet att bäst effekt av träning nås tidigt i förloppet. Risken med att röntga personer i onödan är att man kan ge en felaktig diagnos, det vill säga att det inte är artros när det inte föreligger röntgenologisk artros men klinisk artros. Diagnosen artros ska, enligt Socialstyrelsen, ställas med hjälp av kliniska kriterier. Ser man inga 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.

Figurerna 18-19 tolkas så här: Ett bra resultat är en kort blå stapel. En färgad stapel som är kortare än en grå stapel visar att andelen som anger att de röntgats före artrosskolan har sjunkit sedan 2017.

Figur 18: Höft. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per region, 2017-2018



Figur 19: Knä. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per region, 2017-2018



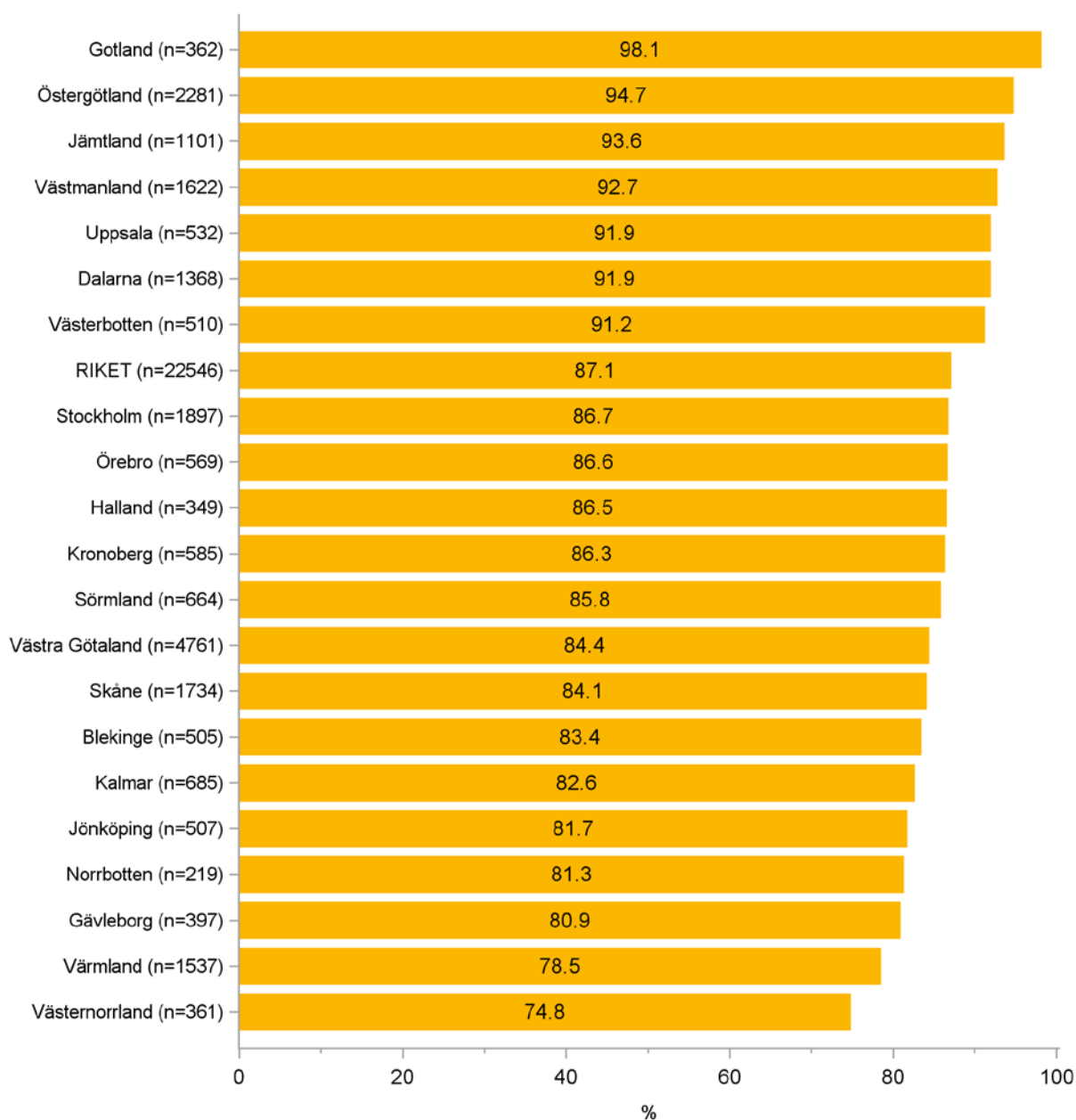
Följsamhet till intervention

Nedan följer statistik som visar hur väl regionerna klarar att erbjuda träning och får patienterna att delta i träning i tillägg till den teoretiska utbildningen om artros. (Figur 20-21).

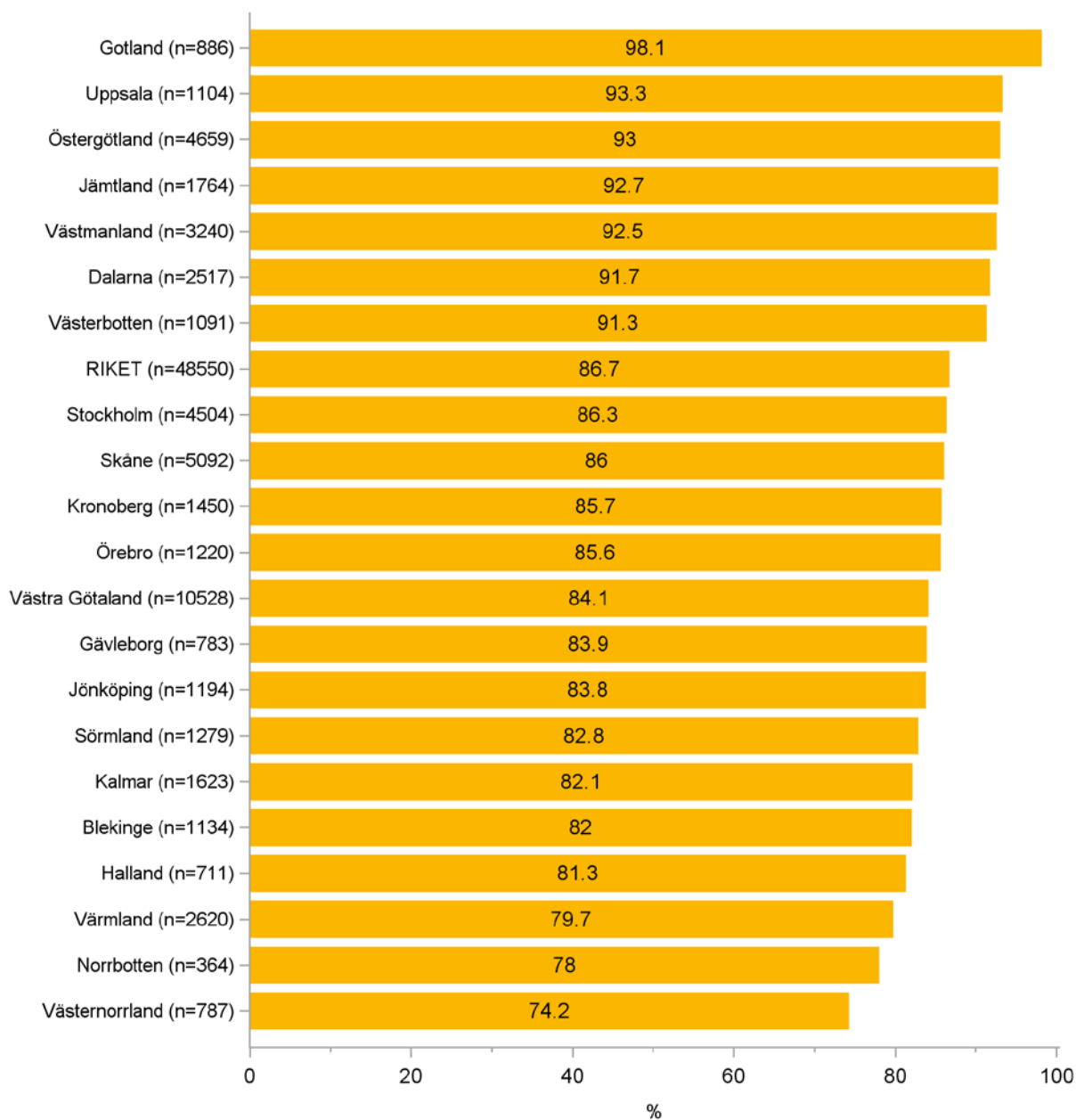
Individuellt anpassat träningsprogram

Alla patienter som deltar i artrosskolan bör erbjudas ett individuellt anpassat träningsprogram. På figurerna nedan betyder en lång stapel att en stor andel patienter har fått ett individuellt anpassat träningsprogram. Rikssnittet är att 87 % av patienterna har fått ett sådant träningsprogram.

Figur 20: Höft. Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång, per region, 2008-2018



Figur 21: Knä. Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång, per region, 2008-2018

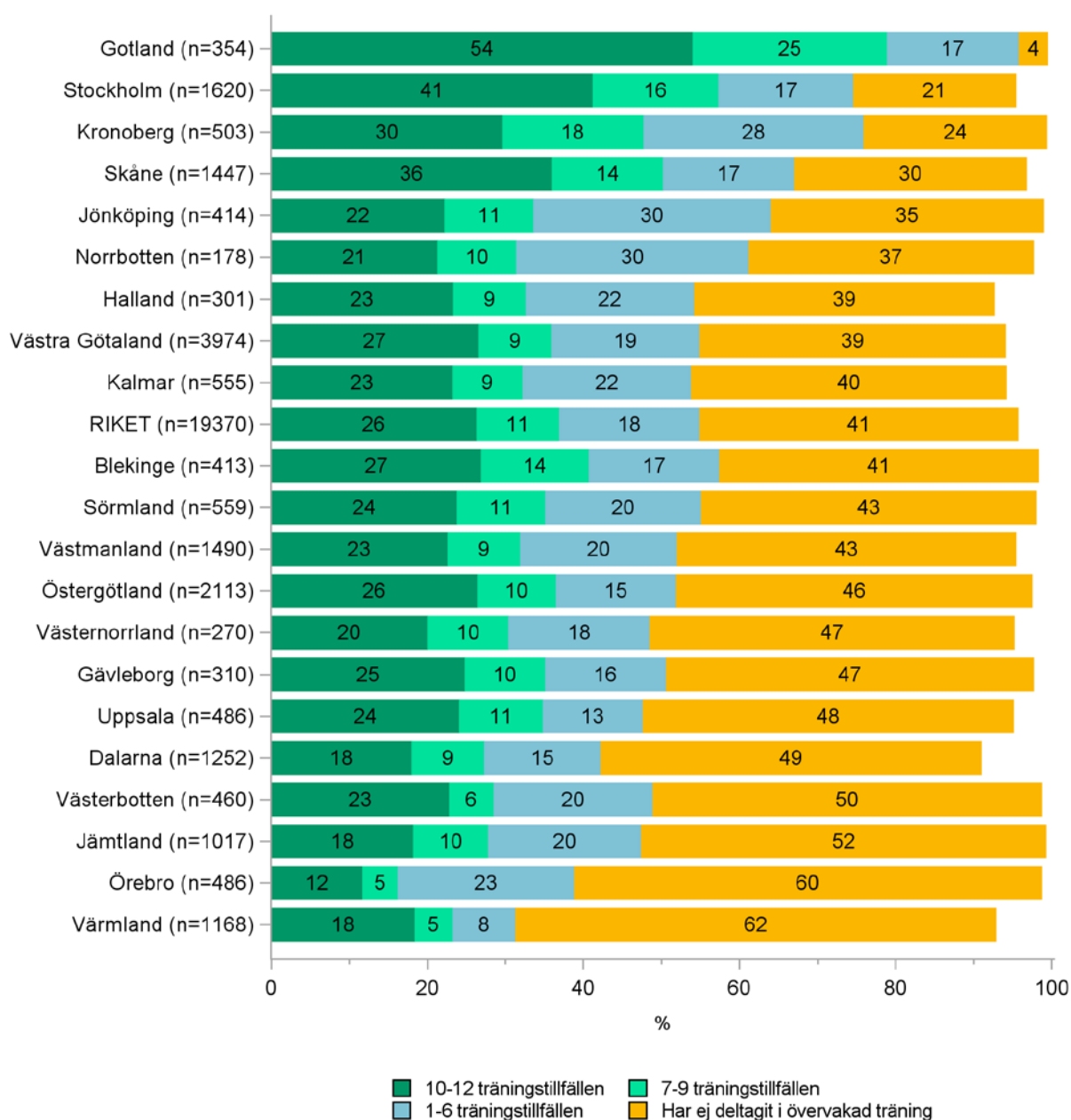


Flera övervakade träningstillfällen

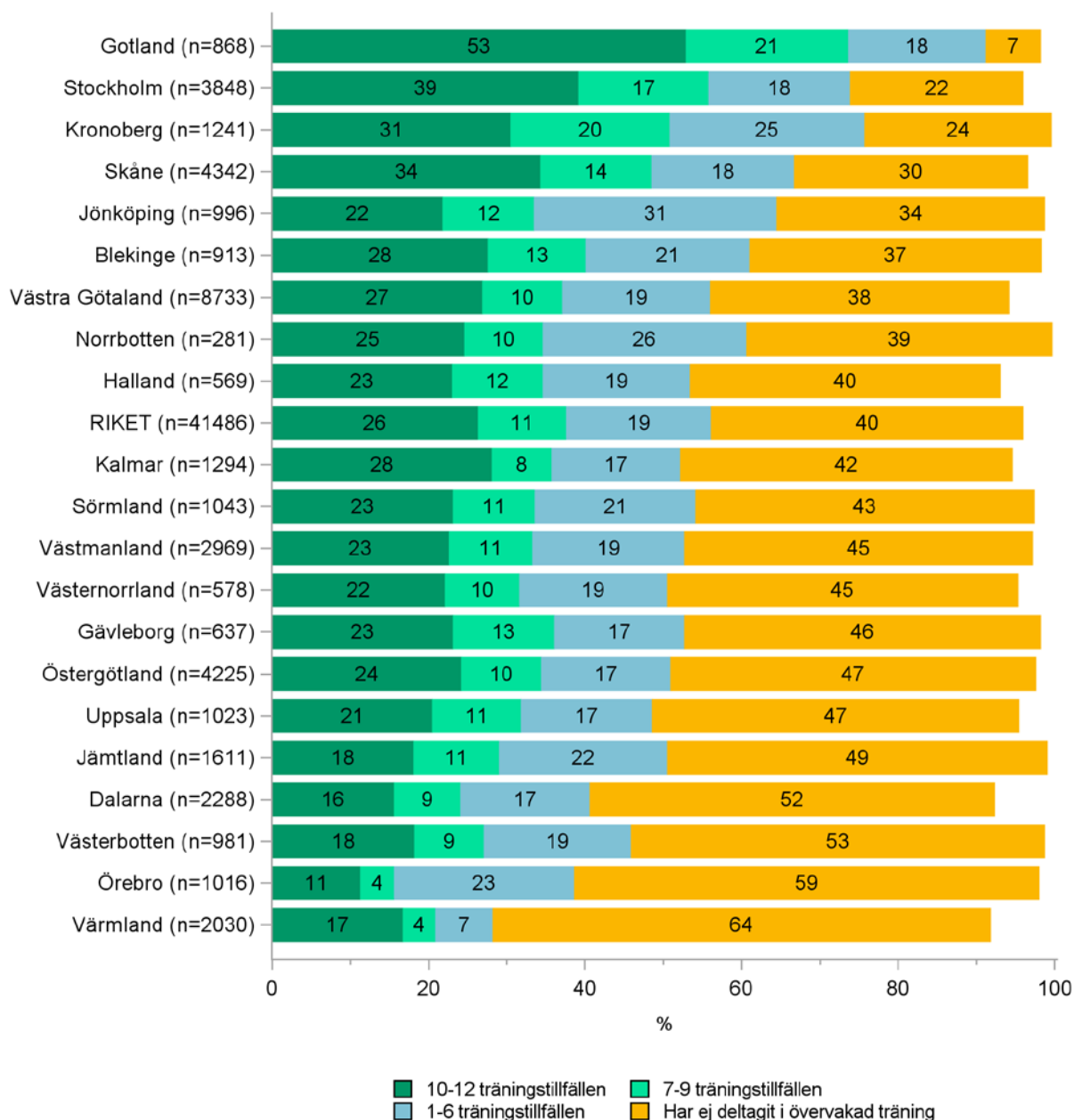
Patienter som fått ett individuellt utprovat program kan välja att fortsätta träna på egen hand eller att träna under handledning av fysioterapeut i sex veckor eller mer. I figur 22 och 23 nedan visar en kort orange stapel att en stor andel patienter deltagit i handledd träning. Rikssnittet är att 40-41 % av patienter väljer att fortsätta träna på egen hand.

Av de patienter som deltar i övervakad träning har 26 % tränat 10-12 sessioner, 11 % 7-9 sessioner och 18-19 % har tränat 1-6 sessioner. Gotland utmärker sig som den region som har flest övervakade träningstillfällen.

Figur 22: Höft. Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per region, 2008-2018



Figur 23: Knä. Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per region, 2008-2018

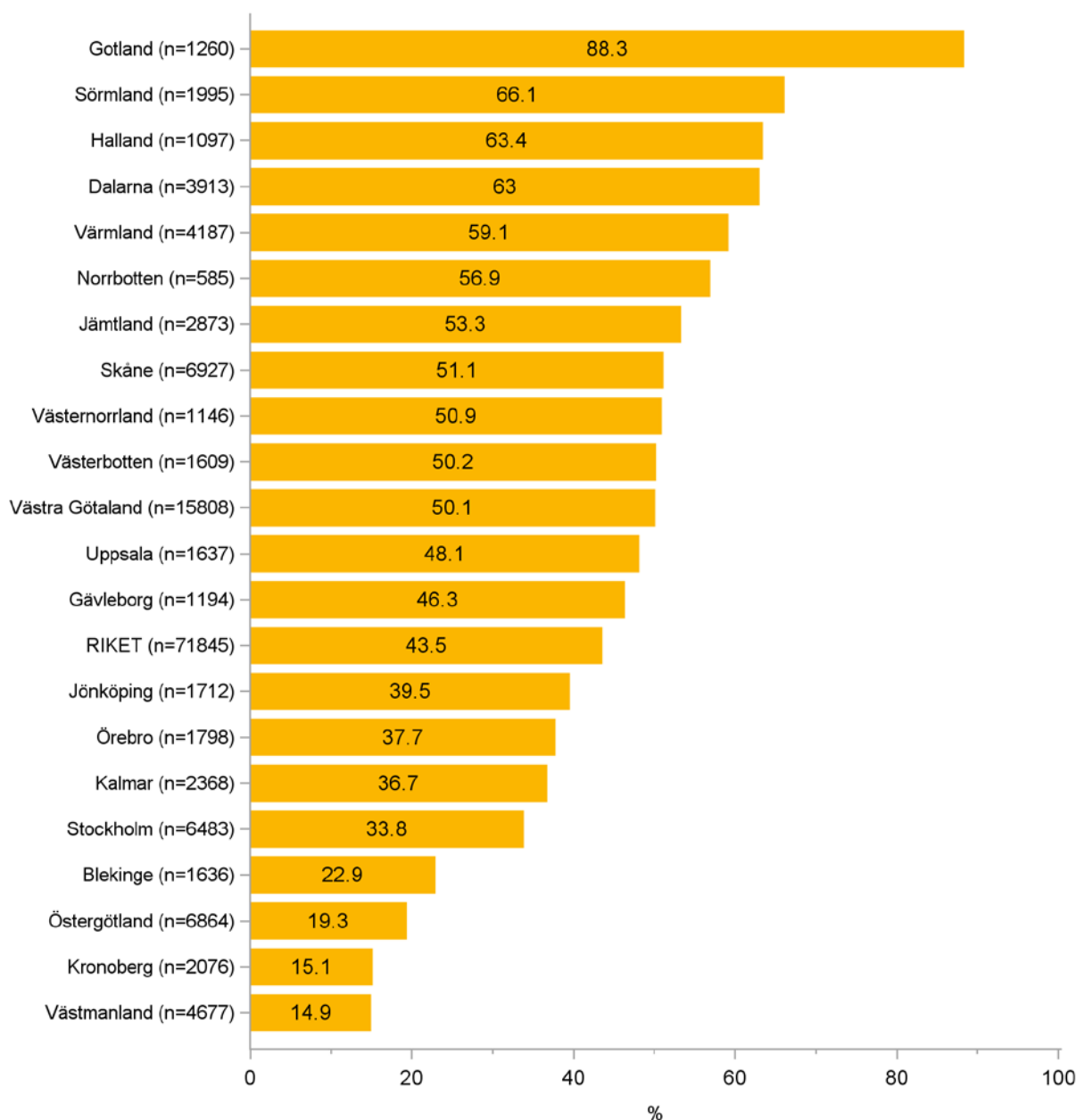


Samverkan med artrosinformatörer

I många artrosskolor samverkar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med artrosinformatörer, det vill säga patienter med artros som själva har erfarenhet av att leva med artros och som har upplevt den skillnad en förändring i livsstil och aktivitetsnivå kan medföra. Artrosinformatörerna är utbildade av Reumatikerförbundet för att kunna leda ett samtal kring erfarenheter av icke-kirurgisk behandling och hur man kan leva ett gott liv trots artros.

I figur 24 nedan betyder en lång stapel att många patienter har deltagit i en träff med artrosinformatör. Rikssnittet för samverkan med artrosinformatörer är 43,5 %.

Figur 24: Andel patienter som har deltagit vid tillfälle med artrosombud på regionnivå, 2008-2018



Uppföljning

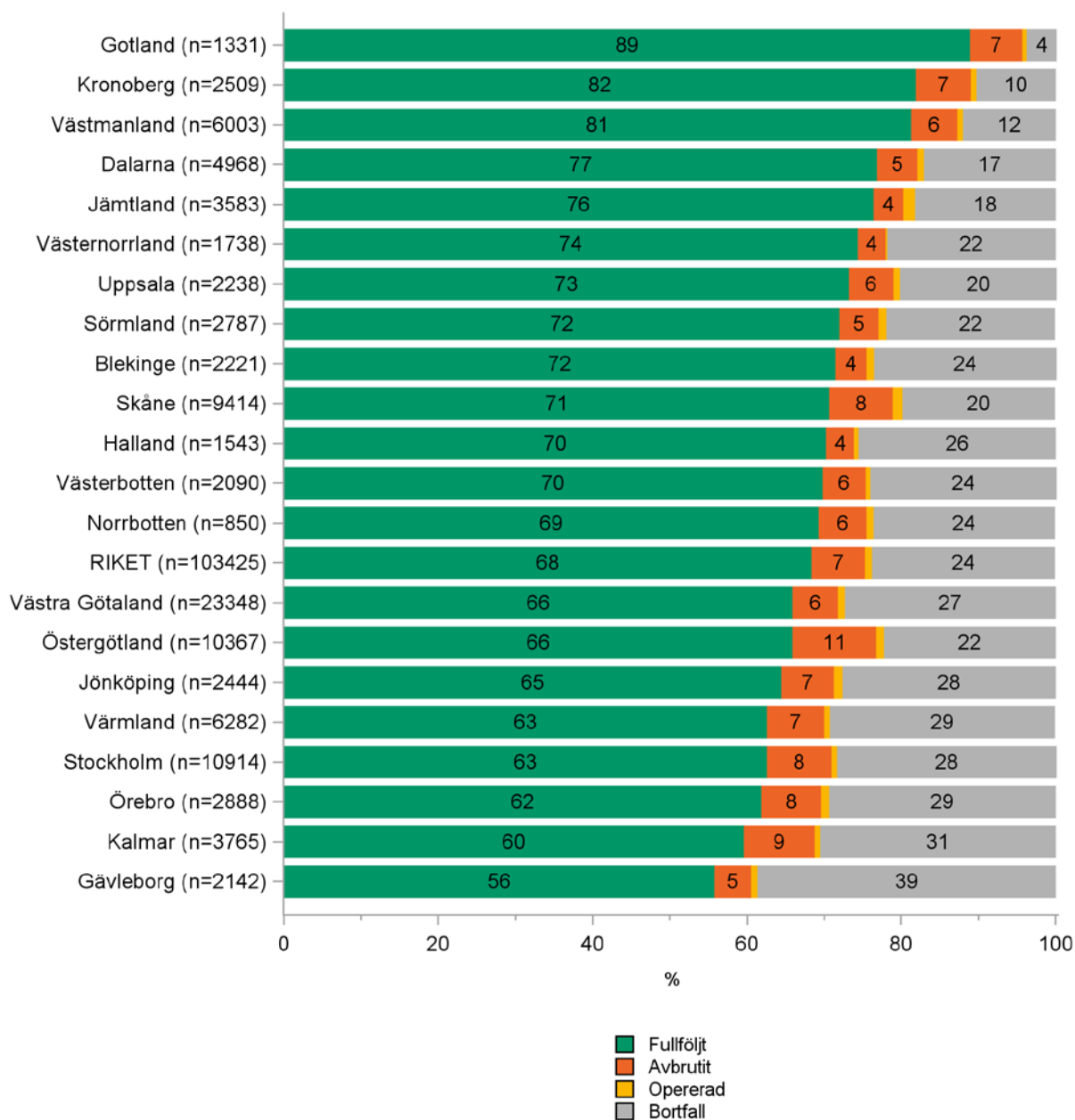
Vi måste säkra våra processer för uppföljning av grundbehandling för artros

Uppföljning av personer med artros skiljer sig åt i landet. I de regioner där man i större utsträckning har etablerat rutiner för både vårdkedjan och för registrering i BOA 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. Även dåliga rutiner kring registrering och artrosskola kan leda till onödigt bortfall. Resultat från tidigare förbättringsarbete inom BOA-registret har visat att man med ett strukturerat arbetssätt kan förbättra sina resultat.

Målnivån för andelen patienter som har följts upp vid 3 månader är 80 %.

Figur 25 tolkas så här: Det är bra med en lång grön stapel. En sådan visar att många patienter har följts upp och rapporterats till registret efter 3 månader.

Figur 25: Andel patienter som har följts upp vid tre månader, 2008-2018



Indikatorer för vårdkvalitet

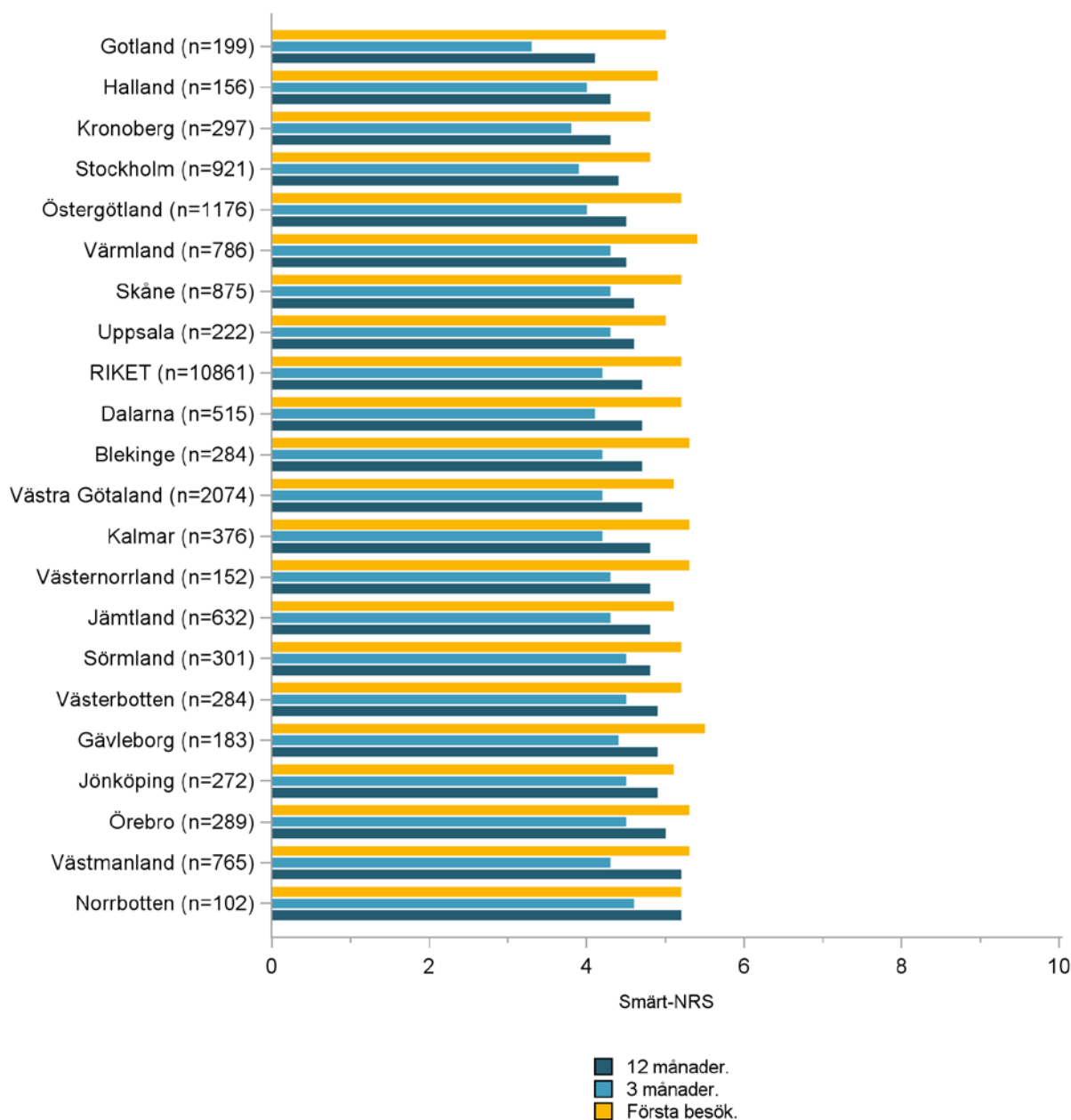
Smärtintensitet

Nedan redovisas smärtintensitet från den mest besvärade leden under den senaste veckan 2008-2018. Figurerna 26-27 ska tolkas så här: Numeric Rating Scale, NRS, går från 0 som är ingen smärta till 10 som är maximal smärta. Smärtintensiteten mäts vid tre tillfällen, vid första besök (gul stapel), efter 3 månader (ljusblå stapel) och efter 12 månader (mörkblå stapel).

Höft

Vi ser på riksnivå att smärtan minskar i snitt 1 poäng på NRS-skalan efter 3 månader. Efter 12 månader reduceras förbättringen till 0,6 poäng.

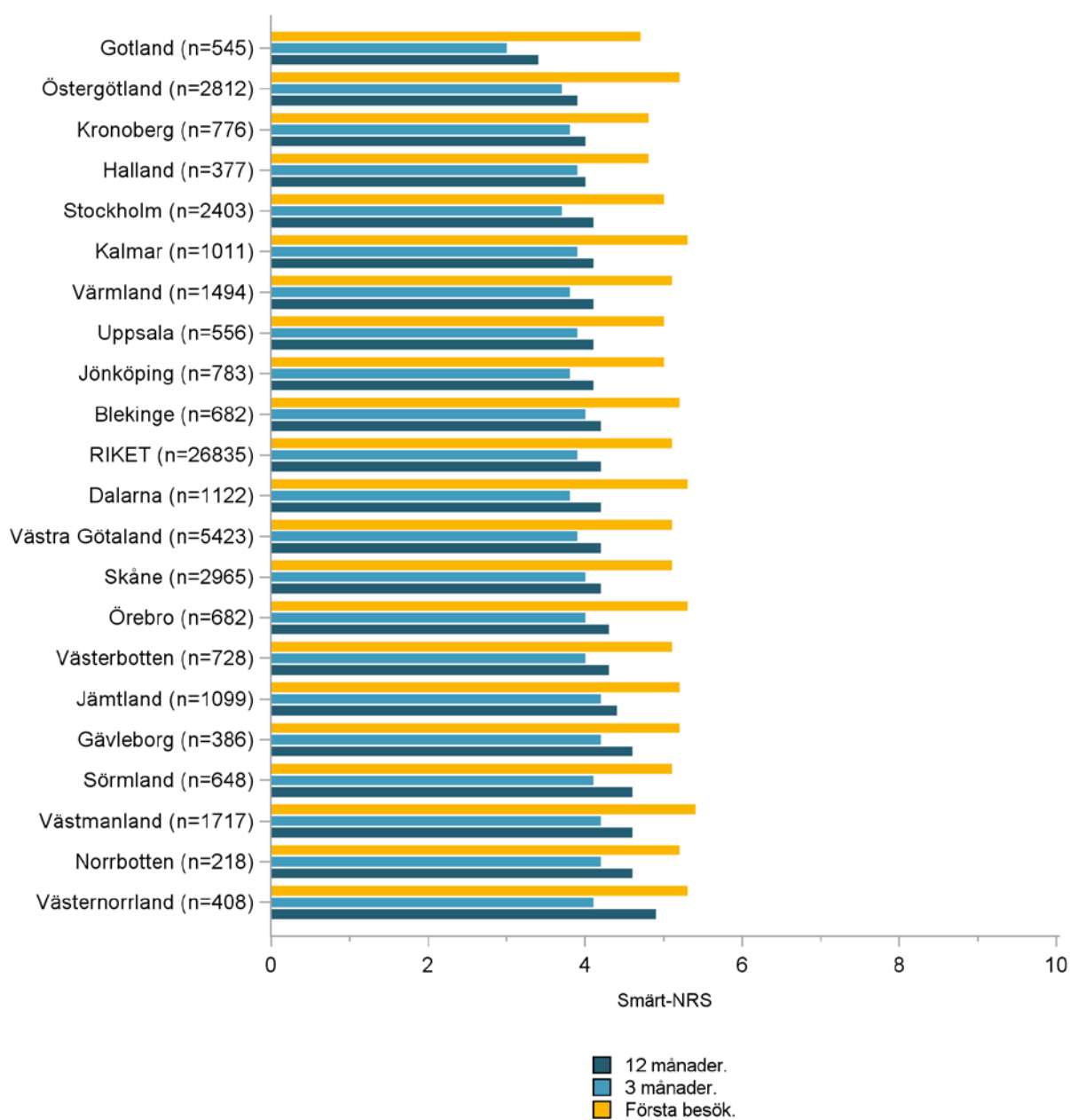
Figur 26: Höft. Smärtintensitet för patienter med registreringar vid första besöket samt 3 och 12 månader efter grundbehandling, 2008-2018



Knä

Vi ser på riksnivå att smärtan minskas med i snitt 1,3 poäng på NRS-skalan. Efter 12 månader reduceras förbättringen till 1 poäng.

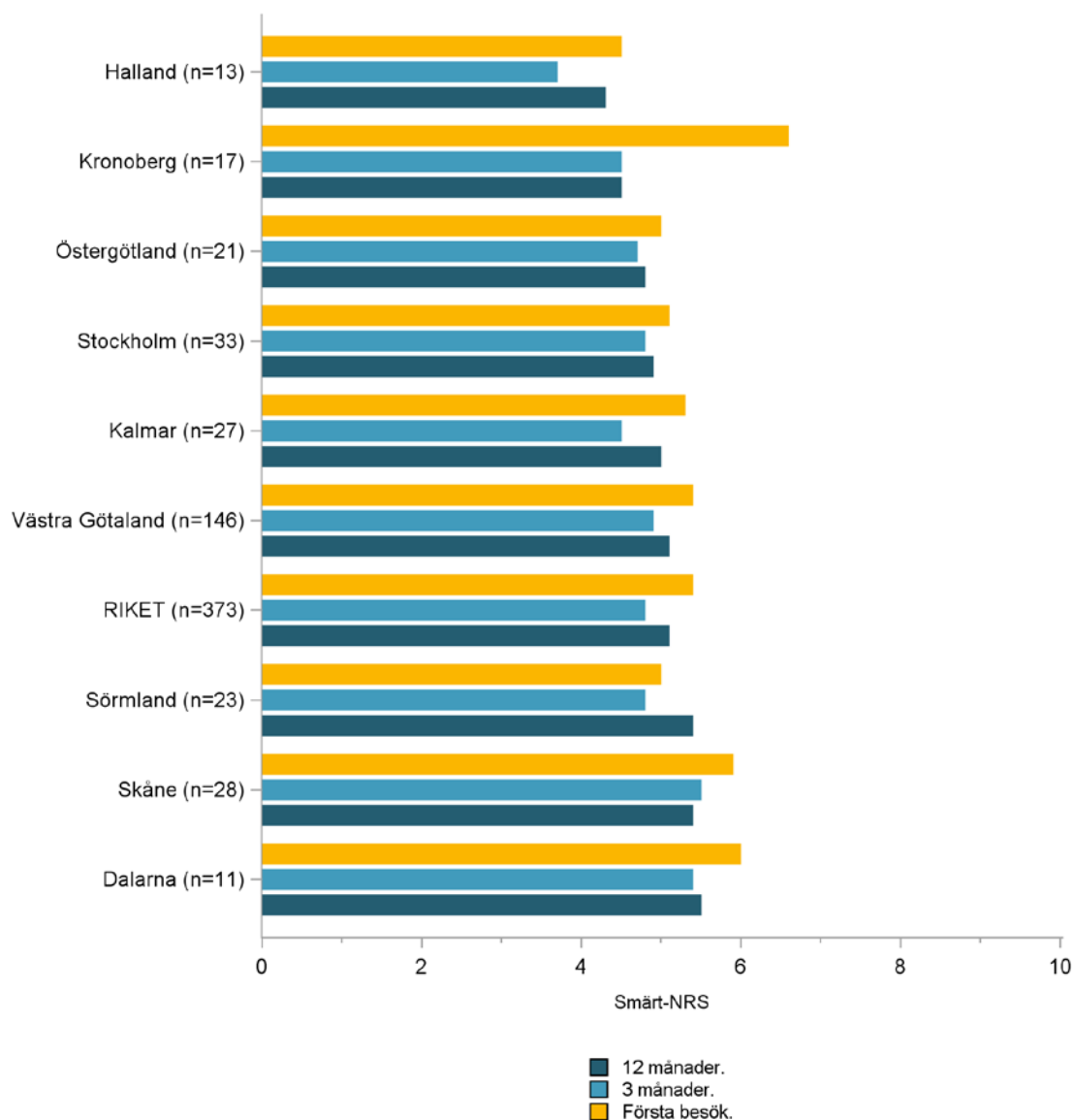
Figur 27: Knä. Smärtintensitet för patienter med registreringar vid första besöket samt 3 och 12 månader efter grundbehandling, 2008-2018



Hand

Personer med artros i händer har inkluderats i BOA sedan 2016. Än så länge är få personer registrerade och statistiken är därför inte tillförlitlig, utan måste tolkas med försiktighet. Av denna orsak redovisar vi endast smärtintensitet för personer med handartros. Vi ser på riksnivå att smärtan minskar med 0,6 poäng efter 3 månader. Efter 12 månader är förbättringen reducerad till 0,3 poäng.

Figur 28: Hand. Smärtintensitet för patienter med registreringar vid första besöket samt 3 och 12 månader efter grundbehandling, 2018



Smärtfrekvens

Grundbehandling kan minska smärtfrekvensen

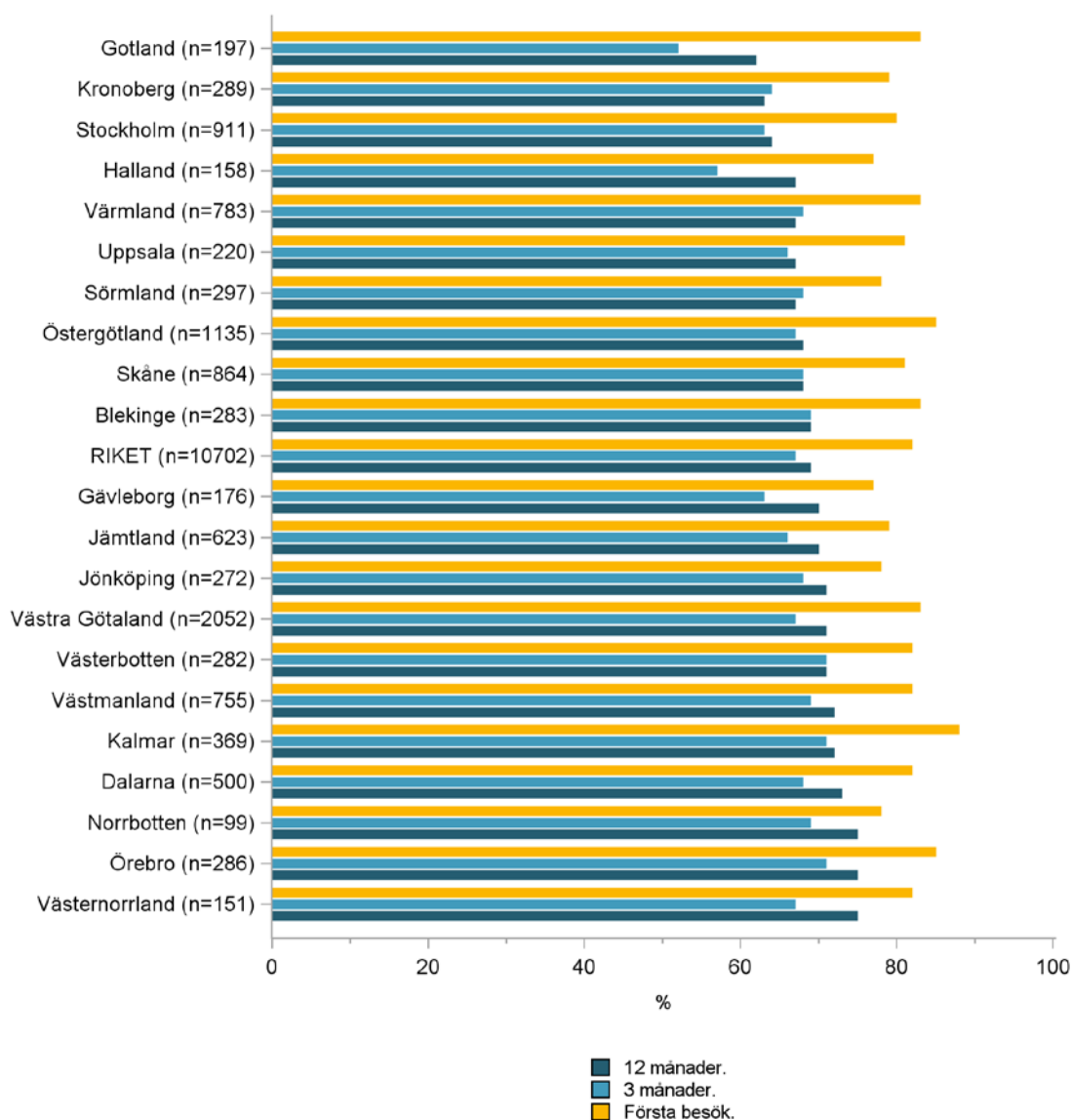
Cirka 80 % av patienter som söker primärvård för artros har ont varje dag/alltid. Resultatet av grundbehandling för höftartros på Gotland och i Halland når målnivån 20 % lägre andel med ont varje dag/alltid efter 3 månader. Resultatet av grundbehandling för knäartros på Gotland, i Östergötland och i Värmland når målnivån 20 % lägre andel med ont varje dag/alltid efter 3 månader. Många regioner når nästan upp till målnivån. I de flesta regioner lyckas man hålla kvar förbättringen som uppnås vid 3 månader fram till 12-månadersuppföljningen.

Figurerna 29-30 tolkas så här: En kort stapel betyder bra resultat. Den övre stapeln bör vara längst och den undre kortast. Då är trenden positiv.

Höft

Vi ser att andelen som har ont varje dag/alltid minskas med i snitt 14 % efter 3 månader. Efter 12 månader reduceras förbättringen till 12 %.

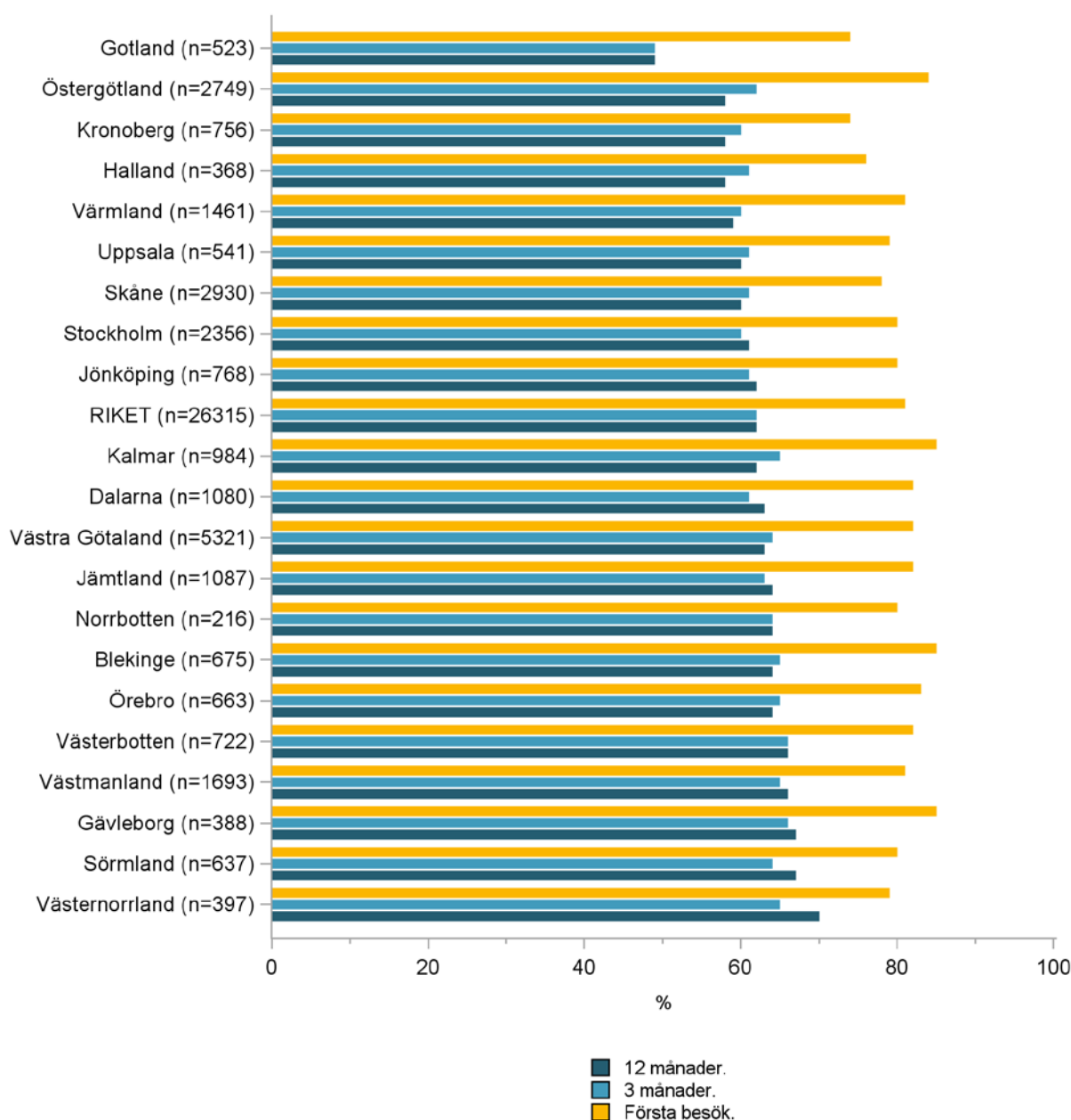
Figur 29: Höft. Andel patienter med ont varje dag/alltid vid första besöket samt 3 och 12 månader efter grundbehandling, 2008-2018



Knä

Vi ser att andelen med ont varje dag/alltid minskas med i snitt 18% efter 3 månader. Efter 12 månader kvarstår förbättringen på 18%.

Figur 30: Knä. Andel patienter med ont varje dag/alltid vid första besöket samt 3 och 12 månader efter grundbehandling, 2008-2018



Fysisk aktivitet

I de flesta regioner ökar andelen fysiskt aktiva

Vi ser fortsatt att i de flesta regioner har andelen fysiskt aktiva ökat vid 3-månaderskontrollen, men förbättringen finns inte kvar fullt ut vid 12-månadersuppföljningen. 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 2017 noterades en ökning av andelen personer som var otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök jämfört med tidigare. Denna trend kvarstår 2018. Vid första registreringen i BOA 2017 var 33 % av personerna med artros i höft, knä eller hand otillräckligt fysiskt aktiva. Vid tre månader hade siffran sjunkit till 25 %, men efter ett år hade andelen åter stigit något till 28 %.

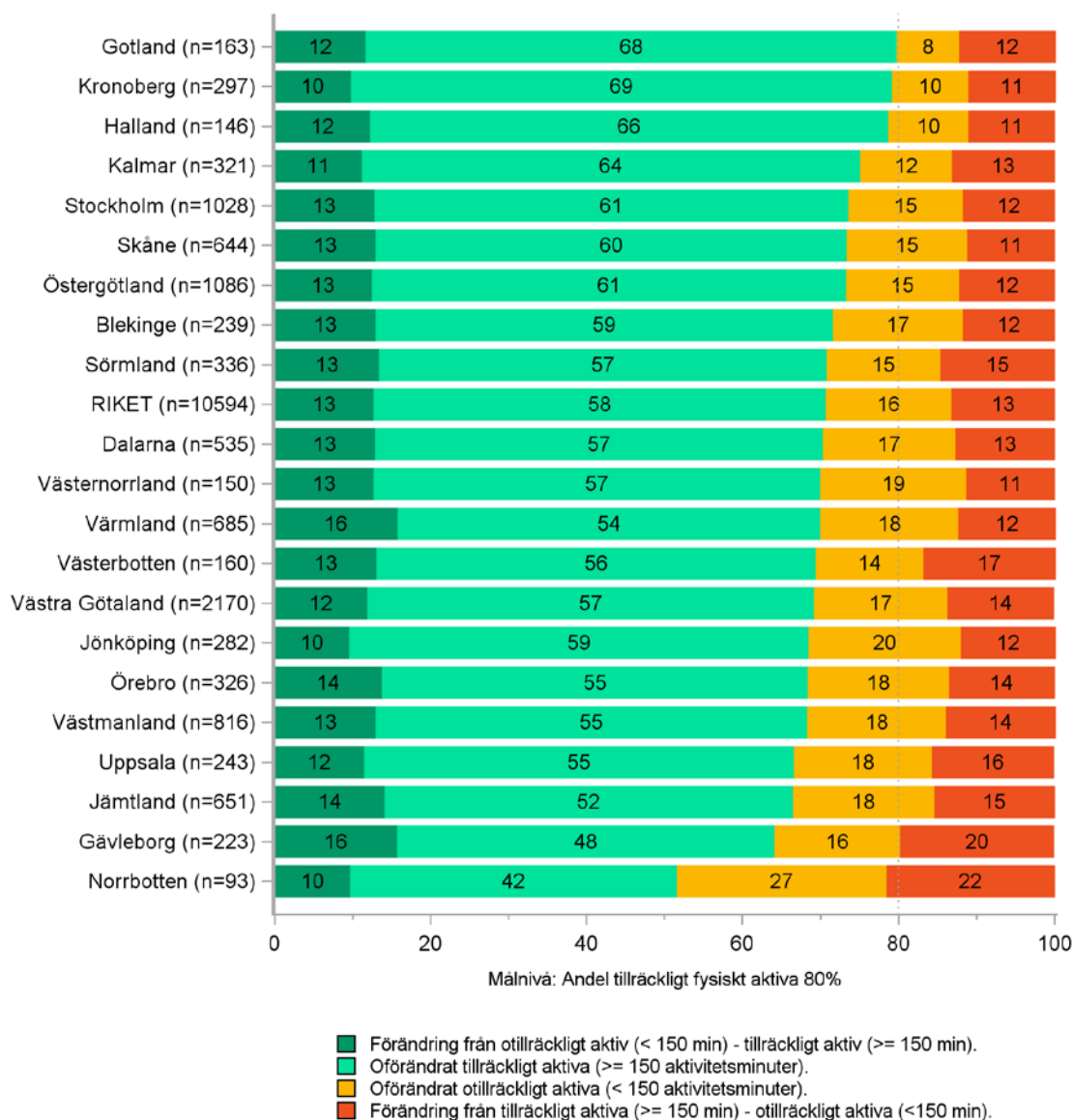
Det verkar alltså inte som om en intervention på 3 månader är tillräcklig för att få till stånd varaktiga livsstilsförändringar. Regioner där man har lyckats vidmakthålla förbättringar ger patienter ett FAR-recept efter 3 månader. Detta följs upp antingen i grupp eller per telefon 9 månader efter avslutad artrosskola.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor bör man nå upp till minst 150 aktivitetsminuter per vecka.

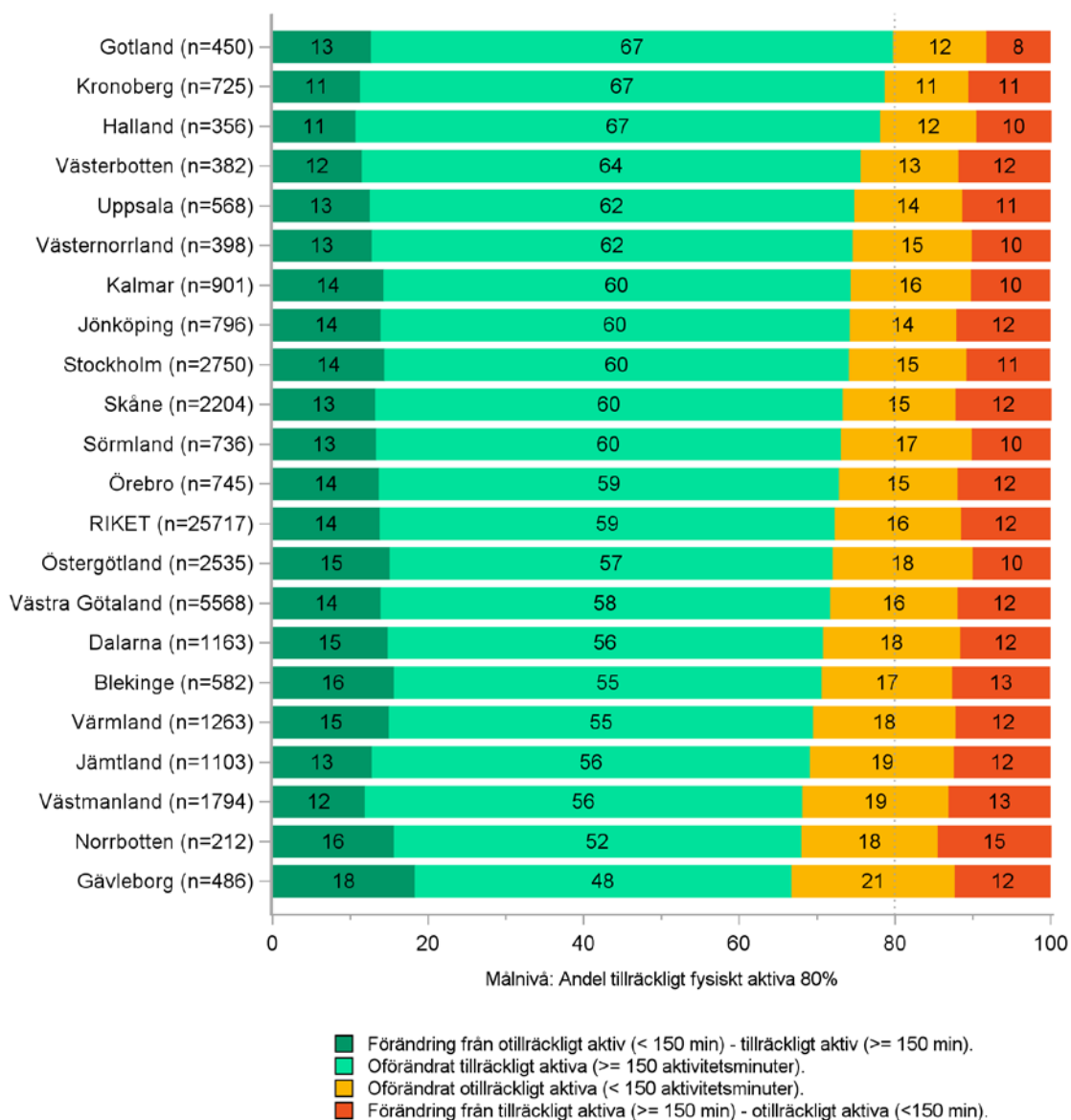
Målnivå: Andel tillräckligt fysiskt aktiva ska vara mer än 80 % och förbättringen ska kvarstå efter ett år.

Figureerna 31-32 ska tolkas så här: Den gröna stapeln (mörkgrön + ljusgrön) bör sträcka sig över 80 %.

Figur 31: Höft. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader. Gäller patienter med första besök under 2008-2017.



Figur 32: Knä. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader. Gäller patienter med första besök under 2008-2017.



Hälsorelaterad livskvalitet

EQ5D-5L beräknas på ett index baserat på fem frågor med fem svarsalternativ. Frågorna gäller rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Svaren räknas samman till ett index som går från noll till ett, där ett motsvarar full hälsorelaterad livskvalitet.

Under 2018 skattade personer med höftartros sin hälsorelaterade livskvalitet till 0,57 och personer med knäartros sin till 0,61 vid första registreringen. I snitt 20 % av patienter med höftartros och 24 % av patienter med knäartros får en kliniskt betydelsefull förändring (målnivån 0,1) i hälsorelaterad livskvalitet efter grundbehandling.

Analys av hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D visar att de som skattar sin hälsorelaterade livskvalitet sämst vid första besök är personer som är under 65 år. För kvinnor med knäartros har den självskattade livskvaliteten efter ett år stigit ytterligare och de tycks vara den grupp som har den

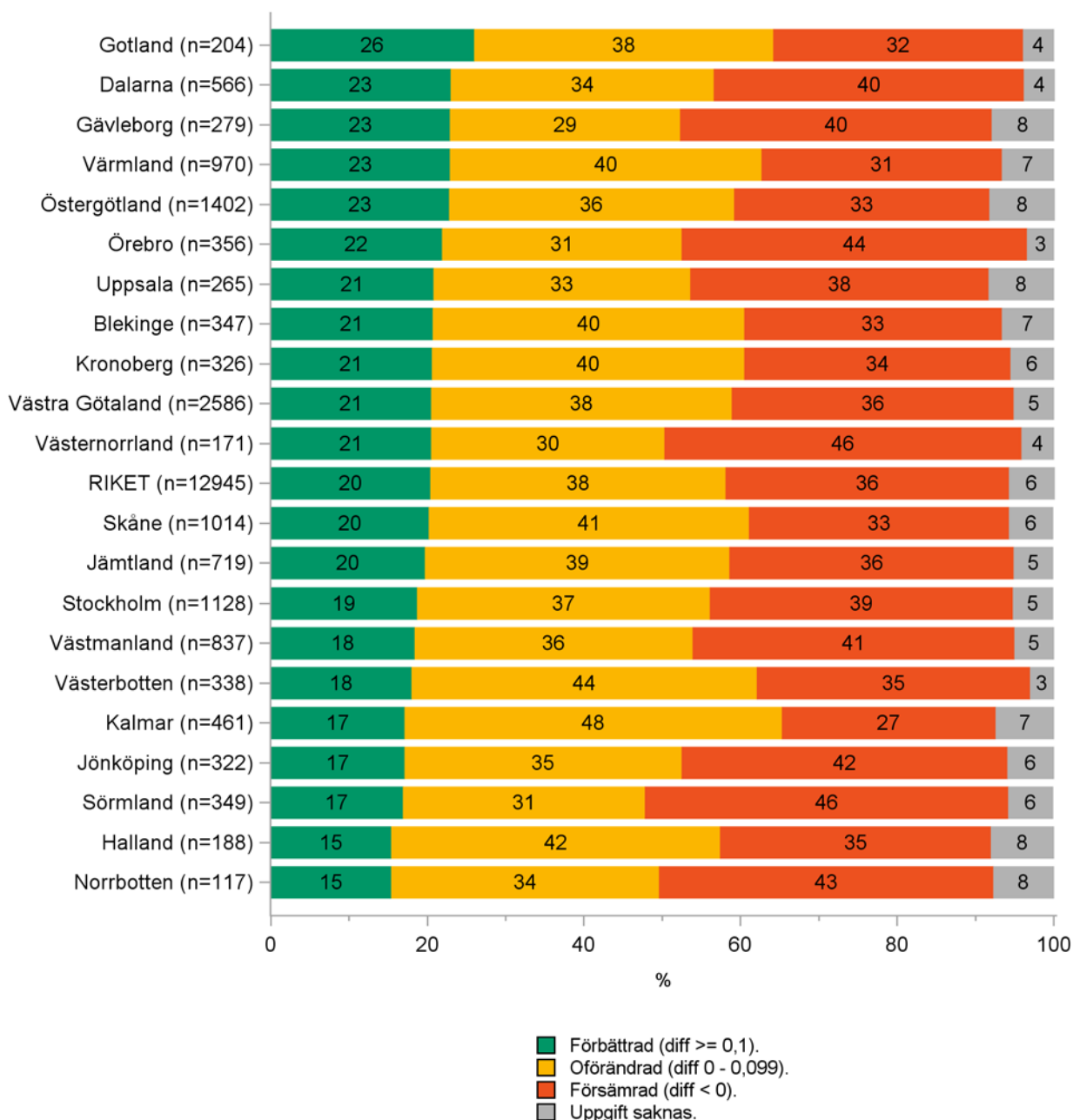
största effekten av behandlingen sett till EQ5D-förändring. Ökningen av hälsorelaterad livskvalitet är inte lika tydlig för dem med höftartros. Män under 65 med höftartros är de som har sämst effekt av artrosskola avseende hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten för de yngre männen behöver analyseras ytterligare, för att man ska se om det är någon del i interventionen som vi missar för dessa personer.

På följande sidor redovisas andelen patienter som når målnivå för EQ5D efter grundbehandling för artros. (Gäller september 2012-2018).

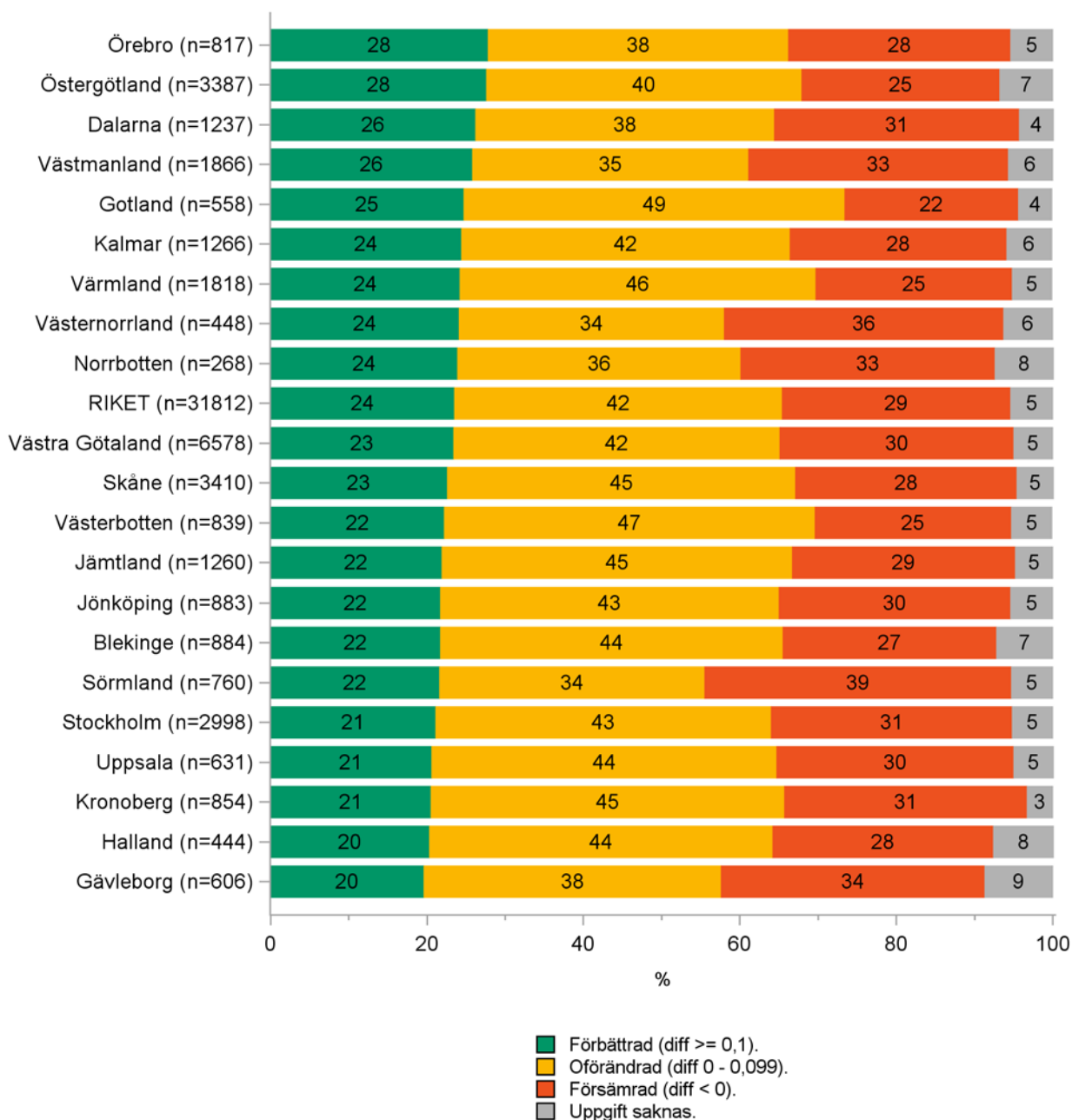
Målnivå: 30 % av patienterna ska förbättras minst 0,1 i hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, och förbättringen ska kvarstå efter ett år. Målnivån är satt efter de resultat som de bästa enheterna når.

Figureerna 33-34 tolkas så här: En lång grön stapel betyder att en stor del av patienterna har förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet med minst 0,1. Även den gula stapeln kan innebära en förbättring men inte så mycket som 0,1. Den röda stapeln är andelen som försämras och bör vara kort. Den gråa stapeln är andelen som saknar uppgift.

Figur 33: Höft. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid 12 månader. Gäller patienter med ettårsuppföljning 2018 eller tidigare.



Figur 34: Knä. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid 12 månader. Gäller patienter med ettårsuppföljning 2018 eller tidigare.



Hälsotillstånd

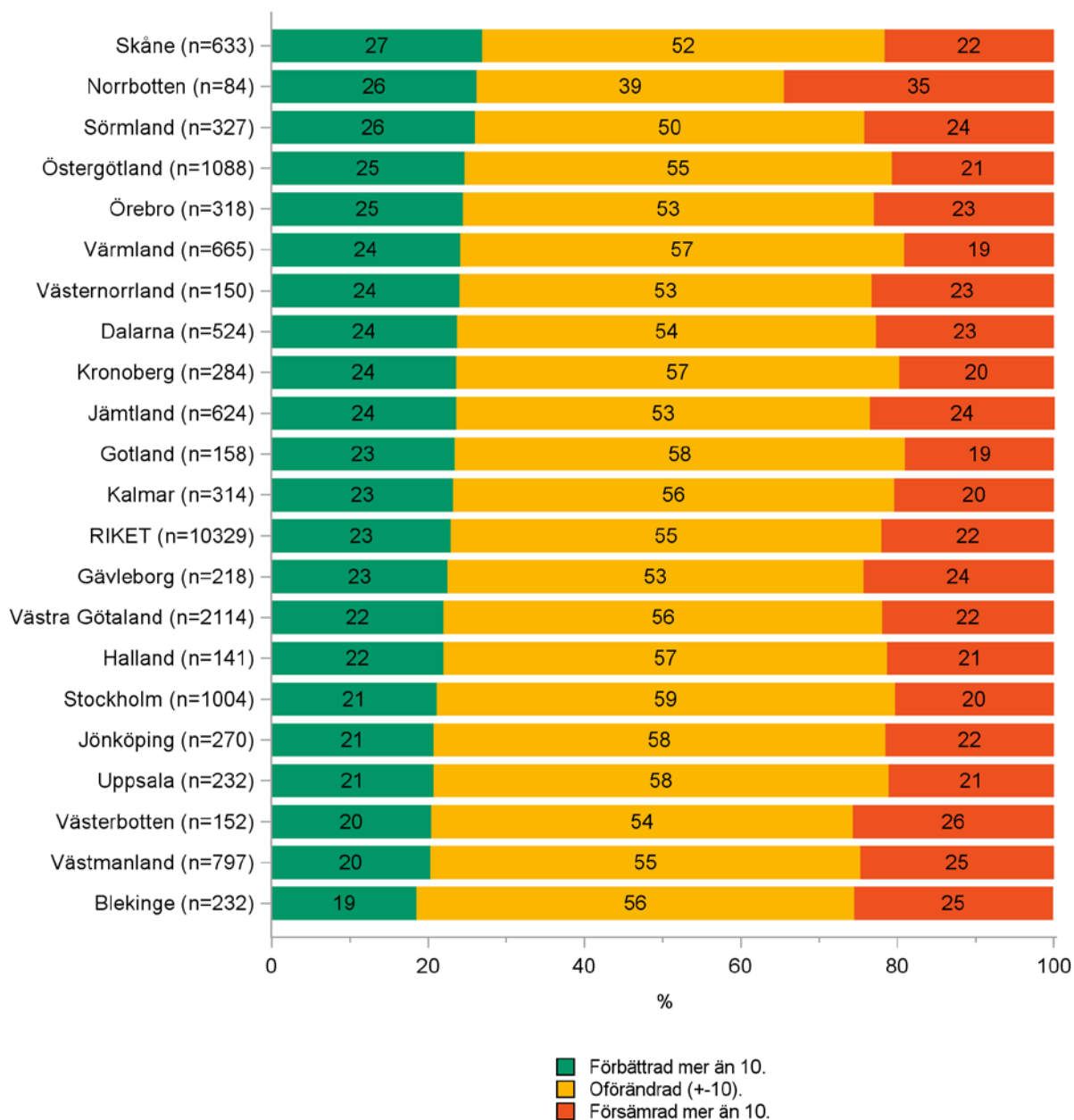
EQ-VAS är en skala där man sätter ett kryss mellan 0 och 100, där 0 motsvarar ”sämsta hälsa du kan tänka dig” och 100 ”bästa hälsa du kan tänka dig”. När det gäller knäartros har alla regioner större andel personer med förbättrat hälsotillstånd än med försämrat hälsotillstånd. Nästan alla regioner uppnår att mer än 20 % av patienterna förbättras mer än 10 poäng. Men ingen region når målnivån för hälsotillstånd, att 30 % av patienterna ska förbättras mer än 10 poäng efter 12 månader vid höft- och knäartros. För sex regioner var andelen personer med höftartros med försämrat hälsotillstånd större än andelen med förbättrat hälsotillstånd.

Här redovisas andelen patienter med förbättrat hälsotillstånd, EQ5D-VAS, efter genomgången grundbehandling. (Gäller september 2012-2018).

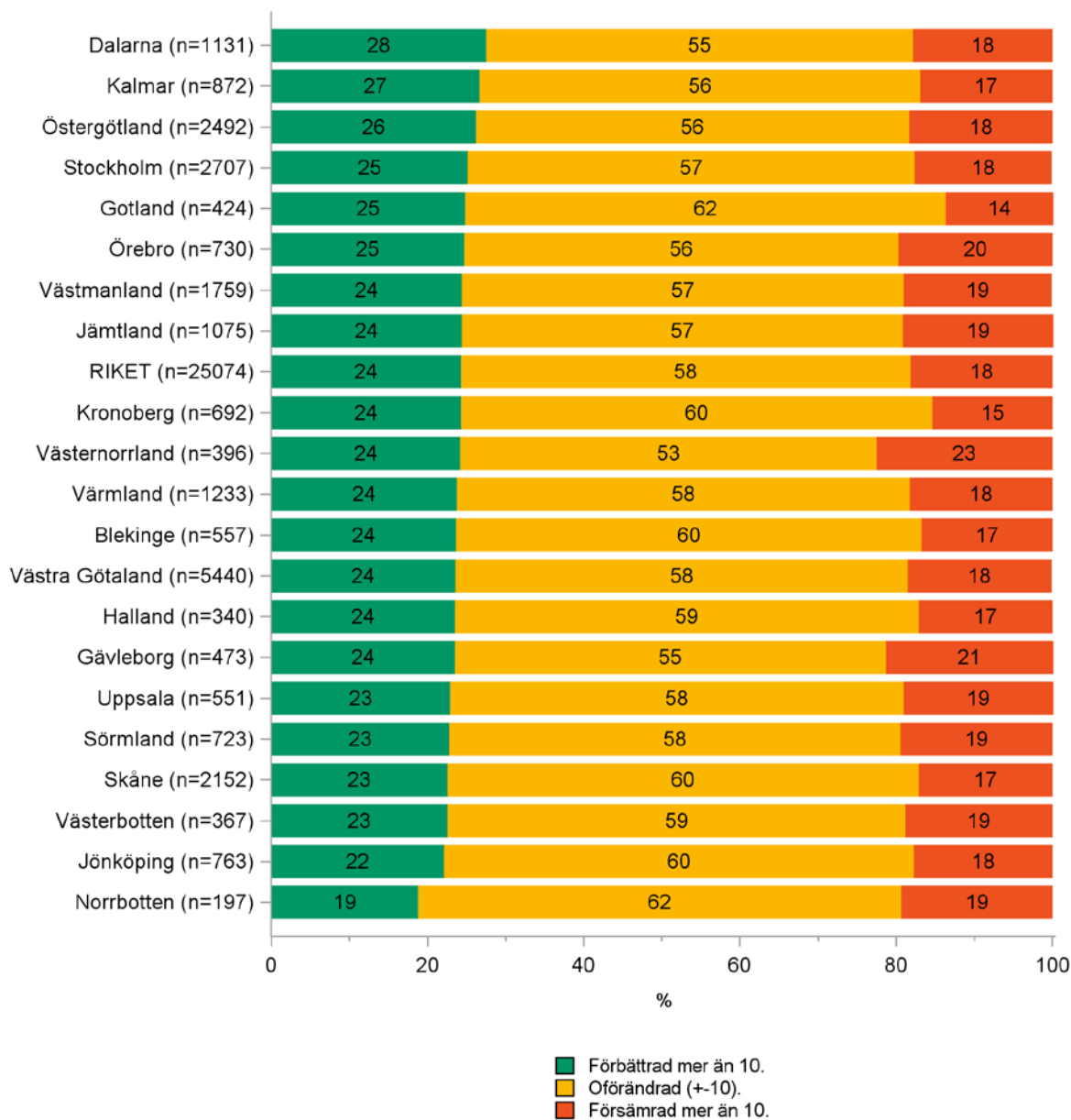
Målnivå: 30 % av patienterna är förbättrade mer än 10 poäng efter 12 månader. Andel förbättrade ska vara större än andel försämrade. Målnivån är satt efter de resultat som de bästa enheterna når.

Figurerna 35-36 ska tolkas så här: Det är bra med en lång grön stapel och den gröna stapeln bör vara längre än den röda. Då är andelen som förbättrats större än andelen som försämrats. En grön stapel som når över 30 % betyder att målnivån är uppnådd.

Figur 35: Höft. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat respektive försämrat hälsotillstånd efter 12 månader.



Figur 36: Knä. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat respektive försämrat hälsotillstånd efter 12 månader.



Ledrelaterade läkemedel

Vi ser att i snitt 16 % av personerna med höftartros, 21 % med knäartros och 12 % med handartros kan sluta med ledrelaterade läkemedel efter genomgången grundbehandling. Cirka 75 % av personerna med artros tar ledrelaterade läkemedel vid första registreringen i BOA-registret. Cirka 45 % under 75 år och 30 % över 75 år använder NSAID-preparat. (Figur 40). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska förskrivning av NSAID-preparat till denna grupp vara restriktiv på grund av risken för biverkningar och risken för att NSAID interagerar negativt med annan vanlig läkemedelsbehandling för äldre personer.

Då många läkemedel nu går att köpa i mataffärer eller receptfritt på apotek finns ingen överskådlig bild av hur mycket smärtlindrande läkemedel personer med artros konsumerar. Genom att BOA-

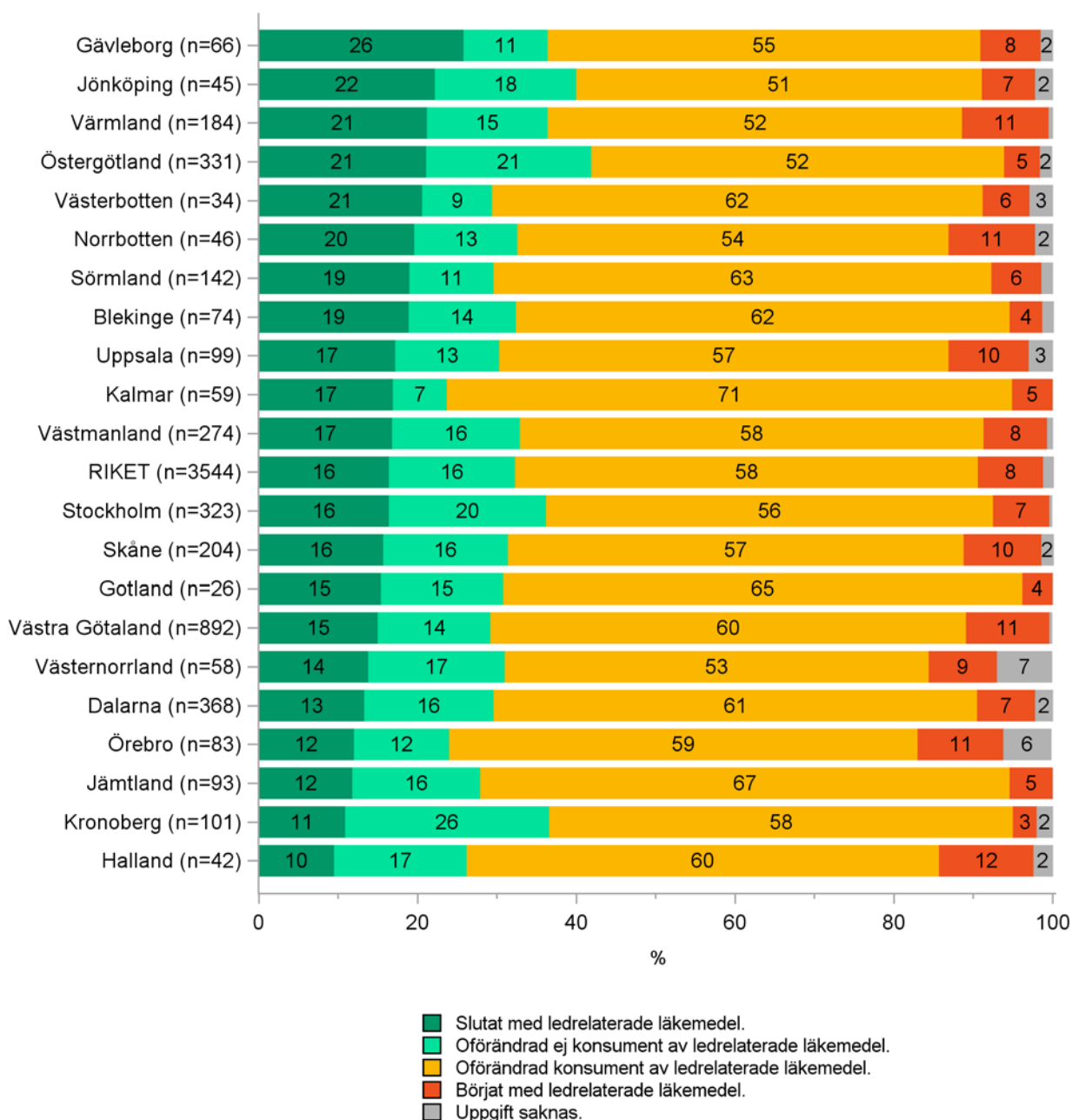
registret frågar dem om deras läkemedelsförbrukning kan kanske vi får en mer sanningsenlig bild än läkemedelsregistret där enbart läkemedel som tagits ut via recept registreras.

Nedan redovisas andelen patienter med förändrad respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3-månadersuppföljningen 2018.

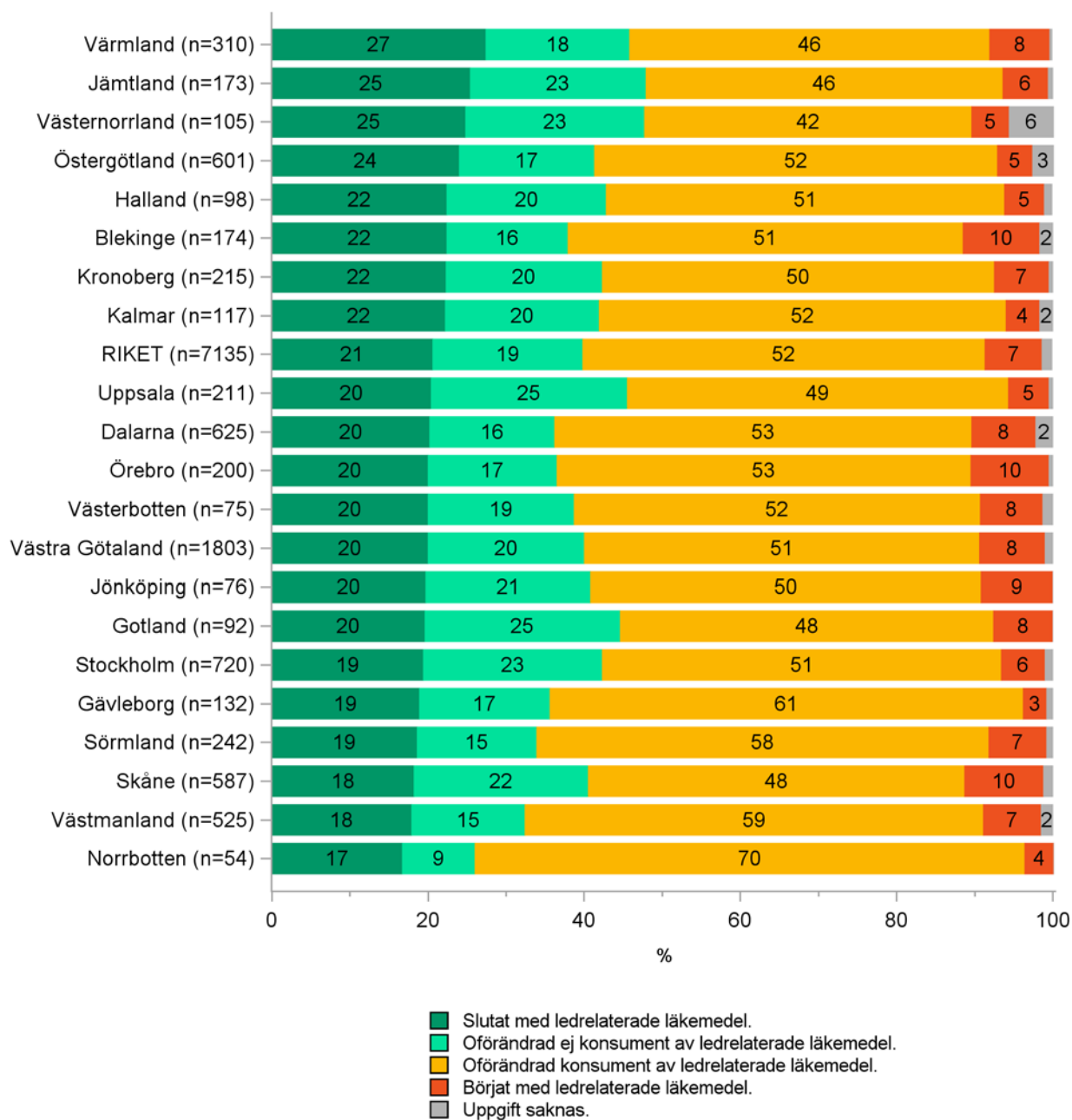
Målnivå: 30 % ska ha slutat med ledrelaterade läkemedel.

Figureerna 37-39 tolkas så här: En lång mörkgrön stapel betyder att många patienter har slutat med läkemedel. Den röda stapeln visar patienter som börjat med läkemedel. Den bör vara kort.

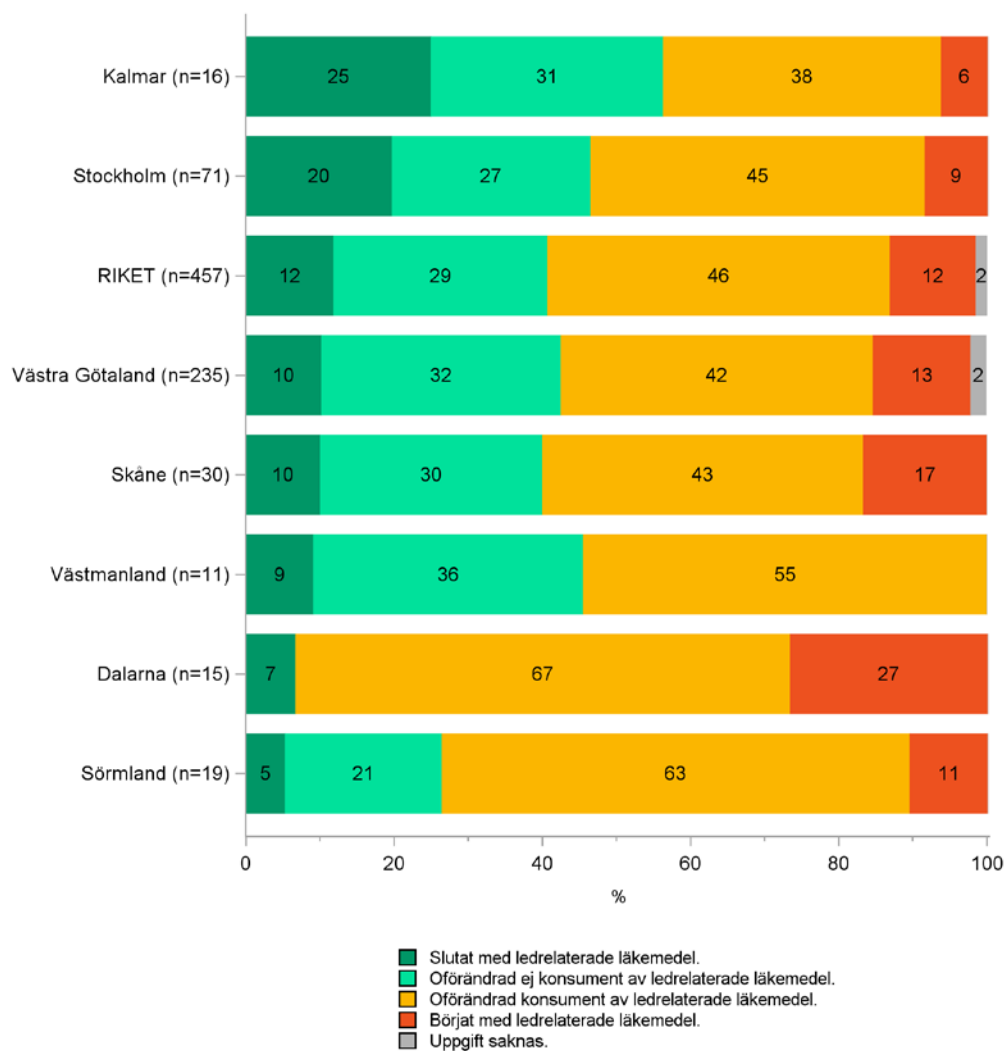
Figur 37: Höft. Andel patienter med förändrad respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3-månadersuppföljningen 2018



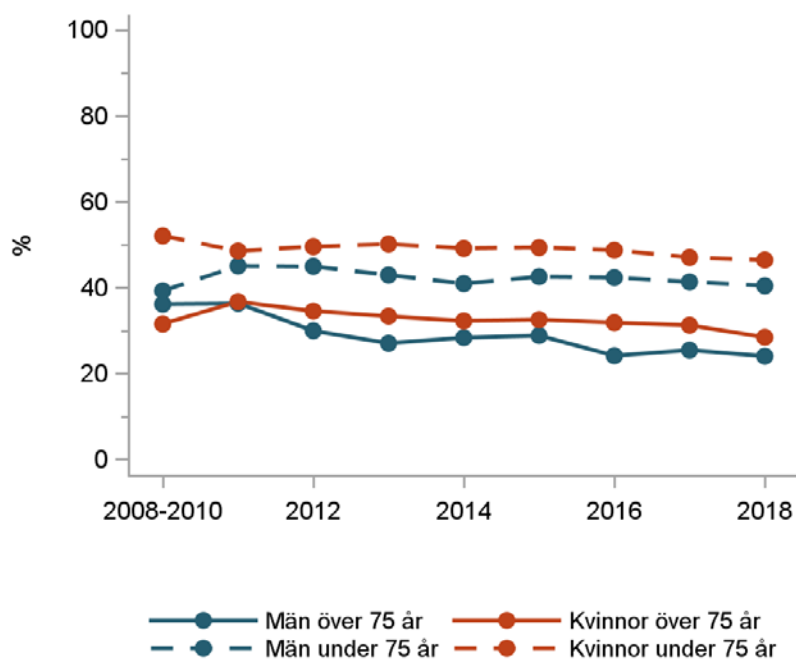
Figur 38: Knä. Andel patienter med förändrad respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3-månadersuppföljningen 2018



Figur 39: Hand. Andel patienter med förändrad respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3-månadersuppföljningen 2018



Figur 40: Andel män respektive kvinnor över och under 75 år som tagit NSAID.



Styrgrupp

Gunilla Limbäck Svensson

Registerhållare

Överfysioterapeut, specialist i ortopedi, medicine doktor

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Mölnadal

Allan Abbott

Biträdande registerhållare

Sjukgymnast, fysiolog, medicine doktor, docent, biträdande professor

Linköpings Universitet och Ortopedkliniken, Linköpings Universitetssjukhuset

Linköping

Pernilla Chowdary

Arbetsterapeut

Ritva Elg

Patientrepresentant

Reumatikerförbundet

Stockholm

Thérèse Jönsson

Fysioterapeut, specialist i ortopedi, doktorand

Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus

Lund

Maria Klässbo

Fysioterapeut, medicine doktor

Centrum för klinisk forskning

Region Värmland

Säffle

Per Kristiansson

Läkare, docent

Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap

Uppsala Universitet

Lillemor Nyberg

Läkare, medicine doktor, specialist i allmänmedicin

Institutionen medicinska vetenskaper, Örebro Universitet

Karolina Vårdcentral

Karlskoga

Kristin Wetterling

Sjukgymnast

Rehab Läkarhuset

Göteborg