

BOA | BÄTTRE OMHÄNDERTAGANDE AV PATIENTER MED ARTROS

Årsrapport 2019



Välkommen att ta del av BOA-registrets årsrapport 2019

Detta är den tionde årsrapporten för BOA-registret och det tionde året för BOA som nationellt kvalitetsregister.

I denna årsrapport kommer vi att problematisera och diskutera runt jämlik vård och jämlik hälsa. Vi försöker analysera varför det ser olika ut i olika regioner i vårt avlånga land.

BOA-registrets främsta mål är att bidra till att patienter som har artros får optimal grundbehandling. Registrets uppdrag är att mäta vårdkvalitet och patientrapporterat utfall och därmed bidra till enheternas möjlighet att utveckla sina verksamheter. Detta bör leda till en mer patientsäker vård och att fler patienter med artros får adekvat och evidensbaserad behandling.

Data från BOA-registret påvisar variationer i omhändertagande och resultat av behandling för 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. Årsrapporten 2019 kommer att finnas tillgänglig på hemsidan (boa.registercentrum.se), men inte att tryckas för distribution. Läsarundersökningar har visat att årsrapporten läses av få, medan vår statistikportal med realtidsdata på enhetsnivå är frekvent besökt med mellan tusen till över tvåusen sidvisningar/månad. Vi fortsätter 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.

Stort tack till alla er som under det gångna året arbetat med att samla in data, arbetat tillsammans med 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

Kristin Wetterling, utvecklingsledare, kristin.wetterling@vgregion.se

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

Foto: Paul Björkman (foton av övervakad träning), Signe Svensson (naturfoton)

Omslagsfoto: Signe Svensson

Produktionsår: 2020

ISBN: 978-91-519-3219-4

Innehållsförteckning

Covid-19:s effekt på vården och digital behandling av artros	4
Förändringar i BOA 2019	4
Forskning	7
Framtiden för BOA-registret	10
Direkt från den kliniska vardagen	13
Jämlig hälsa vid artros	16
Jämlig artrosvård i hela landet	16
Vikten av tidig klinisk diagnos	17
Resultat för indikatorer	18
Patientkaraktäristika i BOA-registret	44
Registreringar i BOA-registret	46
Reflektion kring evidens och klinisk vardag	49
Publikationer relaterade till BOA-registret	49
Styrgrupp och kontaktpersoner	51

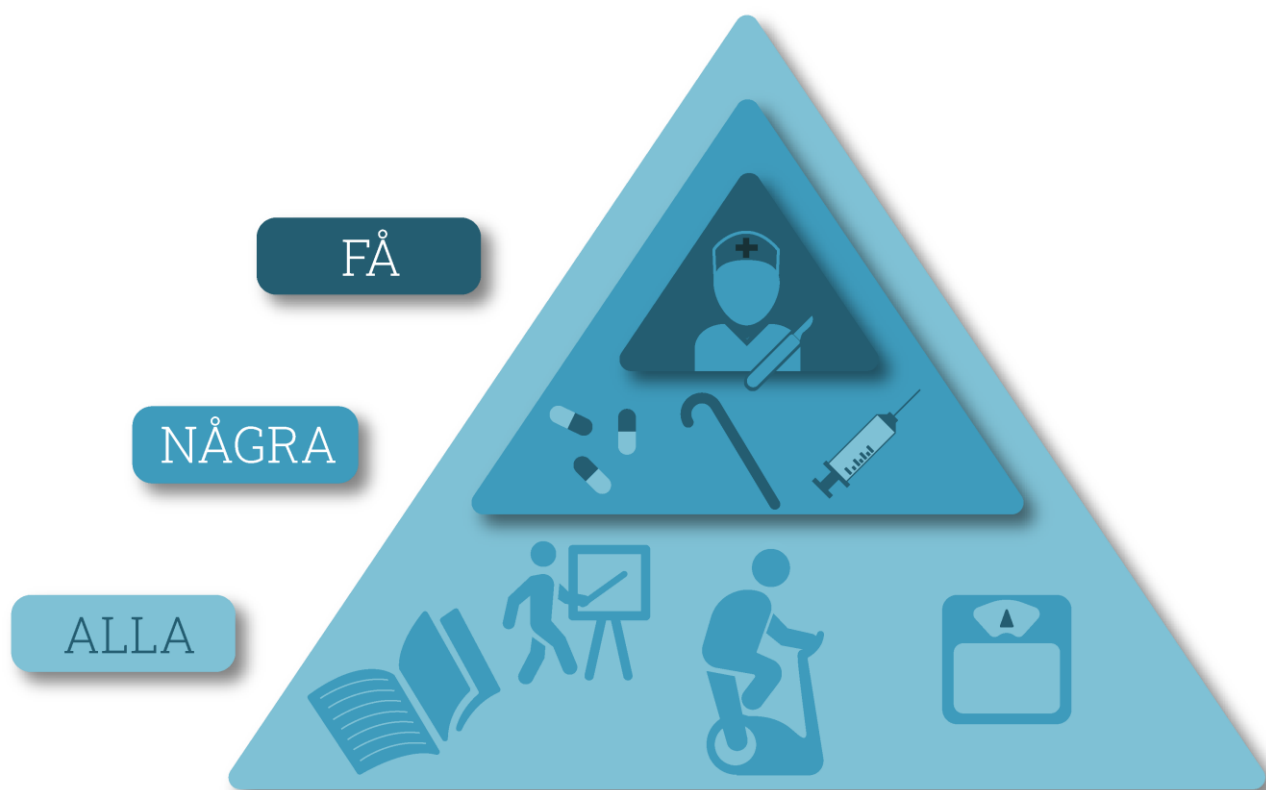
Covid-19:s effekt på vården och digital behandling av artros

I skrivande stund (juni 2020) står hela vården inför stora och nya utmaningar till följd av covid-19. För primärvården har detta lett till snabba omställningar till digital vård, i de fall där detta är möjligt. När det gäller behandling via digitala medier används detta sedan tidigare för flera olika diagnoser, men i olika utsträckning i olika regioner.

Sedvanlig artrosskola i grupp har blivit svårare att genomföra på grund av covid-19 och efterfrågan på digitala lösningar har därför ökat. Digitala artrosskolor har funnits sedan några år tillbaka både inom några regioner och genom privata aktörer. Region Kalmar län, Region Jönköpings län och Region Östergötland har tillsammans tagit fram en digital artrosskola som finns under ”stöd och behandling” på 1177. Även Region Kronoberg har tagit fram en egen digital artrosskola. Det är viktigt att komma ihåg att även digital artrosskola kan registreras i BOA-registret.

Förändringar i BOA 2019

Från och med maj 2019 kan all grundbehandling vid artros, som genomförs enligt Socialstyrelsens riktlinjer, registreras i BOA-registret oberoende om behandlingen sker som traditionell artrosskola i grupp, individuell utbildning och träning eller digital artrosskola. Syftet är att vi ska kunna följa all typ av grundbehandling vid artros i BOA-registret.



Figur 1. Behandlingspyramiden är grunden för upplägget av behandling vid artros. Pyramiden delas upp i grundbehandling, tilläggsbehandling och proteskirurgi.

Alla patienter med artros ska få information, utbildning, träning och vid behov hjälp med viktkontroll. Några behöver tilläggsbehandling med hjälpmedel och smärtlindring. Endast ett fåtal

patienter behöver opereras med protes. De patienter som behöver tilläggsbehandling eller operation behöver trots detta fortsätta med grundbehandling det vill säga träning och eventuella förändringar av levnadsvanor, figur 1.

Det är inte längre obligatoriskt att fysioterapeuter och arbetsterapeuter genomgår speciell utbildning för att registrera i BOA-registret. Registrerar man i registret finns, i inloggat läge, uppdaterat material att tillgå för att hålla patientutbildning.

Individuellt anpassad grundbehandling leder till förändringar i BOA-formulären

Möjligheten att registrera individuellt anpassad behandling i BOA-registret har lett till förändringar i uppföljningsformulären vid tre månader för fysioterapeut och arbetsterapeut.

Teoriundervisningen kan ske i grupp, individuellt eller digitalt. Träning ska alltid anpassas individuellt men kan därefter genomföras i grupp, individuellt eller med digitalt stöd. Syftet med dessa förändringar i BOA är att anpassa registret till förändringar i hur grundbehandling ges. På längre sikt hoppas vi kunna utvärdera vilken typ av grundbehandling som passar bäst till vilken individ. *Därför är det nu extra viktigt att du som fysioterapeut eller arbetsterapeut anger i frågeformuläret vid tremånadersuppföljningen hur utbildning och träning har genomförts, så att det framgår hur patienterna fått de olika delarna i sin artrosskola; individuellt, i grupp eller digitalt.*

Hur kan vi förbättra uppföljningen efter ett år?

År 2017 introducerades en ny rutin för ettårsuppföljningen som innebär att den behandlande mottagningen har ett ökat ansvar för ettårsuppföljningen. Detta ledde tyvärr till ett minskat antal ettårsuppföljningar. Under 2019 har vi sett att uppföljningarna efter ett år blir fler, men inte når samma höga nivå som före 2017.

För de patienter som lämnat en giltig e-postadress sköts ettårsuppföljningen automatiskt. Patienten får e-post 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 mottagningen skicka ett brev med PIN-kod till patienten. Du ser vilka patienter det gäller i verktyget "Patienter att följa upp", här får du också fram patientens PIN-kod. Manual till hur verktyget kan användas av enheterna finns på hemsidan.

I undantagsfall kan patienten besvara ett-årsformuläret på papper. Då får mottagningarna skicka formuläret till patienten tillsammans med ett svarskuvert och mata in svaren manuellt i registret.

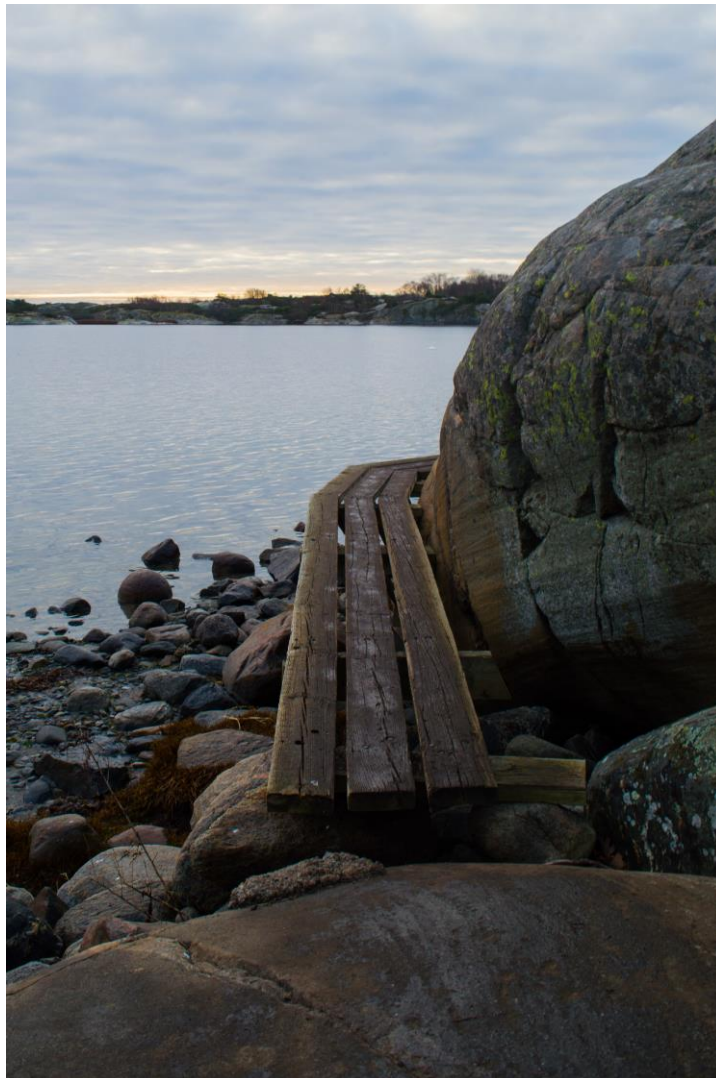
Gott exempel från Rehab Väst i Motala

På Rehab Väst i Motala har fysioterapeuterna och arbetsterapeuterna arbetat strukturerat med att få in ettårsuppföljningarna och de har en uppföljningsgrad som ligger på 50% efter ett år vilket är cirka 30% högre än snittet i riket. Siffran kan tyckas låg, men även innan ansvaret för ettårsuppföljningarna låg på enheterna så var uppföljningsgraden cirka 60% på riksnivå.

Joline Speziali som arbetar på Rehab Väst berättar att de arbetat med uppföljningarna i två steg. Det första steget var att få in de ettårsuppföljningar som hade släpat efter och där patienterna inte fått formulär eftersom ingen e-postadress var angiven i tremånadersformuläret. Detta arbete utfördes av de fysioterapeuter som vanligtvis arbetar med registreringarna och det prioriterades vid uteblivna patientbesök eller besök som avbokats med kort varsel. Uppskattningsvis skickades ett par hundra brev ut under 2019.

I det andra steget upprättades en rutin för att regelbundet kontrollera verktyget ”Patienter att följa upp”. På Rehab Väst har fysioterapeuterna tillgång till en administratör som varje vecka kontrollerar om det finns patienter som ej har fyllt i ett-årsformuläret och skickar därefter ut formulär enligt BOA-registrets rutin. Administratören kontrollerar också om det finns patienter som ej följts upp vid tre månader och påminner berörd behandlare om att kalla patienten till uppföljande besök, alternativt mata in formulären om de ligger på hög.

Joline berättar att detta fungerar bra, mycket tack vare att de får hjälp med det administrativa arbetet. Det finns en risk för att den administrativa tjänsten dras ner inom ett år, och det finns en oro för att en neddragning kommer att leda till försämrade rutinerna och minskad uppföljningsgraden.



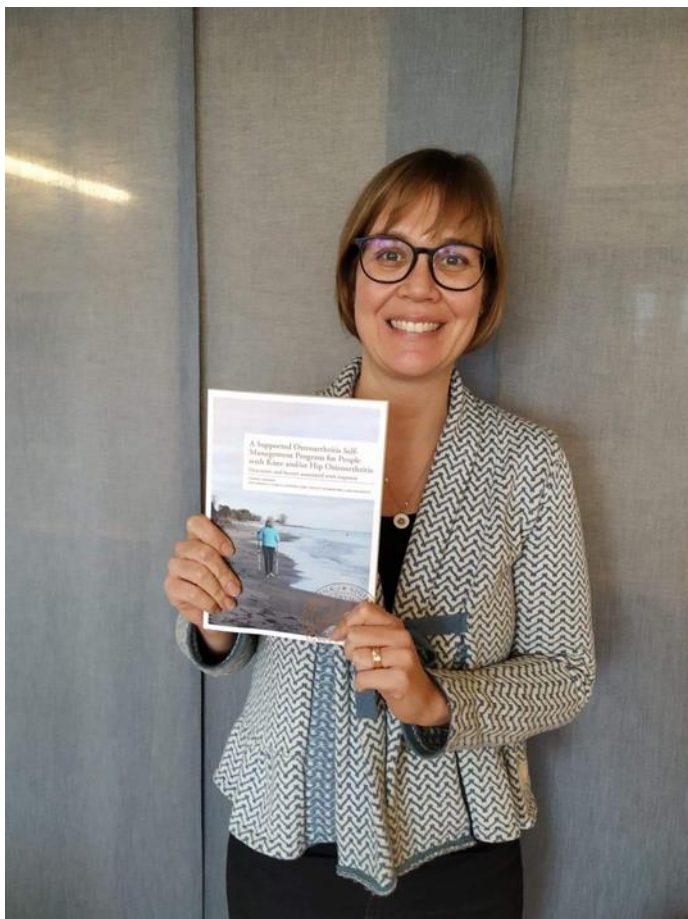
Forskning

Antalet vetenskapliga publikationer med data från BOA-registret har ökat avsevärt under senaste åren. Under 2019 publicerades fem vetenskapliga artiklar och hittills under 2020 har det publicerats fem artiklar och en avhandling.

Första avhandlingen med data från BOA-registret

Den 20:e mars 2020 försvarade Thérèse Jönsson sin avhandling A Supported Osteoarthritis Self-Management Program for People with Knee and/or Hip Osteoarthritis. Outcomes and factors associated with response, vid Lunds universitet. Det övergripande syftet med avhandlingen var att få en fördjupad kunskap om resultatet av behandling med artrosskola. Avhandlingen består av fyra delarbeten, varav tre grundar sig helt på data från BOA-registret.

Resultaten från avhandlingen visade att patienter som deltagit i artrosskola minskade sina artrossymtom, färre patienter önskade operation, färre intog läkemedel på grund av sin artros och färre var sjukskrivna. Trots detta så förändrade de inte sin fysiska aktivitetsnivå. Therese poängterar vikten av att hitta strategier för att stimulera till förändring av levnadsvanor och för att öka dosen av både träning och fysisk aktivitet.



De patienter som deltagit i handledd träning med fysioterapeut fick en större smärtreduktion än de som valde att träna på egen hand, och patienter med knäartros svarade bättre på behandlingen än patienter med höftartros. Vidare så visade det sig att de patienter som före artrosskolan uppgav att de inte hade smärta så ofta, inte önskade operation och hade ett lägre BMI hade högre odds att få bra effekt av behandlingen. Från dessa resultat skulle man kunna dra slutsatsen att patienter som kommer till behandling tidigt i sjukdomsförloppet, innan de har utvecklat en daglig smärta, kan få ett bättre resultat än om de väntar med att söka vård. Därför anser Thérèse att det är viktigt att fortsätta sprida kunskapen om artros och möjligheten till behandling med artrosskola till befolkningen, så att de söker vård tidigare i sjukdomsförloppet och får evidensbaserad behandling.

De patienter som hade ett BMI under 25 hade högre odds att svara på behandlingen än de som hade ett BMI över 25. Därför är det viktigt att veta att 75% av patienterna i BOA-registret har ett BMI över 25. Detta är ett stort problem som vi behöver jobba vidare med. Thérèse tycker att vi både behöver förbättra stödet till de patienter som är i behov av att minska sin vikt, men även uppmärksamma att artros är en sjukdom kopplad till många andra sjukdomar (bland annat högt blodtryck och diabetes typ 2) och behandlingsmålet måste fokusera på förbättrad hälsa snarare än specifik artrosbehandling. Thérèse anser också att vi behöver öka vårt samarbete med

distriktsköterskor som träffar patienter med högt blodtryck och diabetes regelbundet på vårdcentralen, både för att fånga upp patienter med dessa sjukdomar samt identifiera patienter med artros. Med syftet att påverka dessa patienters levnadsvanor och öka chansen till bestående beteendeförändring.

Resultaten från avhandlingen går i linje med tidigare kliniska studier. Det unika med denna avhandling är att vi har kunnat visa att artrosskola i klinisk verklighet fungerar och ger bra resultat. Vilket i sin tur visar på en hög kvalitet hos de kliniker som bedriver artrosskola runt om i Sverige. Trots detta vet vi att det fortfarande endast är omkring 50 % av alla med artros som erbjuds träning, information och viktreduktion som behandling mot sin sjukdom. Vi måste fortsätta att jobba med implementering av behandlingsriktlinjerna för att hjälpa vården att erbjuda rätt vård till patienter med artros.

Om du vill läsa mer kan du via denna länk läsa ramberättelsen:

<https://portal.research.lu.se/portal/files/76680619/Kappa.pdf>

Följande delarbeten ingår i avhandlingen:

Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A, Dahlberg LE, Hansson EE. [The better management of patients with osteoarthritis program; outcomes after education and exercise delivered nationwide in Sweden](#). PLoS one. 2019;14(9):e0222657.

Dell'Isola A, Jönsson T, Ranstam J, Dahlberg LE, Hansson EE. [Education, Home Exercise, and Supervised Exercise for People With Hip and Knee Osteoarthritis As Part of a Nationwide Implementation Program: Data From the Better Management of Patients With Osteoarthritis Registry](#). Arthritis Care Res (Hoboken). 2019 Jul 19. doi: 10.1002/acr.24033.

Jönsson T, Eek F, Hansson EE, Dahlberg LE, Dell'Isola A. Factors associated with response to a self-management program with education and exercise for individuals with knee and hip osteoarthritis: data from the BOA registry. Manus

Jönsson T, Hansson EE, Thorstensson CA, Eek F, Bergman P, Dahlberg LE. [The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy - an intervention study with a reference group](#). BMC Musculoskelet Disord. 2018 Jun 21;19(1):198. doi: 10.1186/s12891-018-2098-3.

Högre socioekonomi bland personer i BOA-registret jämfört med normalbefolkningen i Sverige

av Kristin Gustafsson doktorand, leg fysioterapeut

Personer registrerade i BOA-registret har genomgående en högre socioekonomi än normalbefolkningen i Sverige. Detta tyder på att det kan finnas ojämlikheter i den vård som erbjuds personer med artros i Sverige idag.

I vår studie jämförde vi personer registrerade med knä- och/eller höftartros i BOA-registret, med slumpmässigt utvalda kontrollpersoner från normalbefolkningen. Studien visade att en större andel i BOA-registret var gifta eller samboende, var i förvärvsarbete, hade en högre utbildningsnivå och hade genomgående en högre disponibel inkomst jämfört med normalbefolkningen i Sverige. Det vill säga personer i BOA-registret hade en högre socioekonomi.

Socioekonomi är ett begrepp som beskriver människors livsvillkor och levnadsförhållanden, både avseende vilken social identitet vi har, vilken position vi har i samhället och hur andra ser på oss. I många fall handlar det om faktorer som påverkar våra liv utan att vi tänker på det.

Det finns tydliga kopplingar mellan socioekonomi och hälsa, med gradvis ökad sårbarhet för ohälsa och sjukdom ju mer utsatt social position man har. Samma kopplingar ses även vid artros, där personer med låg socioekonomi ofta har mer besvär i form av mer smärta och funktionsnedsättning. I normalbefolkningen är artros vanligare hos personer med låg jämfört med hög socioekonomi, vilket talar för att förhållandena borde vara omvända i BOA-registret om alla erbjuds en jämlik vård. Trots att vi i Sverige enligt lag har rätt till samma vård, så vet vi sedan tidigare att socioekonomi kan påverka vilken behandling en person erbjuds, och vad patienten själv efterfrågar. Vid artros gäller detta både behandlingar i primärvård såsom råd om egenvård, artrosskola, fysioterapi och läkemedel, men även tillgång till specialistvård och protesoperationer.

Resultaten från studien kan förklaras av att personer med annan sjuklighet, och då ofta också lägre socioekonomi, utesluts från BOA-registret, dels utifrån registrets kriterier för registrering dels utifrån att artrosskola inte bedöms vara lämpligt för dem. Vi planerar därför även att studera om personer registrerade i BOA-registret är friskare eller sjukare än normalbefolkningen i Sverige.

Vad kan man då som kliniker tänka på utifrån studiens resultat? Socioekonomi är ju sällan ett begrepp som vi handskas med i vår kliniska vardag, men det kan vara nyttigt att reflektera över hur man själv och vården i stort bedömer och möter patienter utifrån ett socioekonomiskt perspektiv.

Gustafsson, K., Kvist, J., Eriksson, M. *et al.* Socioeconomic status of patients in a Swedish national self-management program for osteoarthritis compared with the general population—a descriptive observational study. *BMC Musculoskelet Disord* **21**, 10 (2020).

<https://doi.org/10.1186/s12891-019-3016-z>

Du kan också få tillgång till studien via denna länk:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6945568/>

Tabell 1. Personer registrerade i BOA-registret jämfört med normalbefolkning

	BOA Höft (32%)	Kontroll Höft	BOA Knä (68%)	Kontroll Knä
Antal personer	22 703	68 109	49 366	148 098
Andel kvinnor	68%	68%	69%	69%
Medelålder	67.1	67.1	66.1	66.1
Andel gifta	58%	54%	59%	55%
Andel samboende	64%	60%	65%	60%
Utbildning, ≥10 år	77.5%	70%	77%	72%
Andel förvärvsarbetare	36%	34%	40%	38%
Inkomst, (median)	184 000 SEK	168 000 SEK	187 000 SEK	175 000 SEK

Forskning som bör uppmärksammas i den kliniska vardagen

Det produceras allt mer forskning med data från BOA-registret. Vi uppdaterar ständigt BOA:s hemsida när det publiceras nya artiklar. Dessa hittar du under rubrikerna Forskning och Publikationer. <https://boa.registercentrum.se/forskning/publikationer/p/BkvlAGVzg>

Vi bör fundera på hur vi ska hantera dessa nya forskningsrön i den kliniska vardagen och om vi bör göra något annorlunda mot vad vi gör idag. Vi kan använda dessa data då vi kommunicerar med våra patienter för att motivera dem till träning. Thérèse avhandling (se ovan) ger oss ett tydligt stöd för att effekten av artrosskola är god för patienter med både knä- och höftartros. Dessa resultat kan vi till exempel använda när patienter önskar passiv behandling för att istället motivera dem till träning, vi har evidens för att träning ger god effekt.

Kristin Gustafssons artikel (se ovan) visar att populationen i BOA har högre socioekonomi än normalbefolkningen. Det är viktigt att vi är medvetna om denna skillnad för att kunna erbjuda alla patienter med artros artrosskola, så att vi når upp till jämlik vård och hälsa. Detta bör diskuteras på mottagningen både mellan fysioterapeuter och arbetsterapeuter men också med allmänläkare och distriktssköterskor för att reflektera runt hur vi inom vården erbjuder olika patienter olika behandlingsalternativ.

Nyligen publicerades en artikel som visar att hög tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) före artrosskola är en prediktor för lägre smärta och högre aktivitetsnivå efter artrosskola. Huvudförfattare är Åsa Degerstedt, artikelns titel [High self-efficacy – a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an observational study](#). En konklusion är att patienter med högt BMI behöver mera stöd under artrosskolan och träningen för att uppnå ökad fysisk funktionsnivå.

Framtiden för BOA-registret

Det händer mycket som kommer påverka BOA-registret framöver. Först ut i maj 2020 var det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet höftledsartros – primärvård, vid nyår 2020-2021 kommer Socialstyrelsens nya riktlinjer för artros. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för knäledsartros startar upp under hösten 2020, liksom en nationell arbetsgrupp för tumbasartros. Alldeles nyss publicerade SBU en rapport om läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer, smärta vid artros är en stor del av rapporten. BOA-registret kommer anordna regionala webbseminarier för att informera om detta och mycket annat under hösten 2020.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros - primärvård

av Maziar Mohaddes ordförande för NPO rörelseorganen/Gunilla Limbäck Svensson ordförande i arbetsgruppen för vårdförlopp höftledsartros

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ingår som en del i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Ett av syftena med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Ett annat syfte är att patienter i behov av utredning och behandling ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödiga väntetider. Vårdförloppen är tänkta att omfatta större delen av vårdkedjan. Det övergripande ansvaret för att utveckla de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ligger hos det nationella systemet för kunskapsstyrning, där det Nationella programområdet (NPO) för

rörelseorganens sjukdomar ingår. För några av vårdförloppen har avgränsningar gjorts i vårdkedjan, med målsättningen att ytterligare delar ska kunna bearbetas och presenteras senare som en andra del. Under 2019 beslutade NPO rörelseorganens sjukdomar, efter samråd med professionsföreningar, kvalitetsregisterhållare samt patientföreningar, att nominera tre patientgrupper. I juni 2019 togs beslutet att arbetet med höftledsartros skulle inledas. Med start hösten 2019 har en tvärprofessionell arbetsgrupp, utsedd av programområdet, arbetat fram ett dokument som beskriver omhändertagandet av patienter med höftledsartros inom primärvården.

Vårdförloppet för höftledsartros inleds vid misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros. Det avslutas när patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation, vid annan diagnos som anledning till symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi. I vårdförloppet finns en beskrivning av vilka åtgärder som bör genomföras och i vilken ordning dessa bör ske. För att följa upp vårdförloppet har indikatorer arbetats fram. Indikatorer är kopplade till smärta, livskvalitet, röntgenundersökning (målet är att minska antalet röntgade före grundbehandling) och grundbehandling (patientutbildning och träning). Uppföljning planeras genom registren Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA-registret), Svenska Höftprotesregistret (SHPR) och Primärvårdskvalitet. Arbetsgruppen har haft en fortlöpande kommunikation med Socialstyrelsen där ett större arbete med framtagandet av Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar pågår. Det utarbetade dokument, ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros - primärvård” har godkänts av styrgruppen för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård i maj 2020, efter omarbetningar baserad på inkomna remissvar. Del två av vårdförloppet höftledsartros planeras att påbörjas under hösten 2020. Det fokuserar på vård och behandling i samband med operation och startar med primärvårdens remiss till ortopedisk bedömning och avslutas med postoperativ rehabilitering.

https://registercentrum.blob.core.windows.net/boa/r/vardforlopp_hoftledsartros_2020-05-15-rJxpJYuzoI.pdf

Arbetsgruppen bestod av:

Fysioterapeuterna: Charlotte Bocké Primärvårdsrehab, Stockholm, Karin Samsson Ortho center Göteborg, Västra Götalandsregionen, Kristin Gustafsson Länssjukhuset Ryhov, Region Jönköping och Thérèse Jönsson Skånes universitetssjukhus, Södra sjukvårdsregionen.

Allmänläkarna: Gudrun Greim Närhälsan, Västra Götalandsregionen, Magnus Peterson Uppsala universitet, Region Uppsala och Ove Oksvold Capio vårdcentral Slussen, Region Stockholm.

Radiolog: Mats Geijer Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Ortoped: Maziar Mohaddes Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Patientrepresentant: Ritva Elg, Region Stockholm.

Processledare: Anna Norman Kjellström, Västra Götalandsregionen.

Registerrepresentant: Gunilla Limbäck Svensson BOA-registret, Västra Götalandsregionen.

Socialstyrelsens förslag till nya riktlinjer för artros

Socialstyrelsen har utarbetat reviderade riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar där artros i höft och knä ingår. En remissversion ligger i skrivande stund ute och en slutgiltig version kommer att publiceras vid årsskiftet 2020/2021. De nya riktlinjerna kommer troligtvis trycka ännu hårdare på att information och träning är rekommenderad behandling vid artros i höft och knä. Det tydliggörs också att diagnosen artros ställs genom en sammanvägd bedömning av anamnes, symptom och kliniska fynd. Bilddiagnostik är överflödigt när fysioterapeuten eller allmänläkaren är säker på den kliniska diagnosen. Följsamheten till riktlinjerna kommer löpande utvärderas med start under 2021.

Ny SBU rapport: Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer

SBU publicerade rapporten ”Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer” 4 september 2020. Läkemedelsbehandling av smärta vid artros är en stor del av rapporten.

SBU:s slutsatser är bland annat att:

- Läkemedel mot vanliga och långvariga smärttillstånd hos äldre personer har en mycket liten effekt på gruppnivå jämfört med placebo.
- Äldre personer med smärta har upplevt att de blir förbisedda i mötet med vården på grund av att de är gamla. De har känt att de blir förringade och inte tagna på allvar.
- Såväl personal inom vård och omsorg som äldre personer med smärta har upplevt att vårdpersonal har bristande kunskaper om smärta och smärtbehandling.

Du kan läsa rapporten i sin helhet här: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/lakemedelsbehandling-av-vanliga-smarttillstand-hos-aldre-personer/>

Webbseminarier anordnas av BOA hösten 2020

I samband med publiceringen av Socialstyrelsens nya riktlinjer hade BOA-registret planerat att göra så kallade site-visits i regionerna. Med rådande covid-situation har vi fått pausa detta arbete och kommer istället att erbjuda möjlighet att delta i webbaserade möten. Då kommer det att informeras om nyheter i registret, aktuell forskning, Socialstyrelsens riktlinjer och vårdförloppet för höftledsartros för att motivera till ökad registrering och ökad användning av enheternas egna data till verksamhetsutveckling. Möjligheten kommer att erbjudas alla regioner och de regionala kontaktperson kommer kalla till webbseminariet för den egna regionen. För frågor i de regioner där kontaktperson saknas är ni välkomna att kontakta BOA-registret, det finns även information på BOAs hemsida [Läs mer om BOA-registrets webbseminarier.](#)

Samarbete mellan rörelseorganens register

Totalt finns det 13 nationella kvalitetsregister som registrerar personer med sjukdomar och skador från rörelseorganen. BOA-registret är det enda nationella kvalitetsregister som har fokus på effekten av fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska åtgärder. Dessa 13 register har gemensamt tagit initiativ till ett fördjupat samarbete mellan registren. Arbetsgruppen består av en representant från varje kvalitetsregister, en projektledare och en representant från Nationella Programområdet för rörelseorganen. Visionen är att vi ska kunna nå olika typer av samarbetsvinster.

Direkt från den kliniska vardagen

Intervju med Daniel Augustsson, privatpraktiker i Varberg, Varför bedriver du artrosskolor?



Daniel Augustsson är en privatpraktiserande fysioterapeut som driver Augustsson fysioterapi och arbetar sedan 2017 på nationella taxan. Han delar mottagningen ”Fregatten Högst Upp” i Varberg med sex fysioterapeuter. Daniel har arbetat med Artrosskola och BOA-registret sedan 2017. Daniel säger att ”I grunden bottnade intresset för BOA och artrosskola i en stor frustration när jag tidigare arbetade på ortopedavdelning och rehabiliterade patienter som genomgått knä- eller höftprotesoperation, då det visade sig att flertalet patienter ej hade fått rätt behandling inför operationen. När jag startade mottagningen medverkade jag i en artikel i lokalpressen med tema artros. Detta gav enormt gensvar med patienter som ville ta del av evidensbaserad behandling med artrosskola. Det känns

fantastiskt att få följa artrospatienter och att kunna ge dem verktyg till att fortsätta vara fysiskt aktiva. Vi måste ge patienten tid att förstå vilken behandling som är bäst vid ett givet tillfälle. Vi har inte råd att stressa fram förhastade beslut om protesoperation när vi har en överviktig och otränad patient med bristande träningsmotivation och med en orealistisk bild av att operation löser alla problem. Särskilt med tanke på att vi vet att de allra flesta klarar sig utmärkt med artrosskolan som enda behandling. Vi har ett mycket stort ansvar i hälso- och sjukvården för att patienterna får rätt och evidensbaserad behandling”.

Under 2017 och 2018 uppskattar Daniel att han haft cirka 170 patienter i artrosskola och träning. Majoriteten av patienterna har registrerats i BOA-registret och uppföljningsgraden ligger på drygt 80%, vilket är en högre andel uppföljda jämfört med medelnivån i landet. Han har kunnat samla ihop 3-4 grupper per termin och har erbjudit patienterna undervisning i grupp och därefter en övervakad träningsperiod.

Under 2019 har Daniel parallellt med sedvanlig artrosskola, även arbetat med digital artrosskola. Han har behandlat cirka 150 personer som fått information och anpassad träning digitalt. Detta har lett till färre fysiska besök och därmed endast 1-2 grupper per termin. Han tycker att det fungerat bra att arbeta med båda typerna av artrosskola. Tillsammans med patienten har beslutet tagits om de kan ha mest nytta av digital behandling eller om de föredrar fysiska möten i grupp. Dock skulle det vara önskvärt att samtliga patienter registreras i BOA-registret för att kunna göra jämförelser mellan grupperna. I skrivande stund har enheterna runt om i landet precis fått besked om att de måste avveckla den digitala artrosskolan om de bedriver vård enligt nationella taxan, något Daniel tycker är synd då det kan hjälpa många patienter som annars inte söker vård eller slutför träningsperioden på grund av exempelvis tidsbrist.

Daniel avslutar med att säga ”Registrera i BOA-registret skapar mervärde eftersom det ger möjlighet att följa patienternas utveckling över tid och det har inte varit speciellt tidskrävande. Med fler effektiva digitala lösningar skapar det ytterligare möjligheter, men det krävs att samtliga vårdgivare har tillgång till de digitala tjänsterna för att vi ska kunna erbjuda en jämlik vård i hela landet”.

Att skjuta döden på framtiden – utvecklingsarbete i Säffle

av Morten Thorup och Maria Klässbo

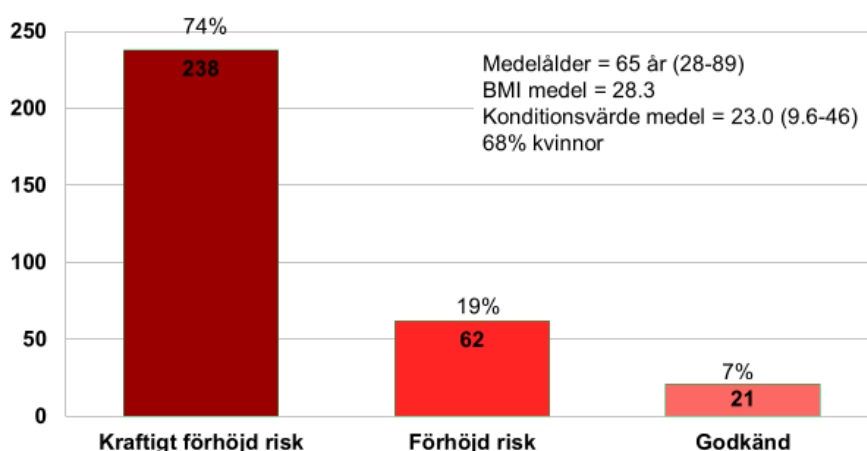


I BOAs årsrapport 2015 beskrevs ett utvecklingsarbete som påbörjats för artrosskolorna i Säffle initierat av Morten Thorup och Henrik Törnqvist. Man hade då börjat testa submaximal syreupptagningsförmåga enligt Åstrand och Ryhming på alla som skulle gå artrosskola, med uppföljning efter sex och tolv månader. Man erbjöd också handledd träning i tolv istället för sex veckor.

Nu har fysioterapeuterna i Säffle samlat in baslinjedata på 360 patienter. Testvärdena bedömdes ur ett hälsoperspektiv i enlighet med Ekblom-Bak. De patienter som hade VO_2 max mindre än 21 bedömdes ha kraftigt förhöjd risk för ohälsa, och de som hade VO_2 max mindre än 31 men högre än 21 bedömdes ha förhöjd risk för ohälsa (fig 2). Trettionio personer testades inte på grund

av att blodtrycket överskred 140/90 mm Hg eller att de inte orkade genomföra testet på lägsta möjliga belastning, 50W, därför att de ”stumnade i benen”. Dessa 39 patienter uppmanades söka vårdcentral. Totalt finns därmed testvärden på 321 patienter.

Figur 2. Konditionsvärden utifrån ett hälsoperspektiv vid baslinjetest på artrospatienter i Säffle 2015-2019, n=321

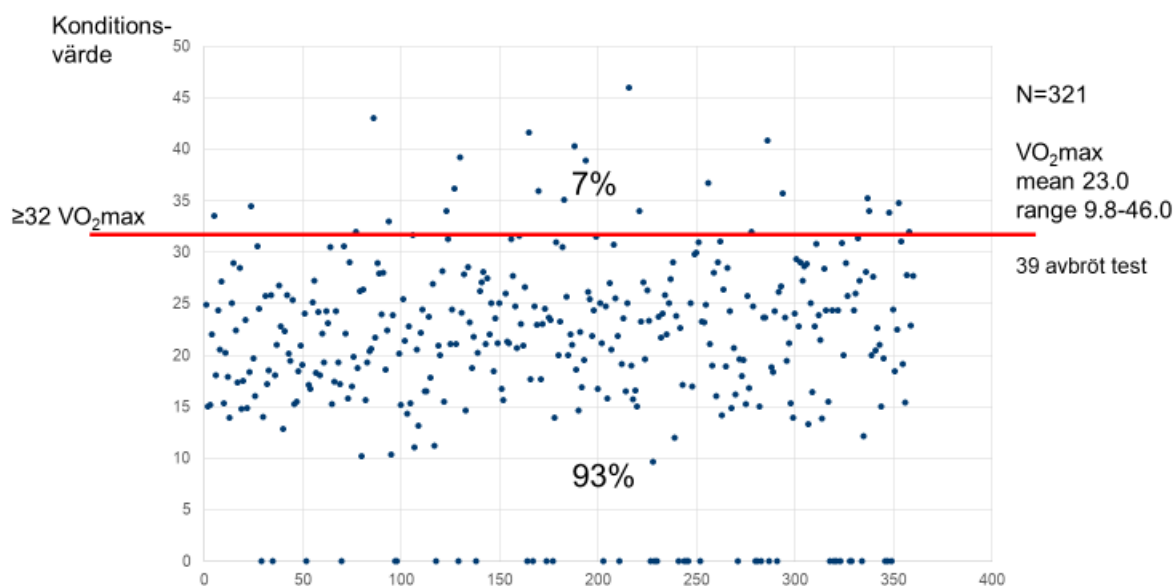


Kraftigt förhöjd risk VO_2 max <21, förhöjd risk VO_2 max 21-31, godkänd VO_2 max \geq 32.

Det visade sig att majoriteten av de testade patienterna hade dålig kondition. Därmed bedömdes 93% ha förhöjd eller kraftigt förhöjd risk att utveckla ohälsa till följd av dålig kondition (fig. 2).

Figur 3 visar konditionen för de 321 individer som fullföljde testet. Slutsatsen från detta utvecklingsarbete var att personer med höft och/eller knäartros har låg kondition, vilket ökar risken för allvarlig sjuklighet. Resultatet har lett till att konditionstest numera ingår i vårdrutinen för artrosskola i Värmland, se www.regionvarmland.se/hoftskola och ortopederna önskar numera att patienter tränat i minst sex månader innan ortopedbedömning för eventuellt artroplastik. På region Värmlands hemsida finns referenserna som nämns här under rubriken Konditionsmättningsprojektet.

Figur 3. Konditionsvärden för deltagare i artrosskola med höft- och/eller knäartros 2015-2019, 321 patienter fullföljde testet och 39 patienter avbröt testet.



Rubriken till detta ”Att skjuta döden på framtiden” är ett citat från en studie som gjorts i Säffle där patienter djupintervjuats om motivationsprocesser för fysisk aktivitet och träning. När resultatet gällande kondition visas i artrosskolorna blir deltagarna berörda. Efter ändringarna i artrosskolan deltar fler i gruppträning, 80% mot tidigare 20%. Intervjustudien är inskickad till tidskrift för bedömning. Författare till artikeln är Kicki Nordström, Lillemor Nyberg, Per Kristiansson, Helene Hjalmarsson och Maria Klässbo.

Jämlik hälsa vid artros

Jämlik hälsa är ett övergripande mål från Socialstyrelsen och SKR. Att förbättra hälsan i befolkningen är nödvändigt för att klara de demografiska utmaningar vi har framför oss där den arbetsföra befolkningen minskar och därmed skatteintäkterna. Kvalitetsregister kan användas för att utvärdera och analysera om vi når en god och jämlik hälsa genom att besvara vissa frågor såsom;

Vilka hälsoeffekter får grundbehandling av artros?

Är hälsan jämlik mellan olika regioner?

Socialstyrelsen poängterar att låg socioekonomisk status har ett samband med högre grad av ohälsosamma levnadsvanor och att det är viktigt att prioritera denna grupp för att nå jämlik hälsa. Ovan under rubriken Forskning kan du läsa om Kristin Gustafssons artikel om socioekonomi i BOA:s population. Socioekonomi bör beaktas i klinisk praktik och då artrosskola ordinerar eller inte ordinerar. Dessutom är det viktigt att informera allmänheten om att artrosskola finns exempelvis genom artiklar i lokaltidningar.

Jämlik artrosvård i hela landet

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Varje möte är unikt och behöver anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Dessa meningar är grundläggande inom svensk sjukvård och är formulerade av Socialstyrelsen.

Är artrosvården jämlik mellan Sveriges regioner?

Får alla patienter med artros samma möjligheter till god vård?

Är grundbehandlingen vid artros personcentrerad?

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen är en del av utvecklingen mot en allt mer jämlik vård. Ovan kan du läsa om vårdförloppet för höftledsartros, hösten 2020 startar ett nytt vårdförlopp för knäledsartros.

Kan vi mäta om artrosvården är jämlik i landet? De patienter som registreras i BOA-registret kan vi uttala oss om, men inte alla andra patienter som får vård på grund av artros och inte registreras i BOA. När diagnos- och åtgärds-koder används i journalsystemen så kan data plockas ut för nationella jämförelser. Vi vet dock att det är olika hur mycket koderna används i olika delar av Sverige. I de regioner där koderna är kopplade till vårdvalssystem och ekonomisk ersättning används koderna flitigt men i andra regioner är det annorlunda. För att kunna göra bra nationella jämförelser är det viktigt att både diagnos- och åtgärds-koder används. KVÅ-koden för artrosskola är GB020, definitionen för GB020 är ”*Information och utbildning om artros. Standardiserad och evidensbaserad konditions-, styrke- samt aktivitets- och funktionsträning*”.

När det gäller personcentrerad vård har vi ännu inte några data från BOA-registret. Vi tror att fysioterapeuter och arbetsterapeuter har ett personcentrerat förhållningssätt i allmänhet, men det är ännu inte mätbart. Eftersom BOA under 2019 har öppnat upp för att registrera grundbehandling i såväl grupp, individuellt som digitalt så är detta ett sätt att öka personcentreringen. Analyser kommer vara möjliga att göra längre fram när mer data finns tillgänglig.

Vikten av tidig klinisk diagnos

Diagnosen artros ställs kliniskt genom en sammanvägd bedömning av anamnes, symtom och status enligt Socialstyrelsens riktlinjer och Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd (NKK). Sambandet mellan graden av ledförändring och symtom är svagt. Det är därför viktigt att låta patientens symtom styra åtgärderna och inte graden av röntgenförändringar.

Ju tidigare den kliniska diagnosen ställs i artrossjukdomens förlopp dess bättre effekt får grundbehandlingen, möjligheten att bromsa upp förloppet ökar och patienten kan fortsätta vara fysiskt aktiv vilket även minskar risken för annan ohälsa. Chansen till god och jämlik hälsa ökar.

Diagnoskriterier vid artros

De vanligaste riskfaktorerna, symtomen och statusfynden för artros enligt Nationellt kliniskt kunskapsstöd följer nedan. Länk till Nationellt kliniskt kunskapsstöd:

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/Artros>. Utifrån dessa görs en sammanvägd bedömning för att ställa diagnosen artros.

Riskfaktorer

- lefskada
- ålder över 45 år
- ärftlighet
- ensidig långvarig ledbelastning

Status

- rörelseinskränkning
- svullnad
- palpationsömheter över ledspringan
- krepitationer

Symtom

- stelhet – morgonstelhet och stelhet efter vila som går över inom 30 minuter när patienten kommit igång
- smärta – belastningssmärta, i senare skede även vilosmärta
- nedsatt funktion

Smygande debut med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervaller är typiskt. När patienten söker sjukvård har besvären ofta tilltagit.

Resultat för indikatorer

Nedan presenteras resultat för ett antal indikatorer som registret tagit fram som målandikatorer, dessa anses extra viktiga för att kunna mäta och utveckla vården för patienter med artros. För djupare analys av resultat finns statistik att hämta i statistikportalen på registrets hemsida <https://boa.registercentrum.se/>. Resultatet i sig är inte tillräckligt för att dra slutsatser för en enskild region, utan bör ses som en indikation på att statistiken behöver analyseras djupare. I några av analyserna nedan är antalet patienter i en region färre än 10 för vissa indikatorer, då redovisas inte resultatet för den regionen i årsrapporten men patienterna bidrar till rikets resultat.

Få söker fysioterapeut och arbetsterapeut direkt

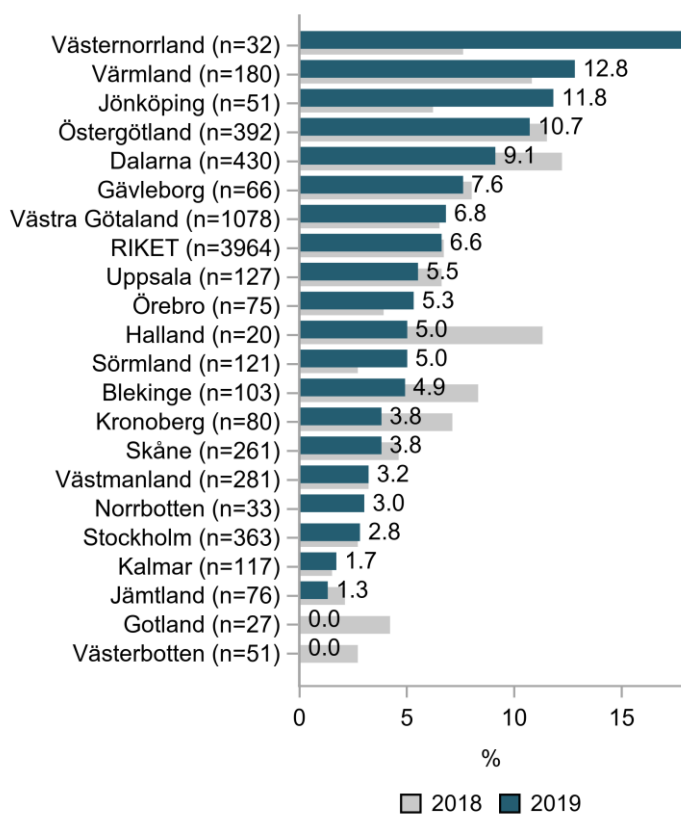
När patienten får besvär från höft, knä eller hand visar BOA-registret att det fortfarande är allt för få personer som uppger att de söker direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Målet är att 15% ska söka direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Andelen personer i BOA-registret som i första hand söker fysioterapeut/arbetsterapeut 2019 ligger i snitt på 6%, men spridningen är stor mellan olika regioner från 0% på Gotland och Västerbotten till runt 10% i flera regioner. Positivt är dock att det har skett en viss ökning över årens lopp från 2010 fram till 2019. Noterbart är också att något fler personer med handartros söker direkt (7%) jämfört med tidigare.

Vad är orsaken till att få patienter söker direkt till fysioterapeut?

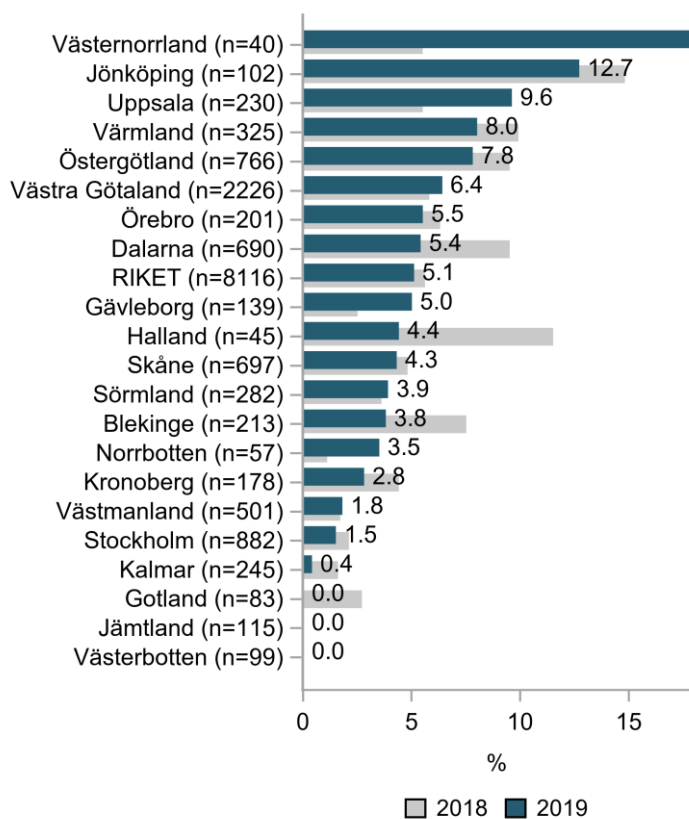
Att få patienter söker direkt kan ha flera orsaker, en orsak kan vara att triageringssystemen på en del vårdcentraler inte fungerar optimalt och att patienterna därför inte hänvisas direkt till fysioterapeut utan istället belastar läkarmottagningarna. En annan orsak kan vara att de olika vårdvalssystemen i landet ger olika effekter på hur patienterna triageras. Tidigare har storstadsregionerna alltid legat lågt i andel patienter som söker direkt till fysioterapeut, men sedan vårdvalen infördes på bred front så har detta förändrats i Västra Götaland. Där har vårdcentralerna numera ofta en direkt koppling till en rehabmottagning, vilket har lett till att andel patienter som söker/triageras direkt till fysioterapeut har ökat till cirka 7% år 2019. I Stockholm där vårdvalen är mer separerade är motsvarande andel som söker/triageras direkt till fysioterapeut så låg som 2%. Många patienter i Stockholm hamnar sannolikt hos läkare inom primärvården som första instans. I de flesta fall är detta en onödig vårdkontakt som leder till ett ineffektivt och försenat omhändertagande av patienter med artros.

Den region som sticker ut med högst andel patienter som söker direkt till fysioterapeut är Västernorrland, där cirka 60% av patienterna med höft- och knäartros söker direkt till fysioterapeut. Kanske kan det ha betydelse att det under flera år har varit låg bemanning av läkare på flera vårdcentraler i Västernorrland och att fler första besök därför sker hos fysioterapeut. Dock bör man beakta att det är en liten patientgrupp, endast 30-40 patienter som registrerats i hela Västernorrland. Näst högst nivå är runt 10% och det är flera regioner som ligger på denna nivå Värmland, Jönköping, Östergötland och Uppsala. Därmed är det en bra bit upp till målnivån att 15% av alla första besök ska ske hos fysioterapeut eller arbetsterapeut.

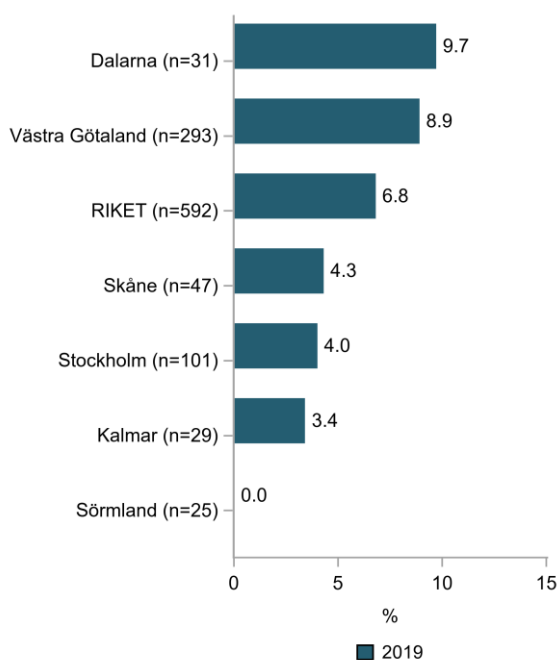
Figur 4. Andel som söker direkt 2019 respektive 2018, Höft



Figur 5. Andel som söker direkt 2019 respektive 2018, Knä



Figur 6. Andel som söker direkt 2019, Hand



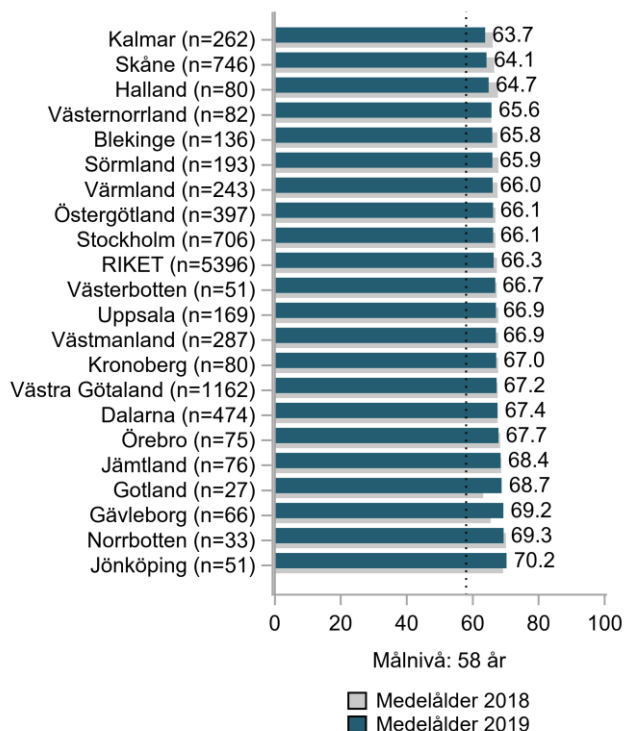
Tolkning. En lång mörkblå stapel indikerar att många söker direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut. Den grå stapeln visar motsvarande andel för 2018. För Hand redovisas enbart 2019 då antalet patienter 2018 var för lågt.

Medelåldern på patienterna när artrosskolan startar

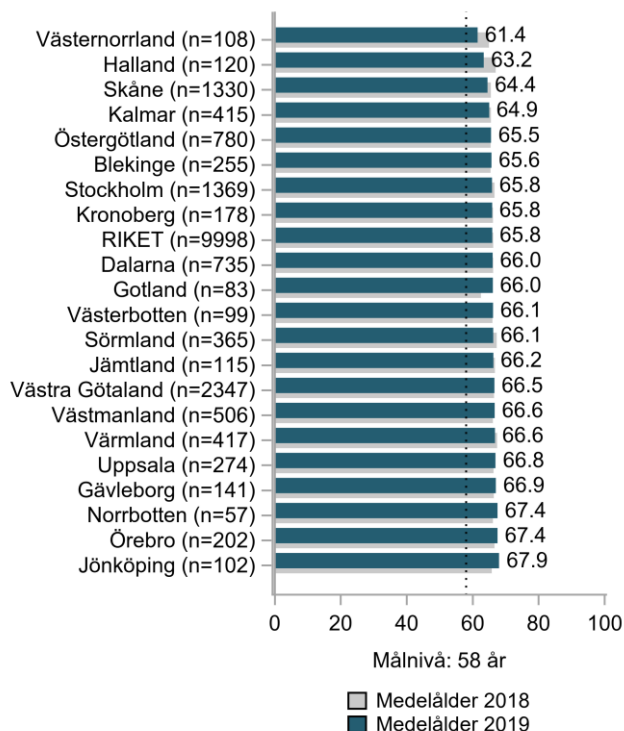
Målet är att patienterna ska vara högst 58 år då artrosskolan startar. Medelåldern är dock fortsatt hög, 66 år, och männens medelålder är högre än kvinnornas. Medelåldern vid höftprotesoperation är runt 67 år enligt Svenska Höftprotesregistret. För att ha en möjlighet att starta grundbehandling när den kan antas ha bäst effekt, det vill säga tidigt i sjukdomsförloppet bör BOA-registret ha en klart lägre medelålder än höftprotesregistret om behandlingspyramiden (Figur 1) följs på ett systematiskt sätt. Den höga medelåldern på patienterna i BOA tyder på att de nationella riktlinjerna inte har fått genomslag inom vården och att patienterna därmed inte erhåller grundbehandling i den utsträckning de bör ha rätt till.

Vi ser också regionala skillnader inom landet. Västernorrland har lägst medelålder i landet, 61 år och Jönköping har högst medelålder på både höft- och knäartros 70 respektive 68 år. Patienter med handartros är färre men har liknande siffror.

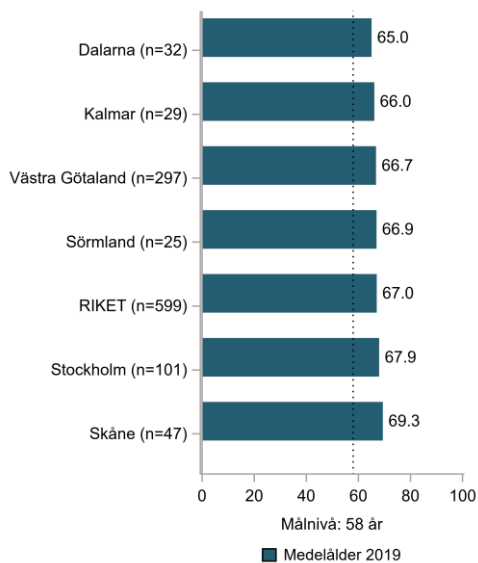
Figur 7. Medelålder Höft



Figur 8. Medelålder Knä



Figur 9. Medelålder Hand



Tolkning; Den mörkblåa stapeln visar medelåldern i respektive region. Den gråa stapeln visar medelåldern år 2018. För hand redovisas enbart 2019 då antalet patienter 2018 var för lågt.

Undvik att röntga patienter med misstänkt artros

Sambandet mellan graden av ledförändring och symtom till följd av artros är svagt. Dessutom syns sällan röntgenologiska förändringar tidigt i artrossjukdomen. Därför finns det ingen anledning att genomföra röntgenundersökningar tidigt i artrosförloppet. En röntgenundersökning utan fynd kan leda till fördröjd diagnos och fördröjd grundbehandling vilket är klart ofördelaktigt för patienten eftersom grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrossjukdomens förlopp. Vid misstanke om differentialdiagnos eller vid behov av remiss till ortoped ska röntgen alltid utföras som ett led i diagnostiseringen, därför kan målet aldrig vara att andelen röntgade ska vara 0% innan artrosskolan startar.

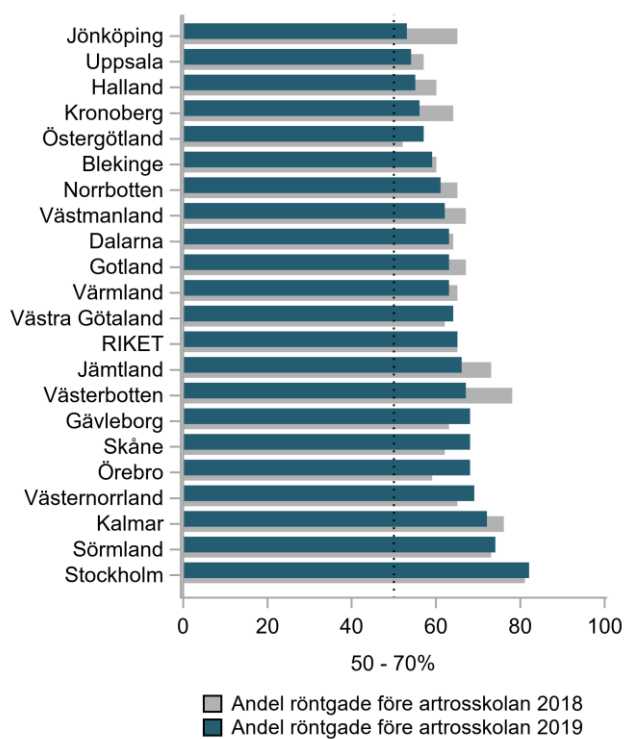
Kostnader för röntgen

Kostnaderna för röntgenundersökningar är inte så stora men sett över tid blir det mycket pengar. Röntgenundersökning av en höft kostar cirka 700 kronor och röntgen av ett knä cirka 670 kronor. År 2019 registrerades 16 644 nybesök i BOA-registret, utav dessa uppgav 68% att de genomgått en röntgen. Detta innebär att röntgenundersökningar för populationen i BOA-registret har kostat 7,5 miljoner kronor år 2019. I nuvarande nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och BOA-registrets mål är att max 50% av patienterna ska röntgas före artrosskola och skulle vi komma ner på den nivån skulle besparingen vara två miljoner kronor på ett år (2019) och större på flera års sikt. Det är ingen gigantisk summa men likväl pengar som skulle kunna investeras bättre inom vården.

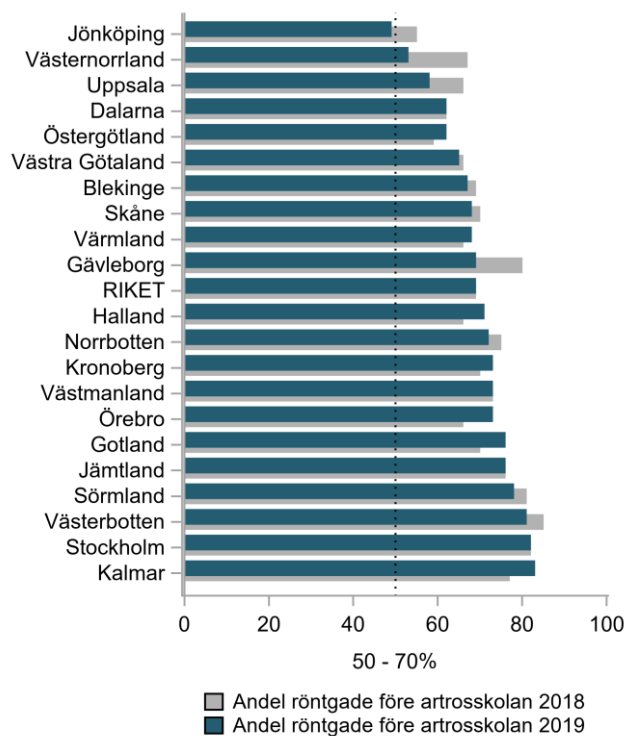
Andel patienter som röntgas före grundbehandling har minskat

Positivt är att över årens lopp kan vi se en trend att andelen röntgade patienter före artrosskola minskar. År 2013 röntgades cirka 80% av patienterna före första besök och år 2019 är det 68% som röntgats om man tittar på hela landet. Målnivån för BOA-registret och som är satt av Socialstyrelsen 2012 har varit att sänka andel röntgade till 50-70% med målet att först nå 70% och därefter komma ner till 50%. Den högre målnivån är nådd för riket som helhet men variationen är stor i landet. Stockholm har högst andel med hela 80% röntgade före grundbehandling både 2018 och 2019. Endast en region når målnivån på 50% år 2019, det är Jönköping och gäller enbart personer med knäartros, men flertalet regioner ligger nära eller under den högre målnivån 70% för både höfter och knän.

Figur 10. Andel röntgade innan behandling 2019 respektive 2018, Höft



Figur 11. Andel röntgade innan behandling 2019 respektive 2018, Knä



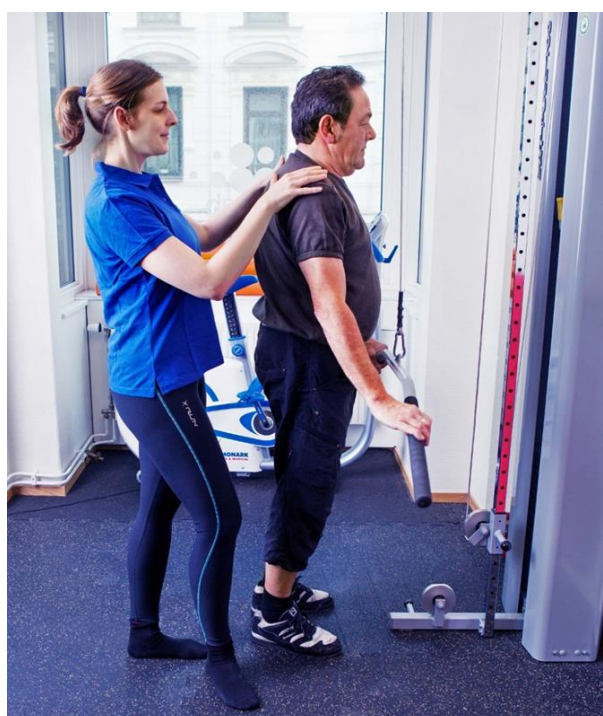
Tolkning; En kort mörkblå stapel indikerar att få personer har genomgått en röntgen innan grundbehandling startar. Den grå stapeln visar motsvarande för 2018.

Övervakad träning



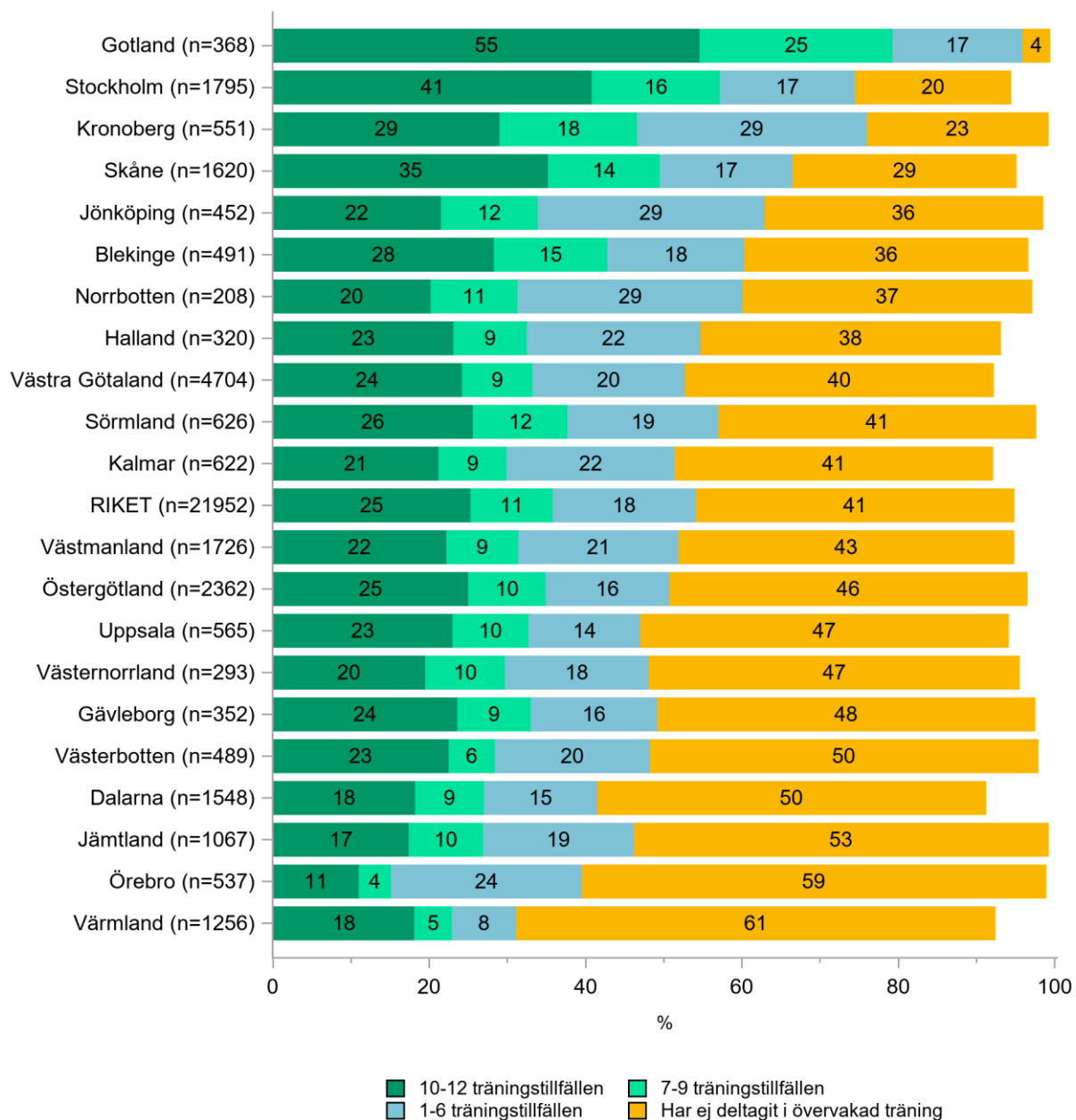
Möjligheten att erbjuda patienterna övervakad träning skiljer sig stort både mellan regioner och mellan olika enheter. Det kan exempelvis bero på hur lokalerna är anpassade till verksamheten samt personalresurser.

Nästan 90% av personerna som är registrerade i BOA-registret väljer att få en genomgång av ett individuellt anpassat träningsprogram. Av dessa är det dock endast 25% som sedan deltar i övervakad träning i den utsträckning man enligt forskningen kan antas ha god effekt (>12 gånger). Vi ser stora regionala skillnader där man på Gotland har drygt 50% av patienterna på övervakad träning fler än 12 gånger medan andelen i flera andra regioner ligger på 10-15%. Resultaten, framförallt vad gäller vidmakthållande av fysisk aktivitet, är mycket bra på Gotland om man jämför med riket i stort.

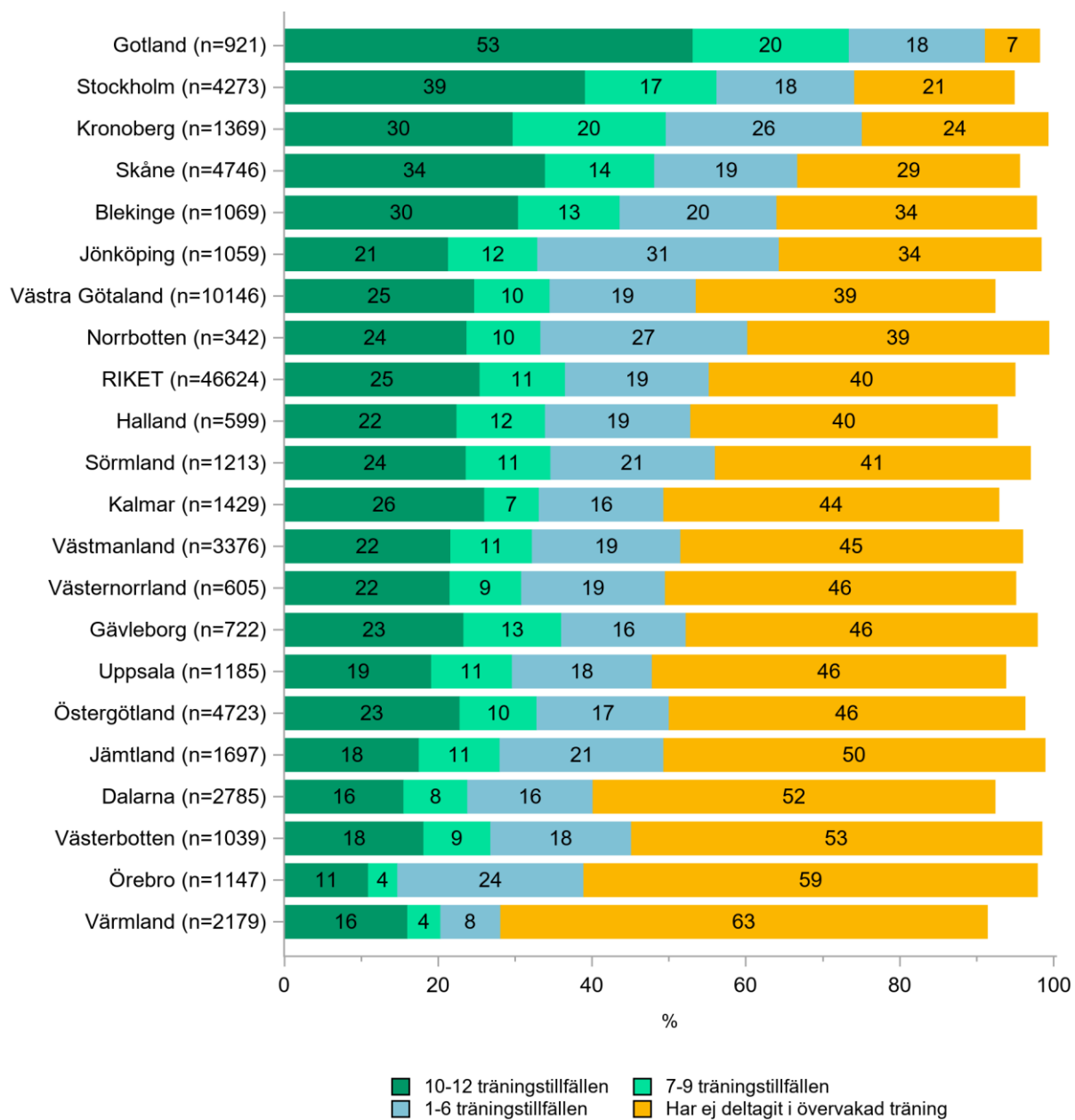


Det är sannolikt så att de personer som vid första besöket är otillräckligt fysiskt aktiva har ett större behov av övervakad träning än de som redan är vana att träna. Detta behöver analyseras djupare, och kanske behöver även frågan kring vad som räknas som övervakad träning ses över i takt med att digital och digifysisk-behandling (kombination av digital och fysisk behandling) blir allt vanligare.

Figur 12. Andel som deltagit i övervakad träning, Höft



Figur 13. Andel som deltagit i övervakad träning, Knä



Fysisk aktivitet

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

Otillräcklig fysisk aktivitet är livsfarligt och leder till många dödsfall i förtid både globalt och nationellt, i Sverige är enligt Global Observatory of Physical Activity (GOPA <http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/>) 11,8% av alla dödsfall i förtid kopplade till otillräcklig fysisk aktivitet. Personer som är drabbade av artros är mindre fysiskt aktiva än populationen i stort och har därmed en ökad risk att dö av andra hälsoproblem till exempel hjärt- och kärlsjukdom, diabetes eller vissa cancerformer.

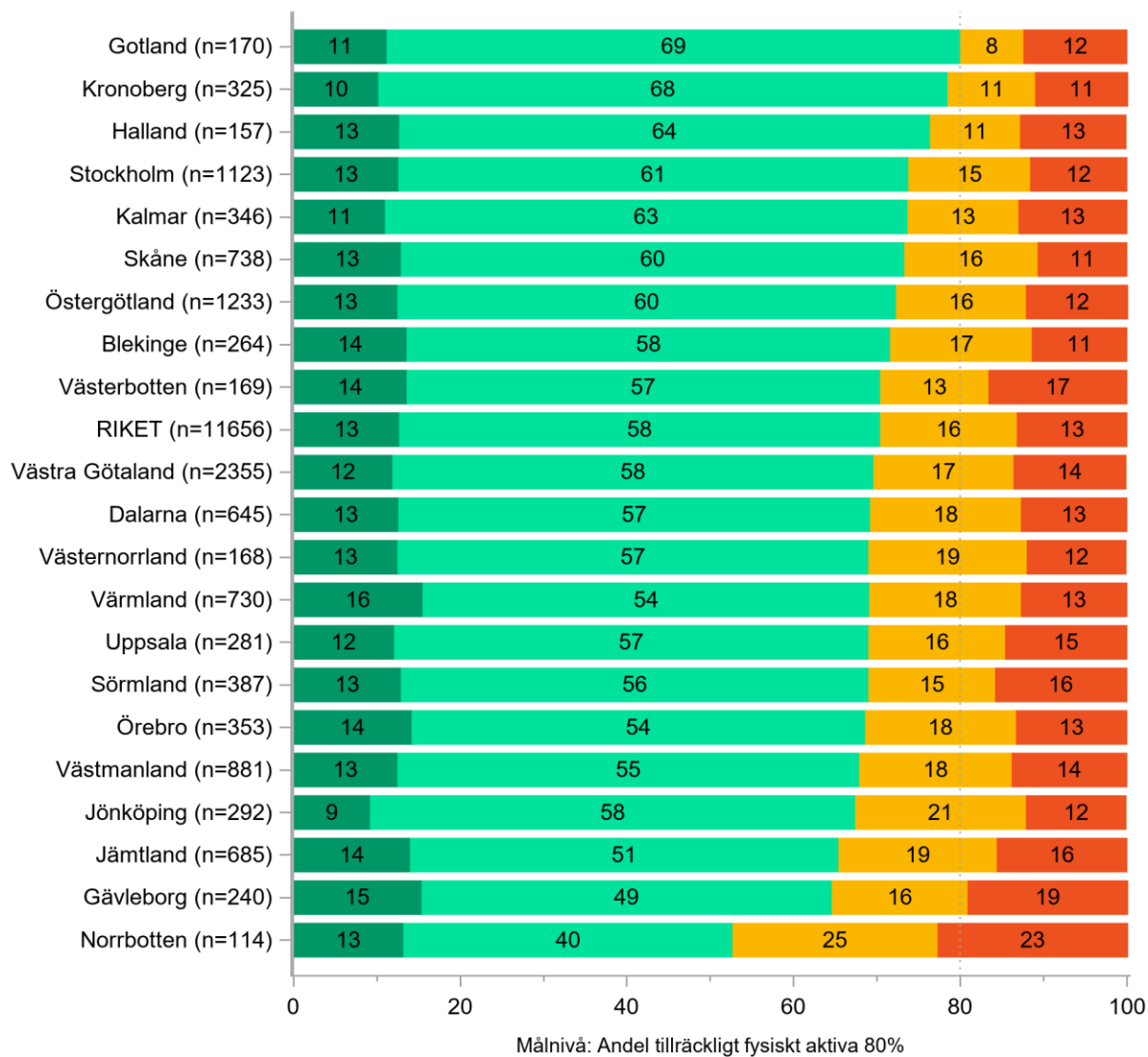


I de flesta regioner ökar andelen fysiskt aktiva vid tre månader men förbättringen kvarstår inte efter ett år. Vid första registreringen i BOA-registret 2018 var 31,5 % av personerna med artros i höft, knä eller hand otillräckligt fysiskt aktiva. Vid tre månader har siffran sjunkit till 25 %, men efter ett år har andelen åter stigit till 33 %.

Vi ser, som tidigare år, 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 efter ett år. Det verkar alltså inte som om en intervention på tre månader är tillräcklig för att fullt ut genomföra de livsstilsförändringar som krävs för att ge effekt på längre sikt. Det finns regioner som kompletterat tremånadersuppföljningen med ett FaR-recept och sett att detta lett till en kvarstående tillräcklig fysisk aktivitetsnivå efter ett år.

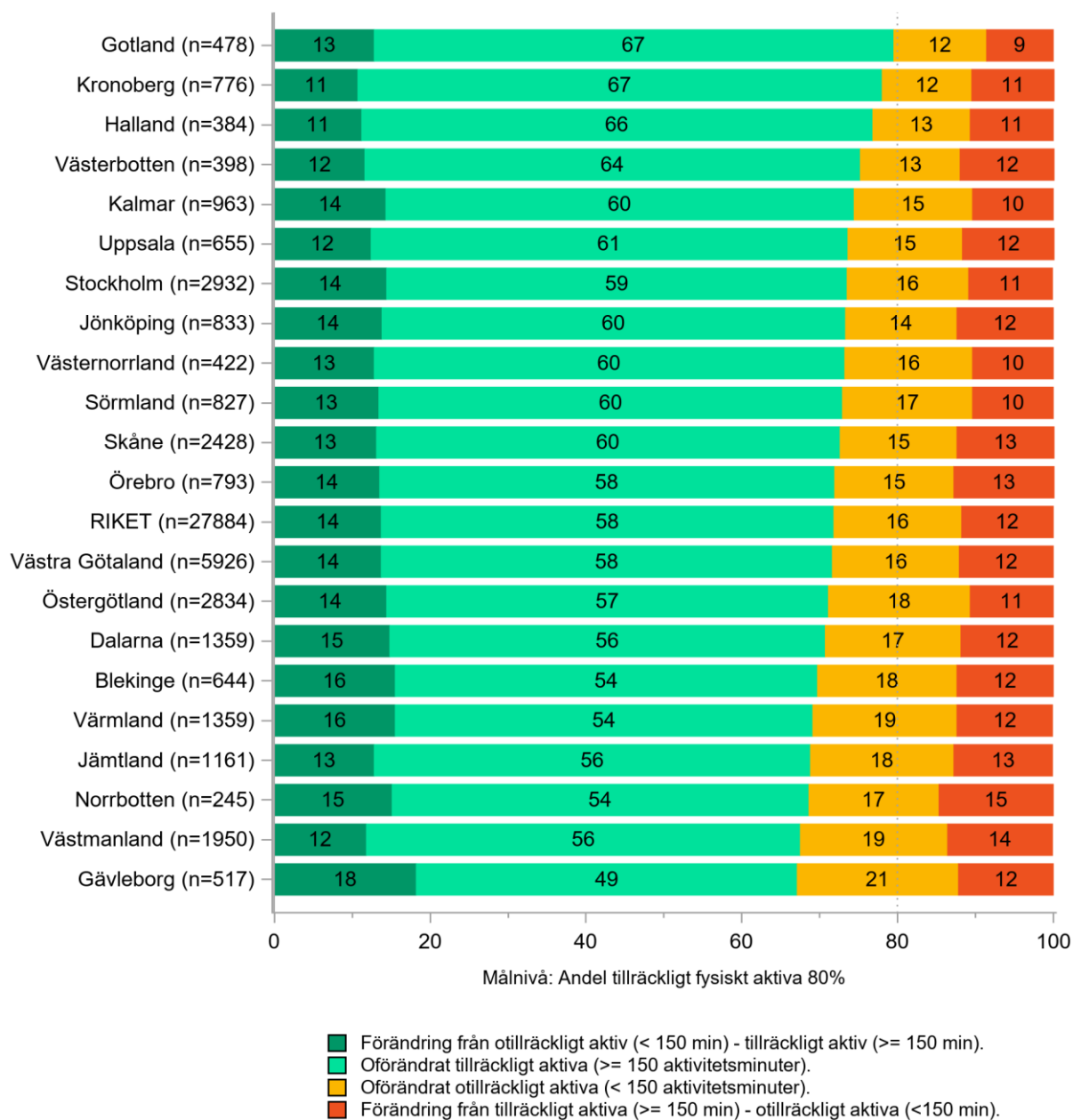
Målet är att andelen fysiskt aktiva (minst 150 min/vecka) personer ska vara högre än 80% efter ett år. Det är enbart region Gotland som når upp till målet att 80% av patienterna är fysiskt aktiva mer än 150 minuter /vecka ett år efter artrosskolan. En anledning till att Gotland lyckas tror vi är att de är noga med att kalla patienterna på tremånadersuppföljning samt att de som då önskar får fysisk aktivitet på recept för att stimulera till fortsatt träning.

Figur 14. Andelen personer med höftartros med ökad, oförändrad eller minskad fysisk aktivitetsnivå efter 12 månader . Gröna staplar ≥ 150 minuter fysisk aktivitet/vecka efter 12 månader. Gula och röda staplar < 150 minuter fysisk aktivitet/vecka efter 12 månader.



- Förändring från otillräckligt aktiv (< 150 min) - tillräckligt aktiv (≥ 150 min).
- Oförändrat tillräckligt aktiva (≥ 150 aktivitetsminuter).
- Oförändrat otillräckligt aktiva (< 150 aktivitetsminuter).
- Förändring från tillräckligt aktiva (≥ 150 min) - otillräckligt aktiva (<150 min).

Figur 15. Andelen personer med knäartros med ökad, oförändrad eller minskad fysisk aktivitetsnivå efter 12 månader. Gröna staplar ≥ 150 minuter fysisk aktivitet/vecka efter 12 månader. Gula och röda staplar < 150 minuter fysisk aktivitet/vecka efter 12 månader.



Tabell 2. Antal och andel otillräckligt fysiskt aktiva, det vill säga mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka, Höft

	Antal patienter	Antal (%) inaktiva vid första besök	Antal (%) inaktiva vid 3-månaders-uppföljning	Antal (%) inaktiva vid 1-års-uppföljning
Blekinge	23	10 (43,5)	7 (30,4)	7 (30,4)
Dalarna	110	38 (34,5)	29 (26,4)	41 (37,3)
Gävleborg	17	5 (29,4)	5 (29,4)	5 (29,4)
Halland	10	4 (40)	4 (40)	4 (40)
Jämtland	34	15 (44,1)	12 (35,3)	19 (55,9)
Kalmar	21	9 (42,9)	4 (19)	9 (42,9)
Kronoberg	27	8 (29,6)	3 (11,1)	7 (25,9)
Norrbottnen	15	7 (46,7)	6 (40)	6 (40)
Skåne	89	28 (31,5)	30 (33,7)	26 (29,2)
Stockholm	72	20 (27,8)	18 (25)	22 (30,6)
Sörmland	47	14 (29,8)	7 (14,9)	18 (38,3)
Uppsala	35	10 (28,6)	6 (17,1)	4 (11,4)
Värmland	38	15 (39,5)	10 (26,3)	18 (47,4)
Västernorrland	16	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)
Västmanland	65	22 (33,8)	18 (27,7)	24 (36,9)
Västra Götaland	161	41 (25,5)	35 (21,7)	43 (26,7)
Örebro	19	7 (36,8)	7 (36,8)	6 (31,6)
Östergötland	134	47 (35,1)	37 (27,6)	44 (32,8)
RIKET	955	310 (32,5)	248 (26)	316 (33,1)



Tabell 3. Antal och andel otillräckligt fysiskt aktiva, det vill säga mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka, Knä

	Antal patienter	Antal (%) inaktiva vid första besök	Antal (%) inaktiva vid 3-månaders-uppföljning	Antal (%) inaktiva vid 1-års-uppföljning
Blekinge	57	23 (40,4)	12 (21,1)	22 (38,6)
Dalarna	188	58 (30,9)	34 (18,1)	56 (29,8)
Gotland	30	7 (23,3)	8 (26,7)	7 (23,3)
Gävleborg	26	9 (34,6)	6 (23,1)	8 (30,8)
Halland	24	8 (33,3)	10 (41,7)	9 (37,5)
Jämtland	59	20 (33,9)	9 (15,3)	20 (33,9)
Jönköping	26	9 (34,6)	8 (30,8)	9 (34,6)
Kalmar	53	14 (26,4)	7 (13,2)	13 (24,5)
Kronoberg	54	12 (22,2)	13 (24,1)	17 (31,5)
Norrbottn	26	5 (19,2)	7 (26,9)	7 (26,9)
Skåne	218	68 (31,2)	54 (24,8)	73 (33,5)
Stockholm	170	57 (33,5)	40 (23,5)	56 (32,9)
Sörmland	71	22 (31)	17 (23,9)	20 (28,2)
Uppsala	79	22 (27,8)	17 (21,5)	25 (31,6)
Värmland	73	36 (49,3)	21 (28,8)	30 (41,1)
Västerbotten	16	5 (31,3)	4 (25)	6 (37,5)
Västernorrland	20	9 (45)	7 (35)	11 (55)
Västmanland	154	46 (29,9)	37 (24)	58 (37,7)
Västra Götaland	318	79 (24,8)	75 (23,6)	90 (28,3)
Örebro	43	8 (18,6)	12 (27,9)	16 (37,2)
Östergötland	253	76 (30)	62 (24,5)	98 (38,7)
RIKET	1958	593 (30,3)	460 (23,5)	651 (33,2)



Hälsorelaterad livskvalitet

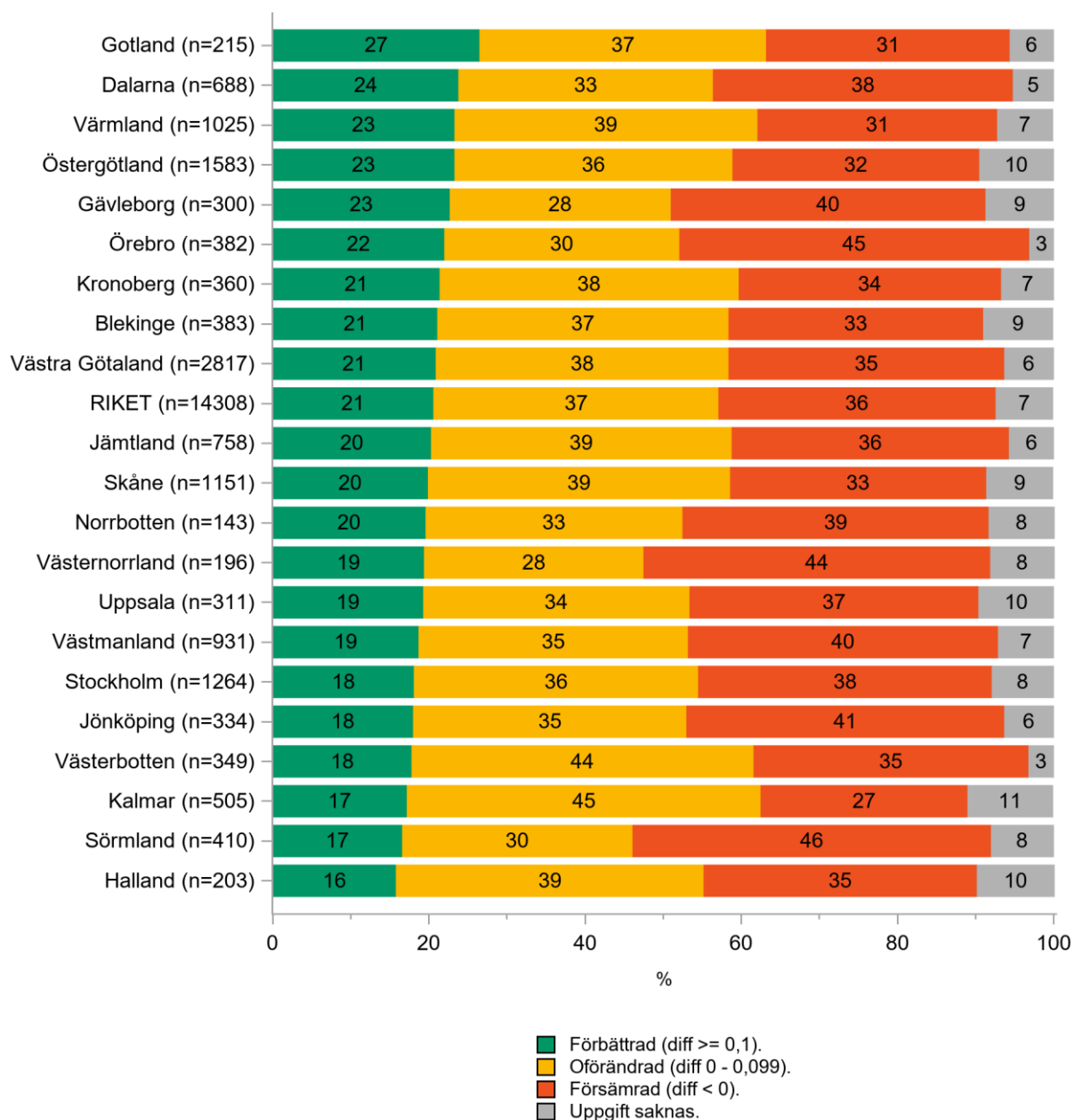
I BOA-registret mäts hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av the European Quality of Life in 5 Dimensions (EQ5D), som består av två delar EQ5D-5L samt EQ-VAS. EQ5D-5L är baserat på fem frågor med fem svarsalternativ. Frågorna gäller rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Svaren räknas samman till ett index som går från noll till ett, där ett motsvarar full hälsorelaterad livskvalitet. EQ-VAS är en visuell analog 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”. I BOA-registret har en kliniskt relevant förändring av hälsorelaterad livskvalitet definierats som en ökning på 0,1 i EQ5D-index och 10 på EQ-VAS.

Dessa är båda två trubbiga instrument som är tänkta att använda på gruppnivå. Det vi kan se i registret är att det är en större andel som skattar sin hälsorelaterade livskvalitet som något sämre ett år efter genomgången behandling om man tittar på EQ5D. Tittar vi på EQVAS-skalan är förhållandena annorlunda och det är något fler som skattar sin hälsa som bättre än sämre.

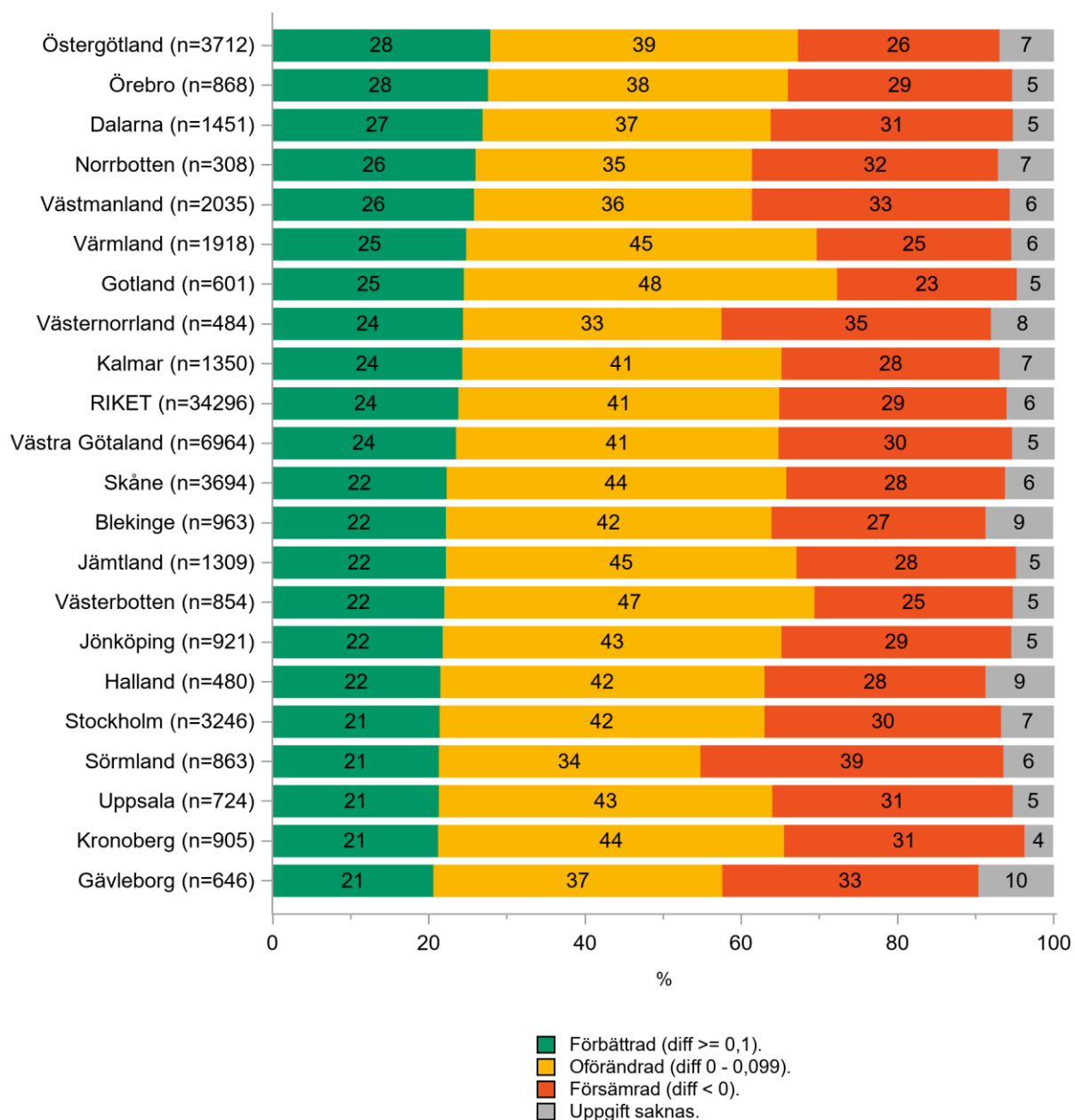
Intressant är att personer i åldersgruppen 64-75 år skattar sin hälsa som bäst både vid första besök och vid uppföljning jämfört med övriga åldersgrupper. Sämst mår den yngsta gruppen <55 år, främst de som har besvär av höftartros. Det är även den yngre gruppen som i större utsträckning avbryter behandlingen, troligen för att majoriteten är i förvärvsarbete. Detta är en grupp som vi troligen behöver optimera vården för och det är viktigt att fånga upp gula flaggor i ett tidigt skede.



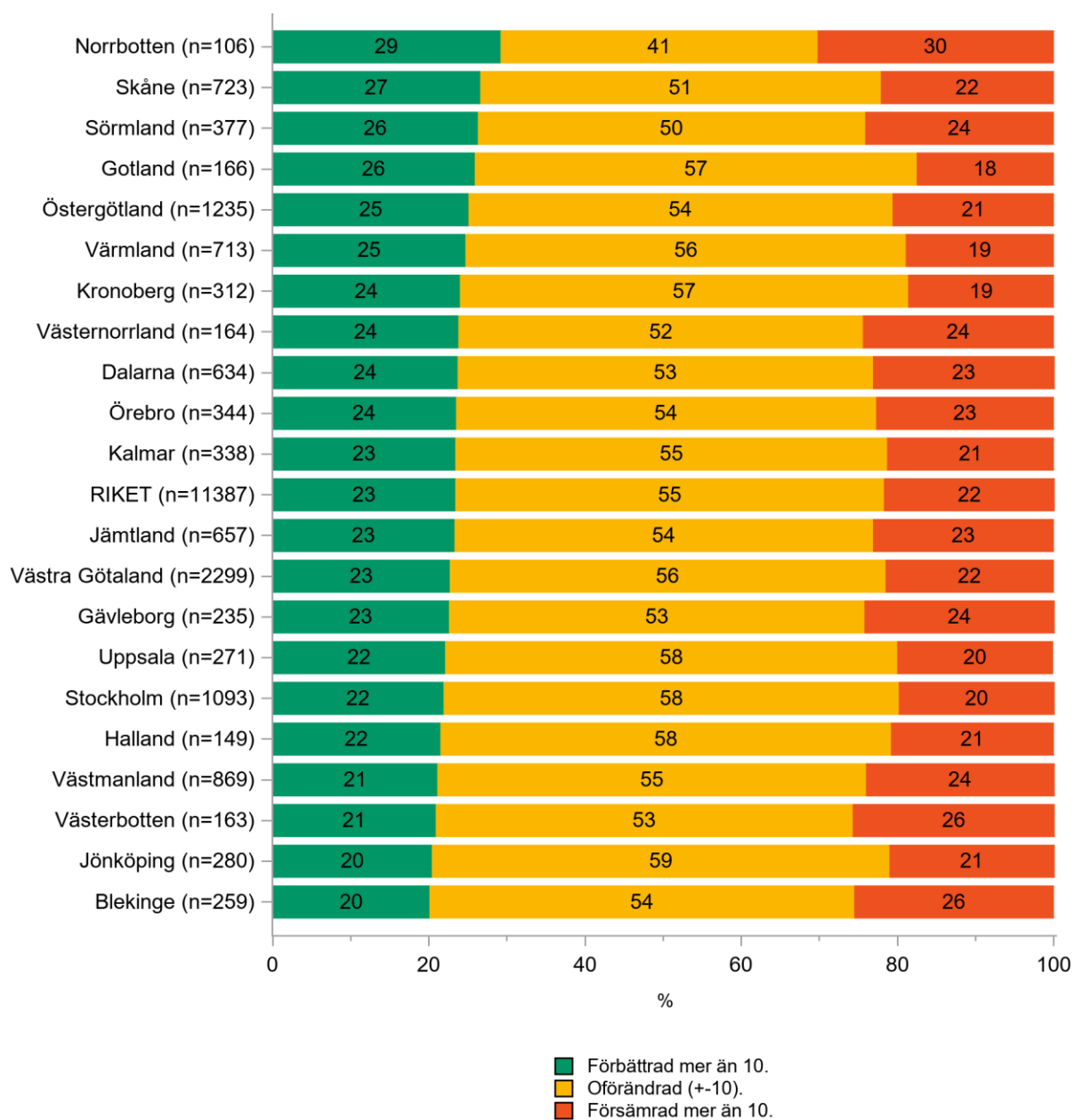
Figur 16. Förändrad hälsorelaterad livskvalitet EQ5D Höft. Andel personer med höftartros som har förbättrad, oförändrad eller försämrad hälsorelaterad livskvalitet efter 12 månader. Grön stapel = förbättrad det vill säga ökat EQ5D index med > 0,1.



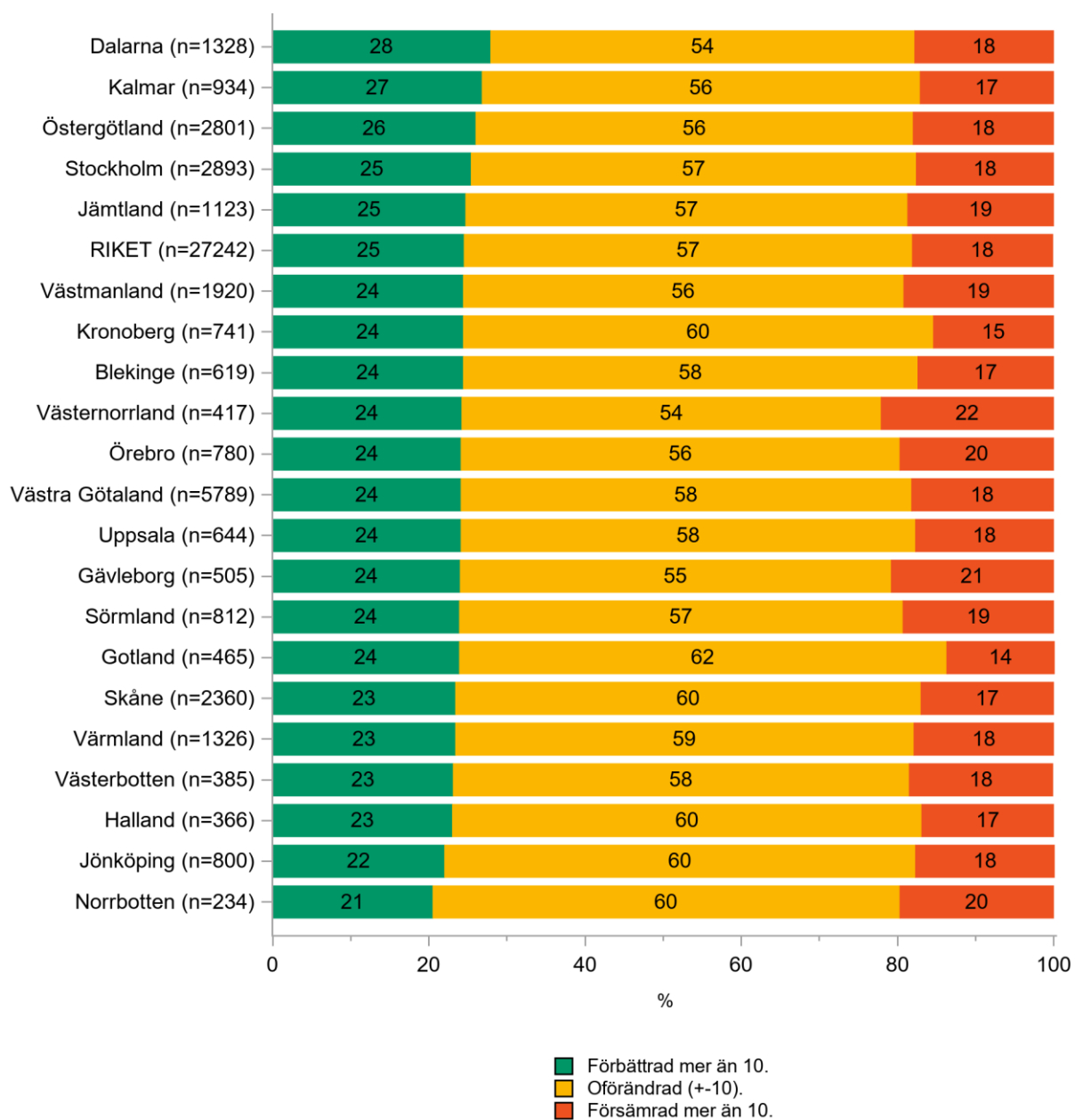
Figur 17. Förändrad hälsorelaterad livskvalitet EQ5D, Knä. Andel personer med knäartros som har förbättrad, oförändrad eller försämrad hälsorelaterad livskvalitet efter 12 månader. Grön stapel = förbättrad det vill säga ökat EQ5D index med > 0,1.



Figur 18. Förändring i EQ VAS, Höft. Andelen personer som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd efter 12 månader. Grön stapel = Förbättrat det vill säga ökat mer än 10 mm på EQ-VAS.



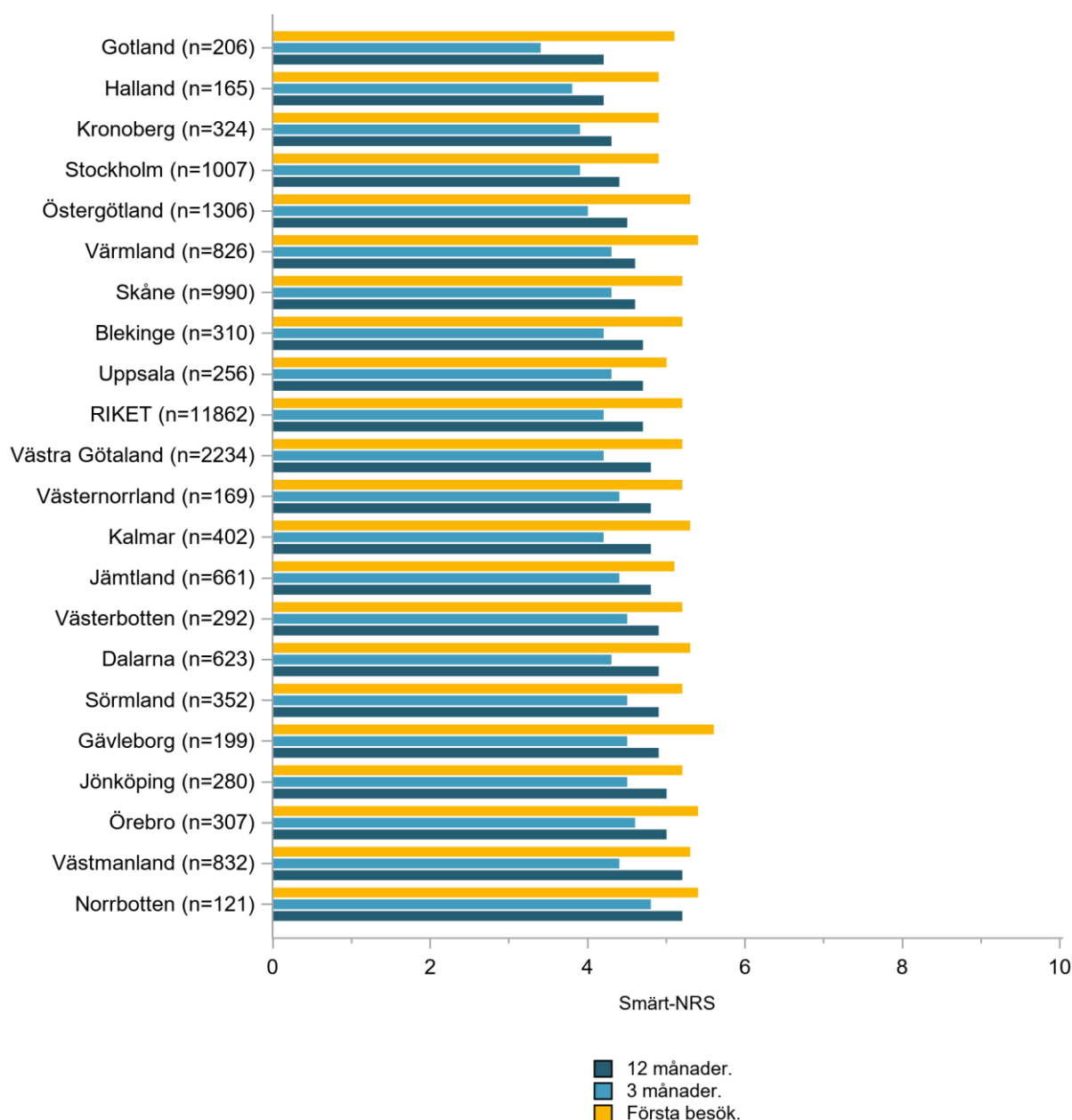
Figur 19. Förändring i EQ VAS, Knä. Andelen personer som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd efter 12 månader. Grön stapel = Förbättrat det vill säga ökat mer än 10 mm på EQ-VAS



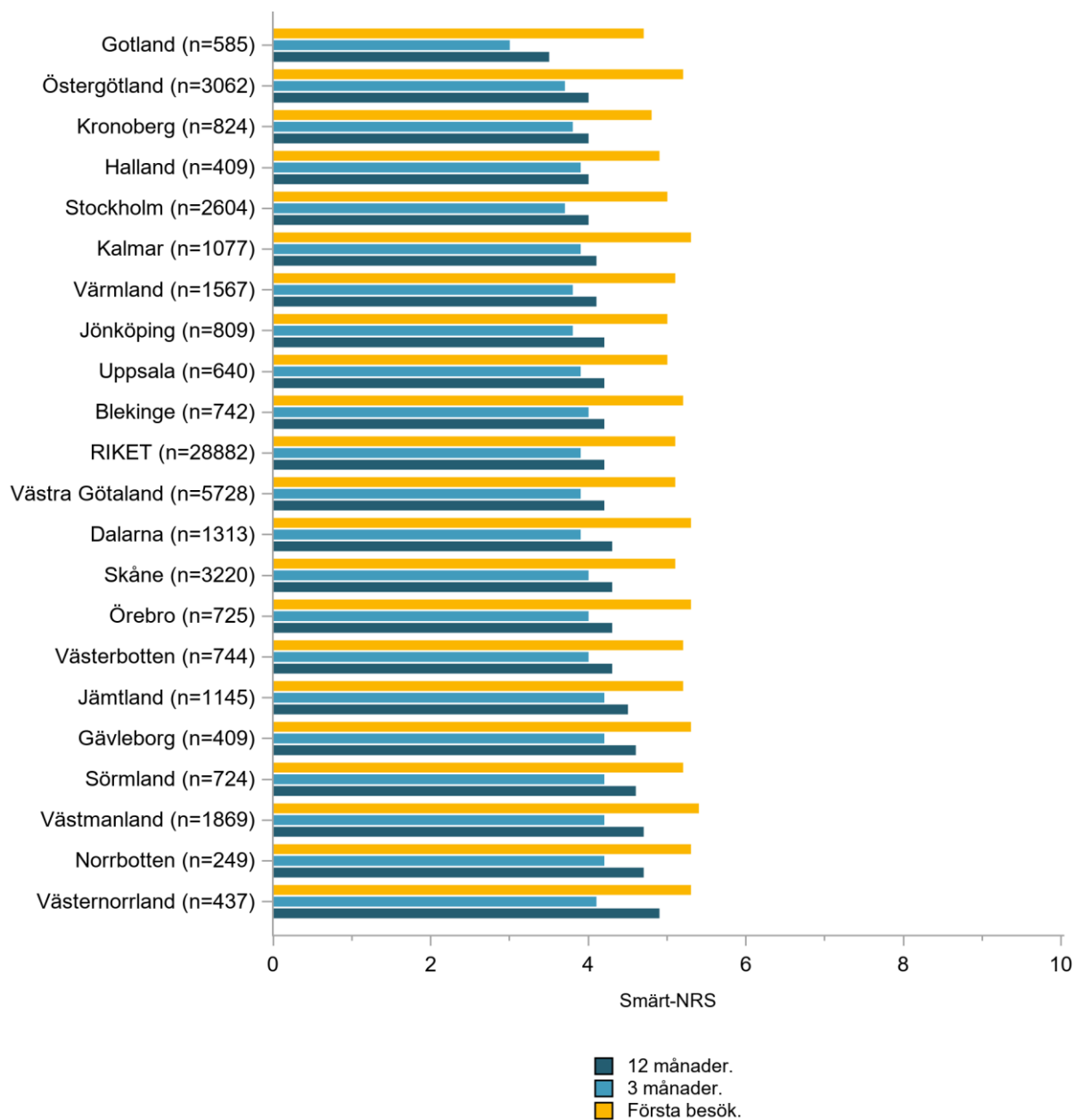
Smärta

I BOA-registret mäts smärtintensitet och smärtfrekvens. Smärtintensitet mäts med Numeric Rating Scale (NRS) vilket är en 11-gradig skala som går från 0 vilket motsvarar ingen smärta till 10 som är värsta tänkbara smärta. Vi frågar även hur ofta personerna har ont av sin artros. Mätt med NRS kan vi se att personer med knäartros har större effekt rörande sin smärta efter ett år än personer med höftartros. Samma förhållande gäller när man tittar på hur många som har ont varje dag eller alltid. Noterbart är att både smärtintensitet och smärtfrekvens sjunker efter tre månader för att sedan stiga igen vid ett år. Detta kan naturligtvis bero på att artrossjukdomen progredierar hos ett antal personer men då vi även ser ett tydligt samband med att den fysiska aktivitetsnivån stiger efter tre månader för att sedan sjunka är det rimligt att anta att en patientutbildning på tre månader för många personer inte är tillräckligt för att vidmakthålla ett förändrat beteende. Det gäller att utveckla system för att hitta vilka personer som behöver mer stöttning för att fortsätta vara fysiskt aktiva och därefter utvärdera om detta även kan påverka smärtintensitet och smärtfrekvens på sikt.

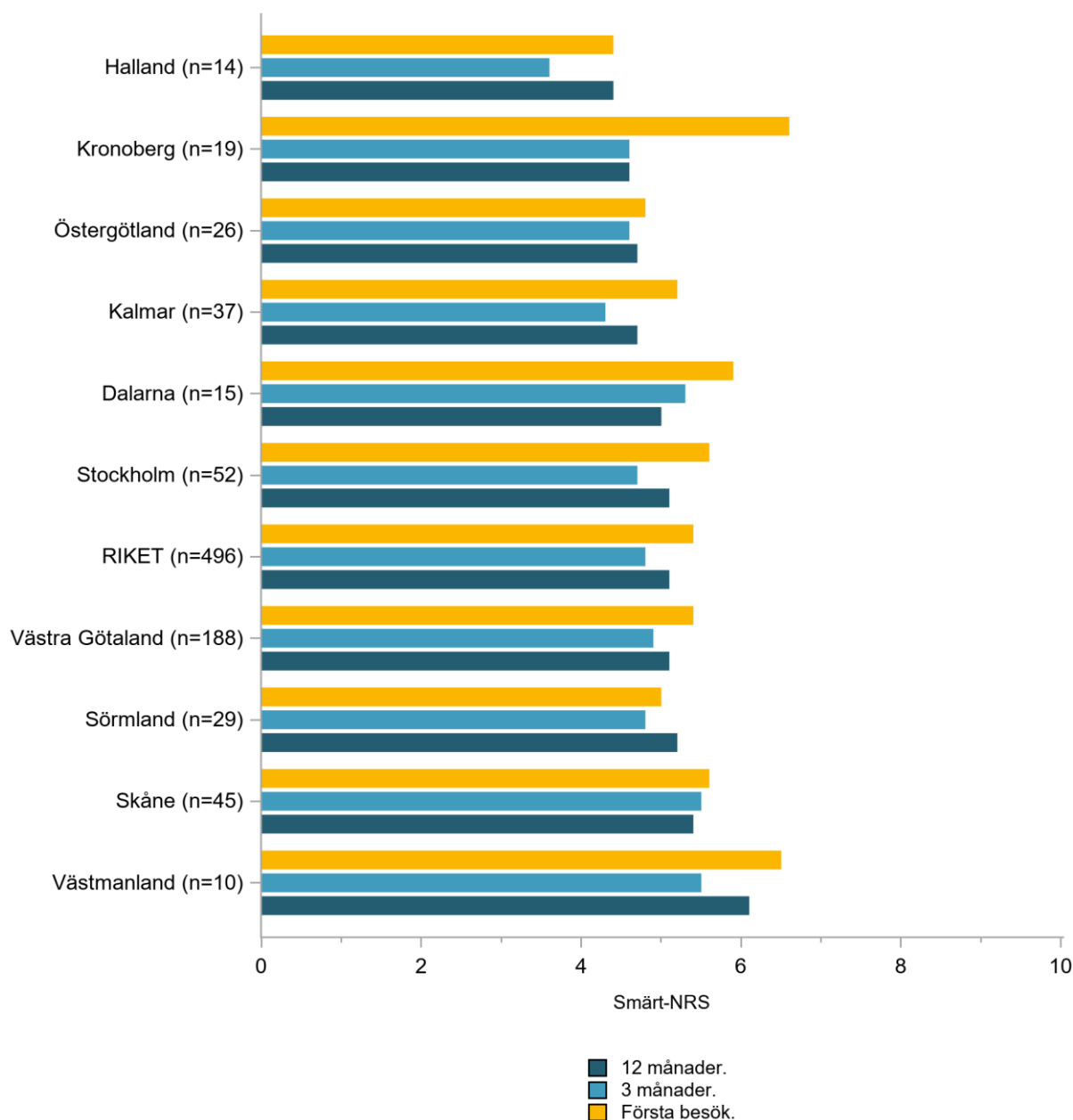
Figur 20. Förändring i smärtintensitet, Höft



Figur 21. Förändring i smärtintensitet, Knä



Figur 22. Förändring i smärtintensitet, Hand

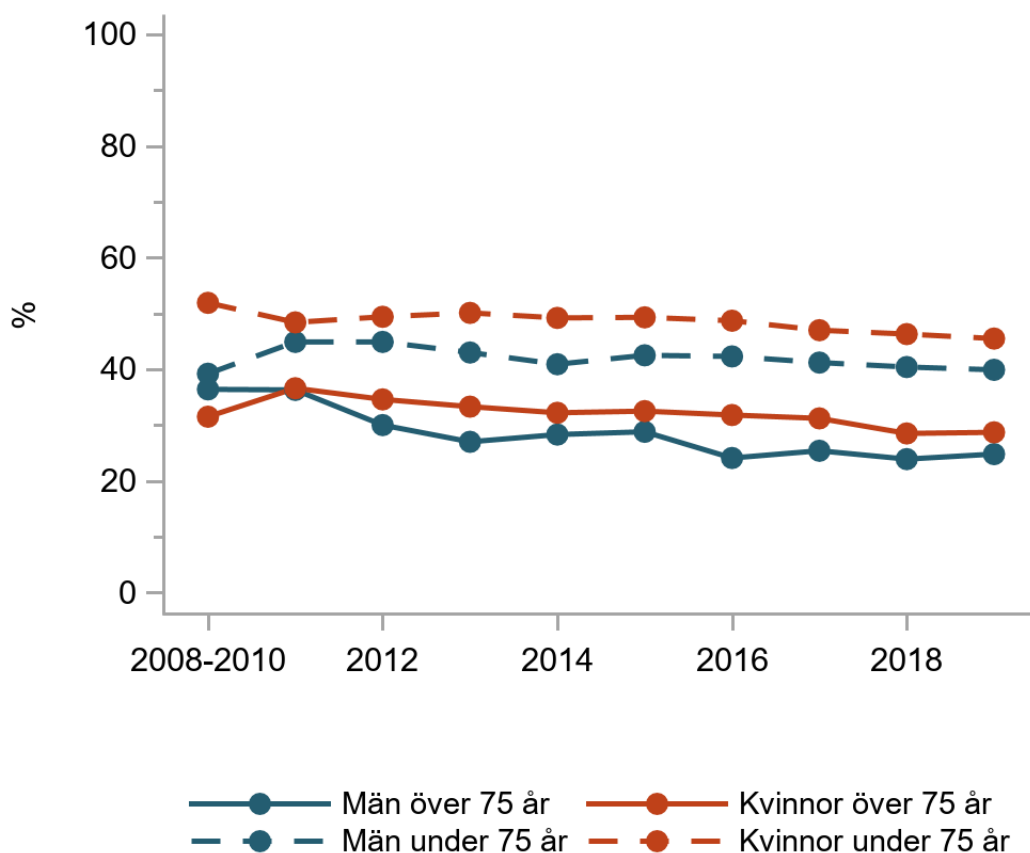


Läkemedel

Cirka 75 % av personerna med artros i BOA-registret tar ledrelaterade läkemedel vid första registreringen. En oroande hög andel personer med artros som är 75 år och äldre anger att de använder NSAID-preparat, se figur 23. I enlighet med Socialstyrelsen ska NSAID-preparat till denna grupp förskrivas restriktivt på grund av biverkningsrisk och risk att det interagerar negativt med annan vanlig läkemedelsbehandling. 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 förbrukar. 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 som förskrivits av läkare och som personer därefter har tagit ut vilket inte är kopplat varken till diagnos eller verklig förbrukning. Vi ser att 10–15 % kan sluta med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola, detta utan att samtidigt öka sin smärta.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer så ska patienter med artros få behandling enligt behandlingspyramiden (figur 1) dvs grundbehandling före smärtlindrande läkemedel. I data från BOA-registret kan vi dock se att mer än 70% av patienterna tar ledrelaterade läkemedel innan de börjar artrosskola (tabell 4 och 5). Siffrorna i tabell 6, som gäller handartros, är mer osäkra eftersom det är ett litet antal patienter som är registrerade.

Figur 23. Intag av NSAID-preparat uppdelat på kön och ålder



Tabell 4. Andel personer som vid första besöket tagit ledrelaterade läkemedel, Höft

	Antal	Tagit led- relaterade läkemedel	Para- cetamol	NSAID	Glukos- amin	Hyaluron syra	Kortison	Natur- läke- medel	Annat	Uppgift saknas (Antal)
Blekinge	134	72,4%	52%	41,8%	2%	0%	3,1%	3,1%	3,1%	36
Dalarna	470	77,4%	59,5%	42,4%	0,9%	0%	3,3%	5,2%	4,9%	45
Gotland	27	66,7%	55,6%	37%	3,7%	0%	0%	14,8%	3,7%	0
Gävleborg	65	75%	67,2%	34,4%	4,7%	0%	6,3%	9,4%	14,1%	1
Halland	80	95%	80%	45%	0%	0%	10%	20%	5%	60
Jämtland	75	84%	64%	40%	2,7%	0%	5,3%	2,7%	16%	0
Jönköping	48	72,9%	56,3%	33,3%	0%	0%	2,1%	2,1%	2,1%	0
Kalmar	260	74,6%	61,4%	28,9%	0%	0%	1,8%	1,8%	6,1%	146
Kronoberg	79	84,8%	70,9%	44,3%	2,5%	0%	5,1%	12,7%	7,6%	0
Norrbotten	30	83,3%	70%	56,7%	0%	0%	10%	0%	6,7%	0
Skåne	744	70,5%	57,4%	32,9%	1,9%	0,4%	5,4%	7,4%	8,5%	486
Stockholm	703	76,1%	56,6%	39,8%	1,9%	0%	4,4%	7,4%	9,1%	339
Sörmland	188	85,3%	66,4%	38,8%	1,7%	0%	6,9%	10,3%	13,8%	72
Uppsala	168	65,6%	52,3%	38,3%	0,8%	0%	1,6%	0%	9,4%	40
Värmland	244	68,5%	50,3%	34,3%	1,7%	0%	1,7%	1,1%	9,4%	63
Västerbotten	51	89,8%	63,3%	42,9%	0%	0%	2%	4,1%	16,3%	2
Västernorrland	76	65,4%	53,8%	23,1%	0%	0%	0%	3,8%	3,8%	50
Västmanland	286	74,1%	57,8%	43,6%	2,8%	0%	2,1%	7,1%	6,7%	4
Västra Götaland	1146	71,7%	53,1%	40,2%	1,8%	0%	2,9%	5,2%	8,1%	78
Örebro	75	78,7%	66,7%	37,3%	4%	0%	6,7%	6,7%	9,3%	0
Östergötland	397	77,8%	62,7%	38,8%	0,8%	0,3%	1,8%	2,5%	6%	0
RIKET	5346	74,7%	57,7%	39,2%	1,7%	0,1%	3,3%	5,3%	7,8%	1422

Tabell 5. Andel personer som vid första besöket tagit ledrelaterade läkemedel, Knä

	Antal	Tagit led- relaterade läkemedel	Para- cetamol	NSAID	Glukos- amin	Hyaluron syra	Kortison	Natur- läke- medel	Annat	Uppgift saknas (Antal)
Blekinge	248	73,8%	52,5%	42,1%	1%	0%	4%	5,4%	6,4%	46
Dalarna	729	75,1%	54,2%	43,7%	1,8%	0%	9,4%	6,4%	3,7%	45
Gotland	83	68,7%	51,8%	37,3%	2,4%	0%	1,2%	6%	3,6%	0
Gävleborg	135	78,2%	62,4%	38,3%	1,5%	0%	9,8%	3%	8,3%	2
Halland	120	73,3%	48,9%	46,7%	2,2%	0%	6,7%	4,4%	6,7%	75
Jämtland	115	57%	40,4%	29,8%	0%	0%	1,8%	2,6%	6,1%	1
Jönköping	94	76,6%	58,5%	40,4%	1,1%	0%	3,2%	2,1%	5,3%	0
Kalmar	415	78%	61,2%	38%	0,4%	0%	6,9%	2%	4,1%	170
Kronoberg	178	78,1%	55,1%	52,2%	2,8%	0,6%	11,8%	6,7%	4,5%	0
Norrbotten	55	83,6%	56,4%	54,5%	0%	0%	10,9%	5,5%	12,7%	0
Skåne	1324	70,3%	48,3%	38,3%	1,3%	0%	7,7%	5,4%	8,7%	634
Stockholm	1364	69,2%	46,9%	38,2%	1,5%	0,3%	7,8%	5,4%	7,5%	482
Sörmland	354	80,1%	58,3%	38,7%	1,8%	0%	10%	9,2%	16,6%	83
Uppsala	270	76,1%	56,2%	42%	2,2%	0%	3,1%	3,1%	6,6%	44
Värmland	417	74,2%	51,7%	37,2%	3,1%	0%	7,4%	2,2%	6,8%	92
Västerbotten	99	75,8%	53,7%	36,8%	1,1%	0%	3,2%	9,5%	15,8%	4
Västernorrland	104	62,9%	40%	42,9%	0%	0%	2,9%	0%	5,7%	69
Västmanland	503	74,3%	54,1%	41,8%	1,8%	0%	4,8%	7,7%	6,1%	8
Västra Götaland	2308	70,6%	48,3%	43,2%	2,3%	0,2%	5,5%	3,9%	4,6%	123
Örebro	202	72,8%	55%	44,1%	2%	0%	6,9%	3%	7,9%	0
Östergötland	780	74,9%	56,7%	39,5%	1,4%	0,8%	4,3%	2,1%	6,8%	11
RIKET	9897	72,7%	51,7%	41,1%	1,8%	0,2%	6,4%	4,6%	6,4%	1889

Tabell 6. Andel personer som vid första besöket tagit ledrelaterade läkemedel, Hand

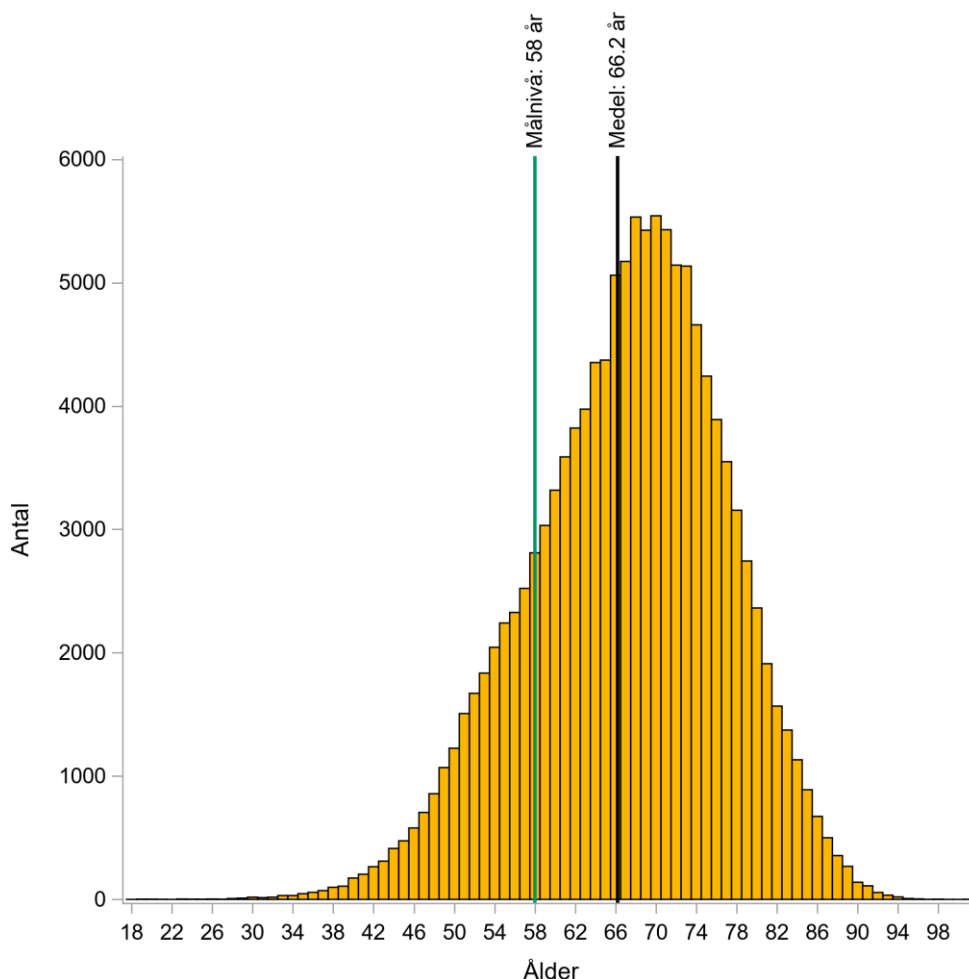
	Antal	Tagit led- relaterade läkemedel	Para- cetamol	NSAID	Glukos- amin	Hyaluron syra	Kortison	Natur- läke- medel	Annat	Uppgift saknas (Antal)
Blekinge	6	83,3 %	83,3 %	0 %	0 %	0 %	50 %	33,3 %	16,7	0
Dalarna	31	56,7 %	46,7 %	23,3 %	0 %	0 %	3,3 %	3,3 %	3,3	1
Gotland	7	85,7 %	42,9 %	14,3 %	0 %	0 %	14,3 %	14,3 %	57,1	0
Gävleborg	5	60 %	60 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %	40	0
Halland	4	50 %	50 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	0
Jämtland	2	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	1
Kalmar	29	51,7 %	31 %	20,7 %	3,4 %	0 %	0 %	3,4 %	3,4	0
Kronoberg	7	57,1 %	42,9 %	42,9 %	0 %	0 %	0 %	0 %	28,6	0
Norrbottnen	3	100 %	50 %	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0	1
Skåne	47	63 %	43,5 %	34,8 %	2,2 %	0 %	4,3 %	6,5 %	6,5	1
Stockholm	99	63,3 %	29,6 %	30,6 %	5,1 %	0 %	3,1 %	12,2 %	10,2	1
Sörmland	25	84 %	52 %	32 %	0 %	0 %	8 %	20 %	24	0
Uppsala	8	85,7 %	57,1 %	42,9 %	14,3 %	0 %	14,3 %	14,3 %	0	1
Värmland	1	100 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0	0
Västerbotten	5	20 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %	20 %	0	0
Västernorrland	3	66,7 %	66,7 %	33,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	0
Västmanland	5	80 %	40 %	80 %	0 %	0 %	0 %	0 %	20	0
Västra Götaland	293	52,6 %	32,5 %	24,6 %	2,1 %	0 %	1,7 %	7,3 %	4,2	4
Örebro	6	100 %	66,7 %	66,7 %	0 %	0 %	0 %	16,7 %	16,7	0
Östergötland	4	50 %	25 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	0
RIKET	590	58,8 %	36,4 %	27,2 %	2,6 %	0 %	3,4 %	8,6 %	7,6	10

Patientkaraktäristika i BOA-registret

Åldersfördelning, 2008–2019

Den största andelen patienter i BOA-registret är i åldersgruppen 65–74 år, se figur 24. Cirka 40 % är i arbetsför ålder. De första symtomen på artros kan ofta noteras redan vid 40-års ålder eller tidigare. Ett av BOA-registrets mål är att nå patienter 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 24: Åldersfördelning i BOA-registret, 2008–2019



Ålderns betydelse för upplevelse av hälsa

Vi ser att den yngsta åldersgruppen som återfinns i registret, de som är yngre än 55 år skattar sin hälsa som lägre än alla de äldre åldersgrupperna. Bäst hälsa skattar personer som är 65-74 år med knäartros.

Sämst hälsa av alla undergrupper skattar personer yngre än 55 år med handartros. De skattar även sin smärta som mer frekvent än övriga grupper. Sannolikt är det en kombination av att personerna fortfarande är yrkesverksamma samt har en högre förväntan på vad kroppen ska klara av, som leder till att de yngre personerna tycks må sämre. Att avlasta en hand är heller inte lika lätt som att avlasta ett knä eller en höft. Noterbart är att cirka 50% av personerna som har registrerats med hand som mest besvärande led har gångsvårigheter, troligen har många av dessa personer en mer generaliserad artros som också leder till ökad smärta och sämre livskvalitet.

Charnley klass A-C är ett sätt att klassificera muskuloskeletal samsjuklighet utifrån gångförmåga. Charnley klass A innebär gångsvårigheter till följd av besvär från en led. Charnley klass B innebär gångsvårigheter till följd av besvär från fler än en led och Charnley klass C indikerar multipel ledsjukdom eller andra sjukdomar som orsak till personens gångsvårigheter.

Tabell 7. Charnley klass, smärta, gångsvårigheter, fysisk aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) vid tre månader för olika åldersgrupper. Höft

	Yngre än			Äldre än
	55 år	55–64 år	65–74 år	75 år
Antal patienter	2396	5137	9822	4726
Andel Charnley A	46 %	43 %	44 %	42 %
Andel Charnley B	12 %	10 %	9 %	7 %
Andel Charnley C	43 %	47 %	47 %	51 %
Andel som har ont i sin höft varje dag eller oftare	75 %	76 %	74 %	78 %
Andel med gångsvårigheter	71 %	71 %	71 %	75 %
Andel tillräckligt fysiskt aktiva vid 3-månadersuppföljning (≥150min/vecka)	78 %	75 %	76 %	63 %
EQ5D-index vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	0,604	0,615	0,639	0,631
EQ5D-VAS vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	64,48	66,02	68,12	65,83

Tabell 8. Charnley klass, smärta, förändring av gångsvårigheter, fysisk aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) vid tre månader för olika åldersgrupper. Knä

	Yngre än			Äldre än
	55 år	55–64 år	65–74 år	75 år
Antal patienter	5276	12 637	19 443	8718
Andel Charnley A	44 %	42 %	45 %	43 %
Andel Charnley B	24 %	25 %	21 %	18 %
Andel Charnley C	31 %	33 %	34 %	39 %
Andel som har ont i sitt knä varje dag eller oftare	64 %	68 %	68 %	73 %
Andel med gångsvårigheter	60 %	64 %	63 %	69 %
Andel tillräckligt fysiskt aktiva vid 3-månadersuppföljning (≥150min/vecka)	77 %	75 %	77 %	67 %
EQ5D-index vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	0,655	0,666	0,693	0,676
EQ5D-VAS vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	67,6	69,29	71,91	68,89

Tabell 9. Charnley klass, smärta, förändring av gångsvårigheter, fysisk aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) vid tre månader för olika åldersgrupper. Hand

	Yngre än			Äldre än
	55 år	55–64 år	65–74 år	75 år
Antal patienter	107	277	419	229
Andel Charnley A	39 %	37 %	36 %	32 %
Andel Charnley B	13 %	23 %	18 %	15 %
Andel Charnley C	48 %	40 %	46 %	52 %
Andel som har ont i sin hand varje dag eller oftare	84 %	86 %	80 %	84 %
Andel med gångsvårigheter	51 %	52 %	44 %	55 %
Andel tillräckligt fysiskt aktiva vid 3-månadersuppföljning (≥150min/vecka)	77 %	79 %	78 %	73 %
EQ5D-index vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	0,596	0,631	0,669	0,645
EQ5D-VAS vid 3-månadersuppföljning (medelvärde)	61,64	67,53	69,45	65,04

Registreringar i BOA-registret

Täckningsgrad och anslutningsgrad 2019

Under 2008-2019, har 126309 unika individer med artros i höft, knä eller hand rapporterats i BOA-registret från 477 Enheter (figur 25) Antalet som inkluderades under 2019 var 16633.

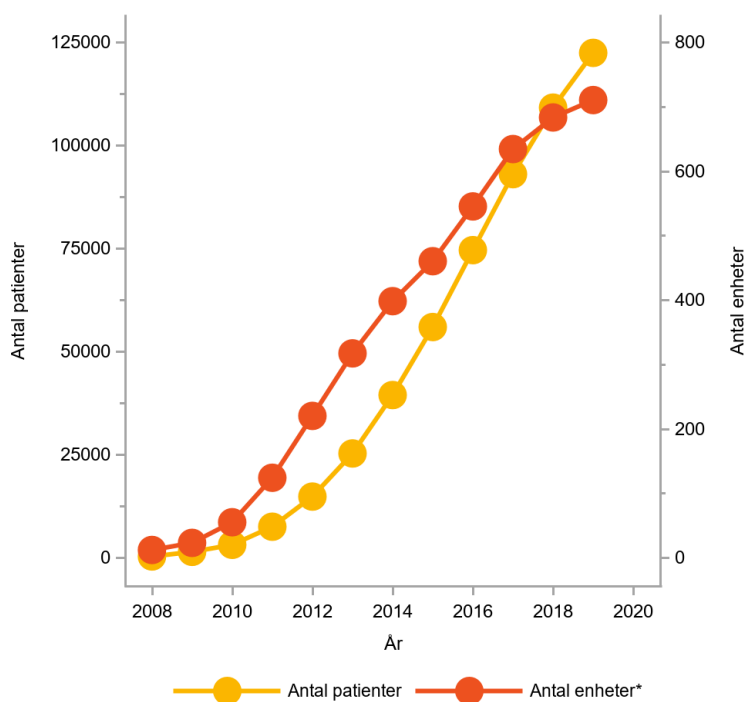
Att uppskatta antalet patienter i Sverige med artros är i princip omöjligt då vi vet att många inte söker vård för sina besvär och det inte finns några databaser som mäter diagnoskoder nationellt inom primärvårdsrehabilitering. Det är även mycket komplicerat att få en överblick över hur många rehabmottagningar som finns i landet som kan tänkas bedriva artrosskola i någon form då vårdval och avtal skiljer sig åt mellan olika regioner.

Därför måste täckningsgrad och anslutningsgrad beräknas utifrån en uppskattning av hur många enheter i Sverige som bedriver artrosskola och hur många patienter som fått behandlingen utan att registreras i BOA-registret jämfört med antalet patienter som erhållit artrosskola och registrerats i BOA-registret. Baserat på uppgifter från regionala kontaktpersoner ger detta 2019 en anslutningsgrad på 80% och en täckningsgrad på 61%. Täckningsgraden har under 2019 sjunkit något men kommer troligtvis att stiga då registret nu är uppbyggt för att även registrera digitala behandlingar.

Validering

Data i BOA-registret valideras årligen genom utskick via e-post till de enheter som har missat att registrera uppföljningsbesök eller om andra felaktigheter uppdagas. Andelen interna missade data är mycket låg. Registreringssystemet hindrar att en del felaktiga värden registreras. Vid valideringen har enheterna möjlighet att justera felaktigheter och då det är tillämpligt avregistrera patienter från vidare utskick, om de till exempel har opererats med höft- eller knäprotes eller av andra skäl avbrutit behandlingen.

Figur 25. Kumulativt antal registrerade patienter och registrerande enheter.



Antal registreringar per region 2008-2019

Nedan följer en sammanställning på antalet registrerade personer per region och år. Antalet registreringar ökade succesivt i hela riket fram till 2016. Toppen nåddes 2016 och 2017, därefter har antalet registrerade personer sjunkit något.

Det finns troligen flera anledningar till att antalet registreringar sjunkit. En orsak kan vara att möjligheten att registrera digital artrosskola inte funnits i registret förrän i maj 2019, en annan orsak att registret tidigare har hållit handledarutbildningar i hur artrosskola ska bedrivas för fysioterapeuter och arbetsterapeuter, och på så sätt nådde BOA-registret ut till registrerare runt om i landet. En tredje orsak, som är gemensam med flera nationella kvalitetsregister, är att man har sett en nedgång i antalet registreringar och en upplevd ”registreringströtthet” då resurserna till registren har minskat efter att satsningen avslutades 2017. En fjärde orsak är att kvalitetsregister fortfarande är förhållandevis nytt inom primärvårdsrehabilitering och att det därför troligen behövs fortsatt uppsökande och informerande verksamhet för att motivera till registrering. Dessutom behöver enheterna hjälp med att tolka resultat för att kunna använda dessa till verksamhetsutveckling.

Som tidigare nämnts i denna årsrapport planeras nu regionala webbseminarier för att informera om förändringar i registret, Socialstyrelsens riktlinjer och nya forskningsrön. Förhoppningsvis kommer detta att öka intresset att registrera i BOA och få regionerna och enheterna att inse nyttan och värdet med att följa sin verksamhet på ett strukturerat sätt.

Tabell 10. Antal personer som registrerats för ett första besök per region 2008-2019

	2008– 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
Stockholm	16	101	446	1155	1743	1839	2222	2094	2004	2284	13 904
Uppsala	0	37	113	246	266	332	439	479	480	481	2873
Sörmland	0	0	44	100	426	567	667	547	649	591	3591
Östergötland	108	759	1301	1139	1279	1438	1710	1685	1459	1234	12 112
Jönköping	0	10	255	427	471	464	405	276	279	190	2777
Kronoberg	1	131	115	300	358	502	385	450	343	269	2854
Kalmar	185	331	323	356	489	692	614	507	507	719	4723
Gotland	29	93	153	217	203	202	195	157	101	124	1474
Blekinge	37	261	344	379	335	246	247	192	331	413	2785
Skåne	829	957	1084	1142	1040	1015	1208	1370	1538	2163	12 346
Halland	0	74	171	134	160	324	247	279	272	241	1902
Västra Götaland	953	461	1028	2015	3067	3727	4606	4714	4288	3903	28 762
Värmland	534	366	578	658	643	880	1116	991	771	675	7212
Örebro	0	72	55	210	507	564	623	581	407	288	3307
Västmanland	0	31	49	307	1273	1331	1194	1130	1004	823	7142
Dalarna	0	24	171	292	555	664	1124	1376	1273	1333	6812
Gävleborg	18	153	144	170	190	477	439	367	282	229	2469
Västernorrland	0	44	73	105	200	363	423	414	250	198	2070
Jämtland	0	7	573	683	647	558	506	394	261	196	3825
Västerbotten	390	405	189	289	189	144	154	238	161	185	2344
Norrbotten	16	58	76	94	85	116	116	177	193	94	1025
RIKET	3116	4375	7285	10 418	14 126	16 445	18 640	18 418	16 853	16 633	126 309

Tabell 11. Andel personer som inte följts upp vid tre månader 2008-2019

	2008– 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Blekinge	11 %	34 %	26 %	33 %	38 %	23 %	16 %	2 %	14 %	23 %
Dalarna	-	26 %	14 %	18 %	17 %	20 %	23 %	15 %	16 %	27 %
Gotland	0 %	1 %	4 %	5 %	9 %	4 %	3 %	1 %	2 %	8 %
Gävleborg	33 %	59 %	58 %	45 %	47 %	40 %	40 %	30 %	28 %	36 %
Halland	-	28 %	11 %	20 %	13 %	37 %	27 %	27 %	27 %	38 %
Jämtland	-	57 %	20 %	24 %	23 %	20 %	13 %	14 %	8 %	14 %
Jönköping	-	0 %	31 %	29 %	30 %	29 %	24 %	34 %	54 %	46 %
Kalmar	28 %	37 %	45 %	32 %	24 %	30 %	30 %	45 %	31 %	30 %
Kronoberg	100 %	5 %	6 %	15 %	11 %	14 %	8 %	13 %	7 %	9 %
Norrbottnen	13 %	33 %	14 %	14 %	18 %	34 %	33 %	18 %	43 %	44 %
Skåne	27 %	14 %	19 %	21 %	22 %	19 %	23 %	22 %	23 %	32 %
Stockholm	6 %	41 %	27 %	28 %	29 %	30 %	32 %	32 %	37 %	40 %
Sörmland	-	-	25 %	41 %	21 %	25 %	19 %	20 %	28 %	24 %
Uppsala	-	39 %	23 %	22 %	15 %	22 %	23 %	21 %	22 %	34 %
Värmland	37 %	28 %	34 %	39 %	26 %	27 %	27 %	30 %	43 %	54 %
Västerbotten	6 %	32 %	27 %	21 %	26 %	13 %	17 %	21 %	18 %	14 %
Västernorrland	-	0 %	7 %	13 %	13 %	19 %	29 %	29 %	31 %	34 %
Västmanland	-	0 %	5 %	11 %	12 %	12 %	10 %	20 %	15 %	20 %
Västra Götaland	17 %	25 %	25 %	28 %	29 %	33 %	31 %	26 %	30 %	29 %
Örebro	-	27 %	31 %	31 %	31 %	34 %	26 %	35 %	36 %	29 %
Östergötland	33 %	28 %	29 %	30 %	21 %	21 %	24 %	23 %	27 %	38 %
RIKET	23 %	26 %	25 %	26 %	24 %	26 %	25 %	25 %	28 %	31 %

Reflektion kring evidens och klinisk vardag

Inom rehabilitering har vi ofta ett svagt evidensläge att luta oss emot. Det betyder inte att det vi gör inte är bra, men att det i många fall är svårt att utvärdera fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska interventioner på ett systematiskt sätt. När det gäller träning vid artros har vi däremot ett starkt evidensläge där forskare i hela världen är eniga om att mild till måttlig artros behandlas bäst med information, utbildning, träning och vid behov förändring av livsstil och eventuell viktreduktion. Det råder också konsensus om att diagnosen artros i höft och knä ska ställas med hjälp av anamnes och klinisk undersökning. Ändå ser processer och resultat väldigt olika ut runt om i Sverige vilket kan ses i BOA:s årsrapport.

När en patient med artros erhåller evidensbaserad vård enligt riktlinjerna så kommer hen triageras direkt till fysioterapeut eller arbetsterapeut och diagnosen artros sätts och behandling enligt behandlingspyramiden kan omgående påbörjas. Då ökar chansen till god effekt av grundbehandling, jämfört med om patienten måste vänta längre tid innan behandlingen startar. Vi vet också att om behandling sätts in tidigt så kan det i bästa fall leda till en långsammare eller till och med avstannad progression av artrossjukdomen.

När en patient med artros inte får tillgång till evidensbaserad vård enligt riktlinjerna så finns risk för att såväl diagnos som behandling försenas och risken höjs för att patienten får ökade besvär, blir fysiskt inaktiv och får därmed även en ökad risk för samsjuklighet som hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, depression och cancer. Om grundbehandlingen påbörjas senare i sjukdomsförloppet är effekten av behandlingen sämre. Kostnaderna och inte minst lidandet har ökat mycket jämfört med en korrekt handläggning från början.

I resultaten från BOA registret kan du utläsa i vilka regioner dessa två scenarier troligen utspelar sig, vilka regioner följer riktlinjerna och vilka gör det inte? Vilken region har högst respektive lägst andel patienter som är röntgade före grundbehandling? Vilken region har flest respektive lägst andel patienter som söker fysioterapeut/arbetsterapeut direkt? Vid vilken ålder påbörjas grundbehandling vid artros? Hur ligger din region till? Du hittar svaren i årsrapporten eller på BOAs hemsida. Men du får leta efter svaren själv!

Publikationer

Nilsing Strid, E., Ekelius-Hampin M. Experiences of sexual health in persons with hip and knee osteoarthritis: a qualitative study. BMC Musculoskeletal Disorders volume 21, Article number: 576 (2020) <https://bmc-musculoskeletal-disorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-020-03596-5>

Dell'Isola A., Jönsson T., Nero H., Eek F., Dahlberg L. [Factors Associated With the Outcome of a First-Line Intervention for Patients With Hip or Knee Osteoarthritis or Both: Data From the BOA Register](#). Phys Ther. 2020 Jun 26;pzaa113. doi: 10.1093/ptj/pzaa113. Online ahead of print.

Unevik E., Abbott A., Fors S., and Rolfson O. [Sociodemographic Inequalities in Outcomes of a Swedish Nationwide Self-Management Program for Osteoarthritis: Results from 22,741 Patients between Years 2008–2017](#) J. Clin. Med. 2020, 9, 2294; doi:10.3390/jcm9072294.

Degerstedt Å., Alinaghizadeh H., Thorstensson C.A., Olsson C.B. [High self-efficacy – a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an observational study](#). BMC Musculoskeletal Disorders, 2020 Jun 13;21(1):380. doi: 10.1186/s12891-020-03407-x.

Gustafsson K., Kvist J., Eriksson M., Dahlberg E. L., Rolfson O. [Socioeconomic status of patients in a Swedish national self-management program for osteoarthritis compared with the general population—a descriptive observational study](#). BMC Musculoskeletal Disord 21, 10(2020) doi.org/10.1186/s12891-019-3016-z.

Dell'Isola A., Johanna Vinblad J., Lohmander S., Svensson A-M., Turkiewicz A., Franzén S., Naucler E., W-Dahl A., Abbott A., Dahlberg L., Rolfson O., Englund M. [Understanding the role of diabetes in the osteoarthritis disease and treatment process: A study protocol for the Swedish Osteoarthritis and Diabetes \(SOAD\) cohort](#). BMJ Open, 2019 Dec 17;9(12):e032923. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032923.

Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A, Dahlberg LE, Hansson EE. [The better management of patients with osteoarthritis program; outcomes after education and exercise delivered nationwide in Sweden](#). PloS one. 2019;14(9):e0222657.

Dell'Isola A, Jönsson T, Ranstam J, Dahlberg LE, Hansson EE. [Education, Home Exercise, and Supervised Exercise for People With Hip and Knee Osteoarthritis As Part of a Nationwide Implementation Program: Data From the Better Management of Patients With Osteoarthritis Registry](#). Arthritis Care Res (Hoboken). 2019 Jul 19. doi: 10.1002/acr.24033.

Cronstrom A., Dahlberg L.E., Nero H., Ericson J., Hammarlund CS. ['I would never have done it if it hadn't been digital': a qualitative study on patients' experiences of a digital management programme for hip and knee osteoarthritis in Sweden](#). BMJ Open, 2019 May 24;9(5):e028388. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028388.

Olsson C.B., Ekelund J., Degerstedt Å., Thorstensson C. A. [Change in self-efficacy after participation in a supported self-management program for osteoarthritis – an observational study of 11 906 patients](#) Disability and Rehabilitation, 2019-01-27 DOI:10.1080/09638288.2018.1555616.

Gustafsson K., Rolfson O., Eriksson M., Dahlberg L., Kvist J. [Study protocol for an observational register-based study on health and risk factors in patients with hip and knee osteoarthritis](#). BMJ Open, 2018;8:e 022812. doi:10.1136/bmjopen-2018-022812.

Jönsson T, Hansson EE, Thorstensson CA, Eek F, Bergman P, Dahlberg L. E. [The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy - an intervention study with a reference group](#). BMC Musculoskelet Disord. 2018 Jun 21;19(1):198. doi: 10.1186/s12891-018-2098-3.

Ernstgård A., PirouziFard M., Thorstensson C. [Health enhancing physical activity in patients with hip or knee osteoarthritis - an observational intervention study](#) BMC Musculoskelet Disord. 2017 Jan 25;18(1):42. doi: 10.1186/s12891-017-1394-7.

Thorstensson C., Garellick G., Rystedt H., Dahlberg L. E. [Better Management of Patients with Osteoarthritis: Development and Nationwide Implementation of an Evidence-Based Supported Osteoarthritis Self-Management Programme](#). Musculoskelet. Care 13 (2015) 67–75.

Styrgrupp och kontaktpersoner

BOA-registrets styrgrupp

Gunilla Limbäck-Svensson

Registerhållare BOA
Överfysioterapeut, specialist i ortopedi, Med Dr
Sahlgrenska Universitetssjukhuset /Mölndal

Kristin Wetterling

Utvecklingsledare BOA
Leg Sjukgymnast
Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Allan Abbott

Leg sjukgymnast, Fysiolog, Med Dr, Docent, Bitr. Professor
Linköpings Universitet och Ortopedkliniken,
Universitetssjukhuset i Linköping

Maria Klässbo

Leg Fysioterapeut, Med Dr
Centrum för klinisk forskning
Region Värmland, Säffle

Lillemor Nyberg

Leg läkare, Med Dr, specialist i allmänmedicin
Karolina Vårdcentral, Karlskoga, Region Örebro län
Institutionen medicinska vetenskaper, Örebro Universitet

Thérèse Jönsson

Leg fysioterapeut, specialist i ortopedi, Med Dr
Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Pernilla Chowdary avgick våren 2020

Lice-Lotte Johansson tillträdde sept 2020

Leg arbetsterapeut
Capio, Stockholm

Ritva Elg

Patientrepresentant
Reumatikerförbundet, Stockholm

Per Kristiansson avgick våren 2020

Leg läkare, docent
Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap
Uppsala Universitet

Regionala kontaktpersoner

Blekinge

Tobias Arveteg, tobias.arveteg@ltblekinge.se
Helena Runesson, helena.runesson@ltblekinge.se

Dalarna

Renee Carlberg, renee.carlberg@ltdalarna.se

Gotland

Gittan Wegelius, gittan.wegelius@gotland.se

Gävleborg

Vakant

Halland

Daniel Augustsson, daniel@augustssonfysioterapi.se

Jämtland/Härjedalen

Josefin Wangerud, josefin.wangerud@regionjh.se

Jönköping

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

Kalmar

Julia Edman, julia.edman@regionkalmar.se

Kronoberg

Joel Nilsson, joel.nilsson@kronoberg.se

Norrbottn

Vakant

Skåne

Anita Olsson, anita.a.olsson@skane.se
Karin Åkesson, karin.akesson@skane.se
Therese Jönsson, therese.s.jonsson@skane.se

Stockholm

Pernilla Svensson, pernilla.svensson@feelgood.se

Sörmland

Johanna Öberg, johanna.oberg@regionsormland.se

Uppsala

Kerstin Ahlqvist, kerstin.ahlqvist@lul.se

Värmland

Morten Thorup, morten.thorup@regionvarmland.se

Västerbotten

Vakant

Västernorrland

Vakant

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