

BOA-registret

Årsrapport 2014

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

The background of the lower half of the page is a photograph of a busy train station. In the foreground, a blue sign with white text is positioned on the left. The station has a modern design with wooden stairs and escalators. People are seen walking and using the stairs. In the background, there are yellow directional signs with icons and text, and a clock. The lighting is warm and indoor.

**Kan jag
göra något
åt mina
besvär?**

- Informera mig, gärna via en artrosskola
- Hitta en träningsform som blir av
- Träningen hjälper mig att bära upp min vikt

Årsrapport 2014 års resultat

BOA-registret – Registercentrum Västra Götaland
www.boaregistret.se

Registerhållare

Carina Thorstensson

Sjukgymnast, Docent
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
carina.thorstensson@registercentrum.se

Leif Dahlberg

Avdelningschef, Professor
Avd f ortopedi, Inst f Klin Vet, Lund
Lunds Universitet,
Skånes Universitetssjukhus, Lund
leif.dahlberg@med.lu.se

Övriga i styrgruppen

Patrik Andersson

Pernilla Chowdary

Göran Garellick

Therese Jönsson

Maria Klässbo

Per Kristiansson

Ingrid Lundin

Kjell G Nilsson

Lillemor Nyberg

Beryl Svanberg

Koordinatorer

Ingrid Stenhagen

Inga-Lill Robertsson

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
ingrid.stenhagen@registercentrum.se
inga-lill.robertsson@registercentrum.se

Sektionschef statistik

Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Statistiker

Ludwig Andersson

Statistiker
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Projektledare

Monika Hellstrand

Projektledare
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Utgivare

Carina Thorstensson

BOA-registret
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISBN 978-91-979909-4-3

ISSN 2001-1067

Tryckår 2015





Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	5
Resultat.....	9
Indikatorer	9
Målnivåer.....	20
Läkemedel	21
EQ5D, smärta och fysisk aktivitet.....	23
Vad tycker patienterna	29
Följsamhet.....	31
Ledtider	33
Praxis	35
Deltagande och rapportering.....	36
Deskriptiva data	42
Genusperspektiv i BOA.....	54
Förbättringsarbeten.....	58
Patientsamverkan	63
Forskning.....	65
Diskussion	68
BOAs tre verksamhetsgrenar.....	74
Fakta om BOA.....	77
Kontaktpersoner	78
Casemix och värdekompasser	79
Medverkande enheter	123
Praxis (tabell).....	134

Inledning

BOA-registret, för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, firar fem år som Nationellt Kvalitetsregister 2015 och detta är också den femte årsrapporten. Vi kan konstatera att vi har hjälpt tiotusentals patienter med artros till en bättre livskvalitet, men att det fortfarande finns ett otroligt stort behov av omhändertagande av den här patientgruppen i vården. I denna årsrapport ser vi också att utvecklingen på många plan går framåt: större andel patienter tas omhand, flera landsting satsar på att förbättra artrosomhändertagandet, många enheter använder sina resultat för förbättringsarbete och resultaten blir bättre för patienterna. Dock, det finns en stor variation och därmed en förbättringspotential. Vår förhoppning är att denna årsrapport ska hjälpa till att belysa den och därmed bidra till aktion.

2014 års rapport omfattar 377 enheter och totalt 39 000 patienter. Då årsrapporten sammanställs (maj 2015) är antalet enheter som är anslutna till registret 469 stycken. BOA-registret utvärderar framför allt patientrapporterat utfall efter en evidensbaserad icke-kirurgisk intervention – artrosskolan. Artrosskolan innehåller information och individuellt anpassad träning, behandlingar som bör erbjudas alla patienter med artros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Artrosskolan riktar sig främst till den majoritet av alla patienter med artros som aldrig kommer ifråga för protesoperation, men även inför en protesoperation behövs kunskap om vad artros är och betydelsen av fysisk aktivitet. Variationen i omhändertagande inom landet är stor. BOA-registret belyser dessa variationer som utgör utgångspunkt för kvalitetsförbättring i syfte att minska skillnaderna. Vid jämförelser bör hänsyn dessutom tas till de variationer som finns mellan landsting i antal patienter och i befolkningsunderlag. Denna rapport innehåller jämförelser på landstingsnivå. Presentation och jämförelse av resultat på enhetsnivå finns enbart i digital form, på www.boaregistret.se. För att ge läsaren en överblick har vi ändå valt att rapportera patientsammansättning på kliniken, så kallad case-mix, som en värdekompass. Vi har också valt ut ett antal resultatvariabler som presenteras på klinikenivå och jämförs med rikets genomsnitt. Detta är de enda resultat som presenteras på enhetsnivå i den tryckta versionen, sist i denna årsrapport. Endast enheter som har kompletta data från minst 50 patienter på samtliga variabler i värdekompassen redovisas.

Artrosskolan leds av fysioterapeut, i många fall i samverkan med arbetsterapeut och patientombud. Syftet är att ge patienten kunskap för att kunna fatta egna beslut avseende sin hälsa, samt att stödja patienten i att ändra sin livsföring för att främja bättre hälsa. BOA-registret

innehåller patientrapporterat utfall som underlag för kvalitetsförbättring i vården. Fysioterapeuten rapporterar vilken behandling patienten har fått tidigare samt följsamhet till intervention. Alla enheter kan hämta ut egna resultat online och jämföra med rikets genomsnitt.

I år lyfter vi fram ett antal indikatorer i årsrapporten, somliga framtagna av BOAs styrgrupp, någon av Socialstyrelsen och ytterligare någon sjukvårdsregion. En indikator är enkelt uttryckt ett mått som belyser kvaliteten inom ett område och som kan visa på trend över tid. Indikatorn ska möjliggöra jämförelser, uppföljning och förbättring. BOA presenterar både processindikatorer och resultatindikatorer i kapitlet Resultat. I år har vi också ett avsnitt i årsrapporten som jämför resultat för män och kvinnor.

Årsrapporten presenterar en översikt av registrets innehåll. Statistiken är deskriptiv och somliga medelvärden presenteras utan spridningsmått med hänsyn till de små materialerna på landstings- och klinikenivå. Resultaten bör därför ses som preliminära och tolkas med försiktighet. Alla resultat är parade data, det vill säga enbart patienter med kompletta data från första besök och uppföljning inkluderas i resultaten. Resultat presenteras separat för höft och knä. Indelningen efter mest besvärande led baseras på fysioterapeutens bedömning vid undersökning. Många patienter anger besvär från både höft och knä. För att minska risken att enstaka värden får betydande inverkan på medelvärdet redovisas enbart resultat för landsting som har kompletta data från minst 50 patienter för höft respektive knä.

Vi hoppas att BOAs femte årsrapport ska fortsätta inspirera till fördjupningsanalyser och förbättringsarbete inom artrosområdet.



Carina Thorstensson



Leif Dahlberg



Göran Garellick

Sammanfattning

BOA står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. BOA-registret utvärderar patientrapporterat utfall efter en fysioterapeutisk intervention – artrosskola. I artrosskolan omsätts den vetenskapliga evidensen för information och träning vid höft- och knäartros till klinisk praxis. Artrosskolan leds av fysioterapeut, i många fall i samverkan med arbetsterapeut och patientombud. Genom artrosskolan får patienten kunskap för att kunna fatta egna beslut avseende sin hälsa, samt stöd i att ändra sin livsföring för att främja bättre hälsa.

BOA-registret har funnits som ett Nationellt Kvalitetsregister sedan december 2010. Antalet patienter som registrerades i BOA per år ökade med 25 % mellan 2013 och 2014, från 10 554 till 13 252. 2014 års rapport omfattar uppgifter från 377 enheter och totalt 39 000 patienter. Då årsrapporten sammanställs (maj 2015) är antalet enheter som är anslutna till registret 469.

År 2014 sökte 3,1 % av befolkningen över 45 år, ungefär 136 000 personer, öppenvård på grund av artros i höft eller knä. Uppskattningsvis 405 400 personer över 45 år i Sverige har sökt primärvård minst en gång under en femårsperiod på grund av artros i höft eller knä. Antalet människor i Sverige som lever med artros är betydande med tanke på att det finns många som inte söker vård alls för sina besvär och ett stort antal som inte har fått diagnos artros.

Ungefär 4 % av alla läkarbesök i öppenvård under 2014 relaterade till diagnos artros i höft eller knä. Det finns ingen statistik för hur många besök som företagits till fysioterapeut i primärvård. Med den nuvarande årliga kapaciteten på cirka 13 200 patienter nådde artrosskolan och BOA-registret uppskattningsvis 17 % av alla som sökte öppenvård med diagnos höft- eller knäartros under 2014. Patienter med artros kan söka fysioterapeut direkt. I genomsnitt sökte endast 3–4 % av patienterna i BOA-registret fysioterapeut och artrosskolan direkt under 2014.

Syftet med BOA är främst att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning enligt gällande behandlingsriktlinjer och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker. Målet är att öka hälsorelaterad livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft

och knä, samt att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros. Vidare syftar BOA till kvalitetsförbättring inom fysioterapeutisk verksamhet genom systematisk utvärdering, öppen jämförelse och återkoppling av resultat. Varje enhet som rapporterar in data i registret kan när som helst hämta ut sina resultat i realtid och jämföra dem med rikets genomsnitt.

I BOA innebär patientsamverkan bland annat ett konkret samarbete med Reumatikerförbundet och med representanter för de patienter som utgör målgrupp för artrosskolan. Ett av teoritillfällena i artrosskolan leds av en patient med erfarenhet av att leva med artros och av att hantera sina besvär genom livsstilsförändringar. Dessa så kallade artrosinformatörer har utbildats av Reumatikerförbundet för att på ett pedagogiskt sätt kunna tala om och initiera samtal kring hur en aktiv livsstil kan påverka hälsa och ledbesvär. Syftet med samverkan är att visa på det goda exemplet och att ge deltagarna en möjlighet att identifiera sig med artrosinformatören, som kan tala om att fysisk aktivitet fungerar. Fysioterapeut med erfarenhet av artrosskola medverkar i utbildningen av artrosinformatör, och artrosinformatör medverkar i utbildningen i artrosskola för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Tidigt insatta åtgärder vid artros, innan besvären blir för svåra, har störst möjlighet att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. En förhoppning är att patienterna ska söka fysioterapeut direkt med sina ledbesvär. Det är fortfarande endast en liten andel patienter som gör så, men tendensen går åt rätt håll. På flera håll i landet har artrosskolan blivit rutin i vården och ortopedkirurgen skickar tillbaka remisser på patienter som inte träffat fysioterapeut för grundbehandling. Artrosskolan ingår nu i flera vårdprogram för patienter med artros i höft och knä. Somliga landsting/region har inkluderat artrosskolan och BOA-registret i upphandlingsprocessen kring vårdval. Även internationellt syns ett intresse för BOA-registrets verksamhet. BOA har systerprojekt i Danmark och Norge och ingår i ett internationellt nätverk av länder som aktivt arbetar för att implementera evidensbaserade riktlinjer i vården.

Resultaten i denna rapport redovisas separat för höfter och knän. Patienter med besvär från både höft och knä kategoriseras utifrån den led som fysioterapeuten bedömt orsakar mest besvär. Två tredjedelar har mest besvär från

sina knän. Cirka 70 % av patienterna i registret är kvinnor. Könsskillnader presenteras i denna rapport endast på riksnivå. Patientunderlaget kan skilja sig betydligt mellan olika kliniker. I BOA-registret ingår både offentliga och privata aktörer. Dessa aspekter måste vägas in vid tolkning av resultat. Denna årsrapport bör främst ses som en utgångspunkt för förbättringsarbete inom fysioterapeutisk verksamhet. I kvalitetsförbättringshänseende vill vi uppmana alla enheter att aktivt använda sina resultat. På så sätt upptäcks eventuella felmatningar och validiteten i registrets data förbättras ytterligare. Det finns kontaktpersoner i de flesta landsting och regioner som kan ge support för att ta tillvara och vidareutveckla lokala erfarenheter och kunskap om artros och förbättringsarbete.

Baserat på mål med BOA och artrosskolan, samt på Socialstyrelsens riktlinjer för artros och sjukdomsförebyggande metoder, har BOAs styrgrupp föreslagit ett antal indikatorer och målnivåer som kan fungera som vägvisare och stimulans för verksamheten på såväl landstingsnivå som kliniknivå. I vissa fall överensstämmer dessa målnivåer med Socialstyrelsens, i andra fall är de satta utifrån de bästa landstingens/regionernas resultat (benchmarking). Målnivåerna kan hjälpa beslutsfattare, användare i registret och andra att identifiera möjliga förbättringsområden för att nå uppsatta mål.

BOAs målnivåer

• Förbättra EQ5D med 0,10

I Örebro och Gävleborg når störst andel patienter med höftartros målet (32 respektive 27 %). Sörmland och Örebro lyckas bäst för patienter med knäartros där 30 % av patienterna når målnivån efter ett år.

• Sänka medelåldern i registret (till 58 år)

Inget landsting/region når målnivån. Medelåldern har ökat med 0,3 sedan 2013 – för patienter med höftartros med 0,4 år och för patienter med knäartros med 0,1 år. Medelåldern 2014 var 66 år.

• Minska andelen som har röntgats före artrosskolan till 50–70 %

Kronoberg, Dalarna och Jämtland klarar precis gränsen 70 % för patienter med höftartros. Inget landsting/region klarar gränsen för patienter med knäartros. Värmland har lägst andel med 72 %.

• Andelen med otillräcklig fysisk aktivitet (<150 aktivitetsminuter per vecka) ska vara mindre än 20 % efter ett år

Inget landsting/regioner når målnivån för patienter

med höftartros. Gotland, Jönköping, Kronoberg och Uppsala når målnivån för patienter med knäartros.

Registret har identifierat ett antal utvecklingsindikatorer med målförslag

- **50–70 % av patienter som söker öppenvård med diagnos artros ska tas omhand i artrosskola**
2014 nådde Jämtland och Västmanland 50 %.
- **60–80 % av alla som opereras med höft- eller knäprotes ska ha tagits omhand i artrosskola före operation**
Sjukhusen i Torsby och Linköping nådde målnivån för höftprotesoperation 2014. För knäprotesoperation saknas uppgifter.
- **30–50 % av patienter med artrossymtom ska söka fysioterapeut (artrosskola) direkt**
Inget landsting/region nådde målnivån. Örebro och Halland nådde flest av patienterna med höftartros (13 %). Av patienterna med knäartros sökte 10 % artrosskola direkt.
- **80 % av patienter som registreras för första besök i artrosskola ska följas upp efter tre månader**
Västmanland, Kronoberg, Västernorrland och Gotland klarar målnivån 2014.
- **30 % av patienterna i BOA-registret ska ha kliniskt betydelsefull minskning av smärta efter ett år**
Inget landsting nådde målnivån. I Dalarna, som hade bäst resultat, nådde man kliniskt betydelsefull förbättring för 20 % av patienterna både för dem med höftartros och för dem med knäartros.
- **40 % av patienterna ska ange förbättrat hälsotillstånd efter ett år (minskning med minst 10 på EQ-VAS-skalan)**
Inget landsting/region nådde målnivån. Skåne lyckades bäst för flest med höftartros, där 27 % av patienterna angav ett bättre hälsotillstånd. I Västmanland, Gävleborg, Dalarna och Kronoberg angav 30 % eller mer av patienterna med knäartros ett bättre hälsotillstånd efter ett år.
- **30 % av patienterna upphör med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola**
Inget landsting/region nådde målnivån. I Uppsala och Värmland lyckas man bäst, där upphörde drygt 20 % av patienter med höftartros med ledrelaterade läkemedel. I Västernorrland, Jönköping och Gotland har mer än 25 % av patienter med knäartros upphört med ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan.

Målnivåer för utvecklingsindikatorer baseras i flera fall på resultat från de kliniker/landsting som når bäst resultat varje år. Målnivån är således uppnåelig, men samtidigt rörlig.

Regionala förbättringsarbeten i syfte att optimera omhändertagandet av patienter med artros i landstinget/regionen har initierats i Västmanland, Västra Götaland, Kalmar, Blekinge och Västernorrland. Sedan tidigare har Jämtland visat att en sådan satsning kan ge ett bättre flöde i vården. Fem team deltar i BOA-registrets förbättringsprojekt "Ännu bättre", i samverkan med Registercentrum Västra Götaland. Förbättringsprojektet pågår mellan december 2014 och februari 2016.

BOA-registret har till och med maj 2015 mottagit nio ansökningar om forskningsuttag. Hittills har registret publicerat en artikel i referee-granskad vetenskaplig tidskrift.

Följande intressanta iakttagelser kan lyftas fram ur BOA-registrets femte årsrapport:

- Vid första besök anger 80 % att de har ont varje dag eller alltid. Andelen minskar med 17 procentenheter för höftartros och 20 procentenheter för knäartros. Resultaten står sig efter ett år. Det betyder att drygt 600 personer med höftartros och mer än 2 000 personer med knäartros blivit av med sin dagliga smärta efter artrosskolan.
- Efter tre månader angav 699 patienter (4 % av alla som har tremånadersuppföljning) att de inte längre hade några besvär. Av dem som var besvärsfria efter tre månader var 37 % fortfarande besvärsfria efter ett år.
- Tjugo procent av dem med knäartros och femton procent av dem med höftartros slutar ta ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan. Femtiofem procent av dem med knäartros och sextio procent av dem med höftartros tar fortfarande ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan. Endast 6 % totalt har börjat med ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan.
- Gotland lyckas bäst med att minska andelen som har ont varje dag och alltid. De har samtidigt störst andel som slutar ta ledrelaterade läkemedel.
- Andelen som anger att de är rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet minskar från 17 % vid första besök till 6 % efter tre månader. Efter ett år är andelen 9 %.
- Artrosskolan hjälpte 800 personer med artros, 600 patienter med knäartros och 200 patienter med höftartros, att nå hälsofrämjande fysisk aktivitetsnivå efter ett år (150 aktivitetsminuter per vecka).
- Sextio procent av patienterna har bibehållit sin hälsofrämjande fysiska aktivitetsnivå efter ett år.
- Andelen otillräckligt fysiskt aktiva var 27,5 % vid första besök och minskade till 20 % efter tre månader. Insatser för att bibehålla aktivitetsnivån behövs – efter ett år var andelen med otillräcklig fysisk aktivitet 25 %.
- Bortfallet efter tre månader i registret totalt är 25 % och varierar mellan 5 % för Gotland som får in flest kompletta data och 51 % för Gävleborg som har lägst andel kompletta data efter tre månader.
- Svarefrekvensen för ettårsuppföljning under 2014 var 84 %.
- Sex av tio patienter i artrosskolan anger att de har besvär från mer än en led. Av dessa har två av tio bilaterala besvär och fyra av tio har besvär från flera ledsystem, det vill säga exempelvis höft och knä, eller knä och hand.
- En tredjedel av patienterna med knäartros och en femtedel av patienterna med höftartros som registrerades i BOA under 2014 har index (BMI) som är större än eller lika med 30 kg/m² (kategoriserar som feta).
- I BOA-registret är 43 % av patienterna under 65 år, vilket för 2014 motsvarar runt 5 600 patienter. Nästan var femte patient i arbetsför ålder var sjukskriven vid första besök under 2014.
- Tre av tio patienter i artrosskolan under 2014 angav att de inte fått någon förklaring alls till sina besvär eller fått veta att de hade utslitna leder. Fyra av tio visste att de hade artros men inte vad artros var.
- Kvinnor i BOA-registret har oftare besvär från hand- och fingerleder än män.
- Kvinnorna har oftare besvär från både höft och knä eller andra sjukdomar som påverkar deras gångförmåga (Charnley C).
- En större andel av männen är rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet och en större andel anger att de helst vill bli opererade såväl inför som efter artrosskolan.

- Artrosskolan har en likvärdig effekt på smärtintensitet och aktivitetsnivå för män och kvinnor, vilket skulle tala för att de skillnader som finns initialt inte nämnvärt påverkar utfallet efter artrosskola.
- Män avbryter artrosskolan i större utsträckning, framför allt på grund av operation men även av andra orsaker.
- Kvinnor i artrosskolan tar till sig informationen och använder vad de lärt sig i större utsträckning än männen såväl efter tre månader som efter ett år.
- Åtta procent av patienterna i registret har blivit opererade med protes före ettårsuppföljning.
- Elva procent avbryter artrosskolan av någon annan anledning än protesoperation.
- Av dem som avbryter på grund av protesoperation har en större andel av patienterna mest besvär från höften (52 % har höftartros bland dem som blir opererade jämfört med 29 % bland dem som inte blir opererade).
- Patienter med höftartros avbryter inte av andra orsaker än operation i större utsträckning än de med knäartros (29 % vs 31 %).
- Män är något överrepresenterade bland dem som blir opererade (33 % vs 30 %) och bland dem som avbryter av andra orsaker än operation (36 vs 30 %).
- De som blir opererade är något äldre (67,6 vs 65,4 år) medan de som avbryter av andra orsaker är något yngre (64,6 vs 65,7). Ingen skillnad i BMI eller hur stor andel som har handbesvär.
- I Västmanland har det totala remissinflödet till ortopedkliniken med höft-/knäartros minskat med 25 % sedan artrosskolor infördes på bred front i primärvården. Även väntetiden till ortoped har minskat från 100 dagar till <50 dagar.
- Västmanland har tredubblat antalet registreringar, vilket gav den största ökningen både procentuellt och i absoluta tal.
- Västmanland, Västra Götaland, Östergötland, Stockholm och Skåne svarar tillsammans för 69 % av antalet patienter i BOA-registret under 2014 (och 57 % av befolkningen över 45 år i Sverige).
- Västerbotten, Gotland, Blekinge, Gävleborg och Norrbotten har tappat 10 % registreringar eller mer sedan föregående år.

Tack

BOA-registret hade aldrig varit vad det är utan idogt arbete och engagemang från en hel rad människor. Tack till berörda på Registercentrum Västra Götaland, till alla er som rapporterar in data, till chefer som uppmuntrar registrering och användande av registerdata i verksamheten, till beslutsfattare som använder registerdata för ledning och styrning och till alla övriga som använder registret på ett eller annat sätt för att förbättra omhändertagandet av patienter med artros. Tack också till alla patienter och fysioterapeuter som besvarar frågeformulär vid flera tillfällen och på så sätt gör det möjligt för oss att lära av vad vi gör i vården.



Resultat 2014

Baserat på mål med BOA och artrosskolan, samt på Socialstyrelsens riktlinjer för artros och sjukdomsförebyggande metoder, har BOAs styrgrupp föreslagit ett antal indikatorer och målnivåer som kan fungera som vägvisare och stimulans för verksamheten på såväl landstingsnivå som kliniknivå. I vissa fall överensstämmer dessa målnivåer med Socialstyrelsens, i andra fall är de satta utifrån de bästa landstingens resultat (benchmarking). Målnivåerna kan hjälpa beslutsfattare, användare i registret och andra att identifiera möjliga förbättringsområden för att nå uppsatta mål.

I detta kapitel presenteras resultat baserade på data från och med de första inmatningarna av pilotenheterna under 2008 till och med 31 december 2014, det vill säga ackumulerade data. För vissa variabler presenteras resultat enbart för verksamhetsåret 2014. Samtliga resultat är parade data. Det innebär att endast individer, som har genomgått artrosskola före den 31 december 2014 och har data från samtliga mättillfällen redovisas. Resultaten redovisas separat för patienter med mest besvär från höft respektive knä. Resultaten baseras på patientrapporterade variabler och visar förändring efter tre och tolv månader. Landsting eller enheter med färre än 50 patienter med kompletta (parade) data för höft respektive knä redovisas i allmänhet inte separat men bidrar till rikets genomsnitt.

Spridningsmått redovisas inte och resultaten bör tolkas med viss försiktighet då antalet patienter i vissa fall fortfarande är relativt lågt. Då det gäller tolkning av klinikbaserade resultat bör hänsyn även tas till patientdemografien (se case-mix) och hur artrosskola bedrivs på enheten (se praxis).

Med "Riket" avses i årsrapporten medelvärden från alla patienter som registrerats. Riket representerar enbart kliniker som har registrerat minst en patient före utgången av 2014 och kan alltså inte sägas vara rikstäckande mer än vad som anges i kapitlet Deltagande och rapportering.

Resultat på enhetsnivå finns presenterade på BOA-registrets hemsida (www.boaregistret.se).

Indikatorer

En indikator är enkelt uttryckt ett mått som belyser kvaliteten inom ett område och som kan visa på trend över tid. En indikator ska ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. Indikatorer som är möjliga att mäta och tolka, men där informationssystemen behöver utvecklas eller synkroniseras kallas utvecklingsindikatorer.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att:

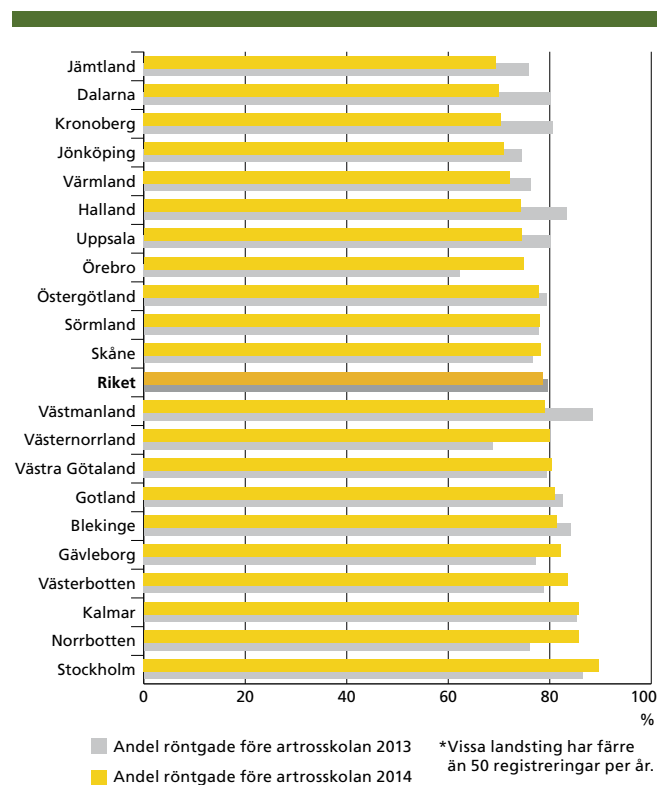
- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (öppna jämförelser) om vårdens processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna

Nedan presenteras de indikatorer och förslag på målnivåer som BOA-registret har valt. De omfattar både resultat- och processmått.

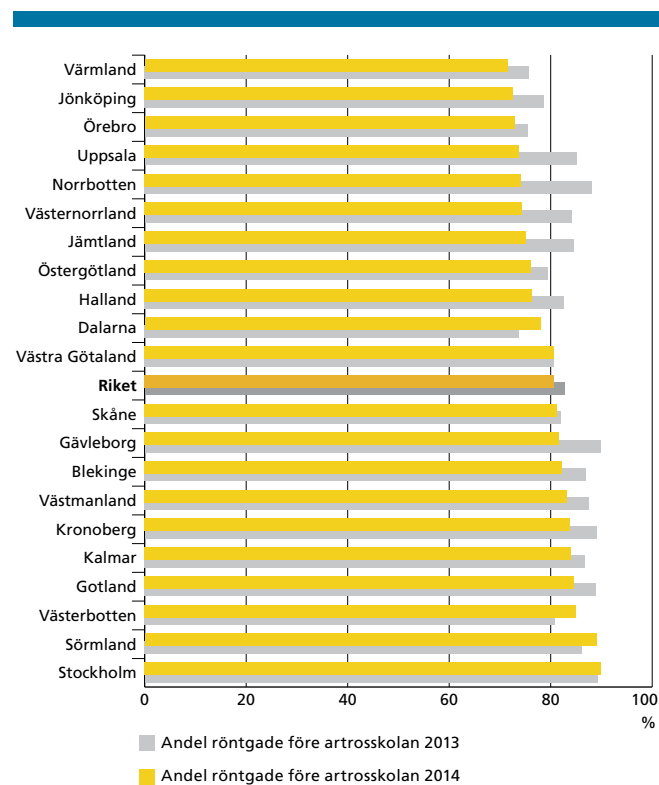
Andel patienter med artros i höft och knä som är röntgade före artrosskola

Målnivå: förslag 50–70 %

Figur 1. Höft. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2013–2014*



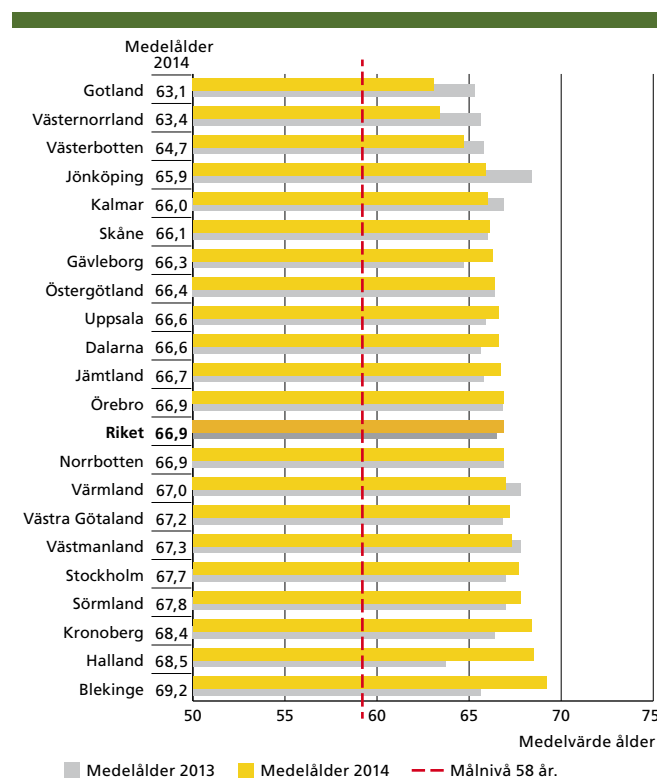
Figur 2. Knä. Andel patienter som blivit röntgade före artrosskolan per landsting, 2013–2014.



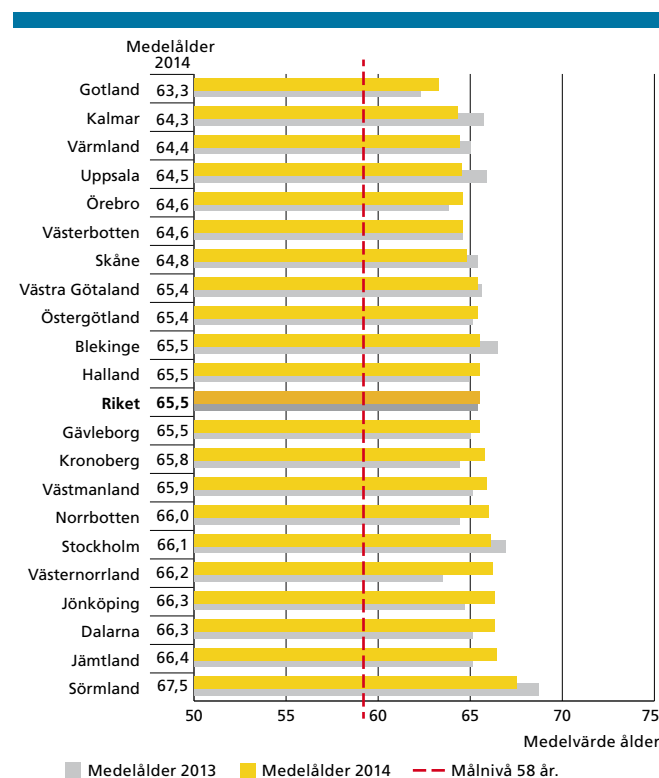
Medelålder för patienter i artrosskola

Målnivå: 58 år

Figur 3. Höft. Medelålder för patienter vid första besöket, 2013–2014.



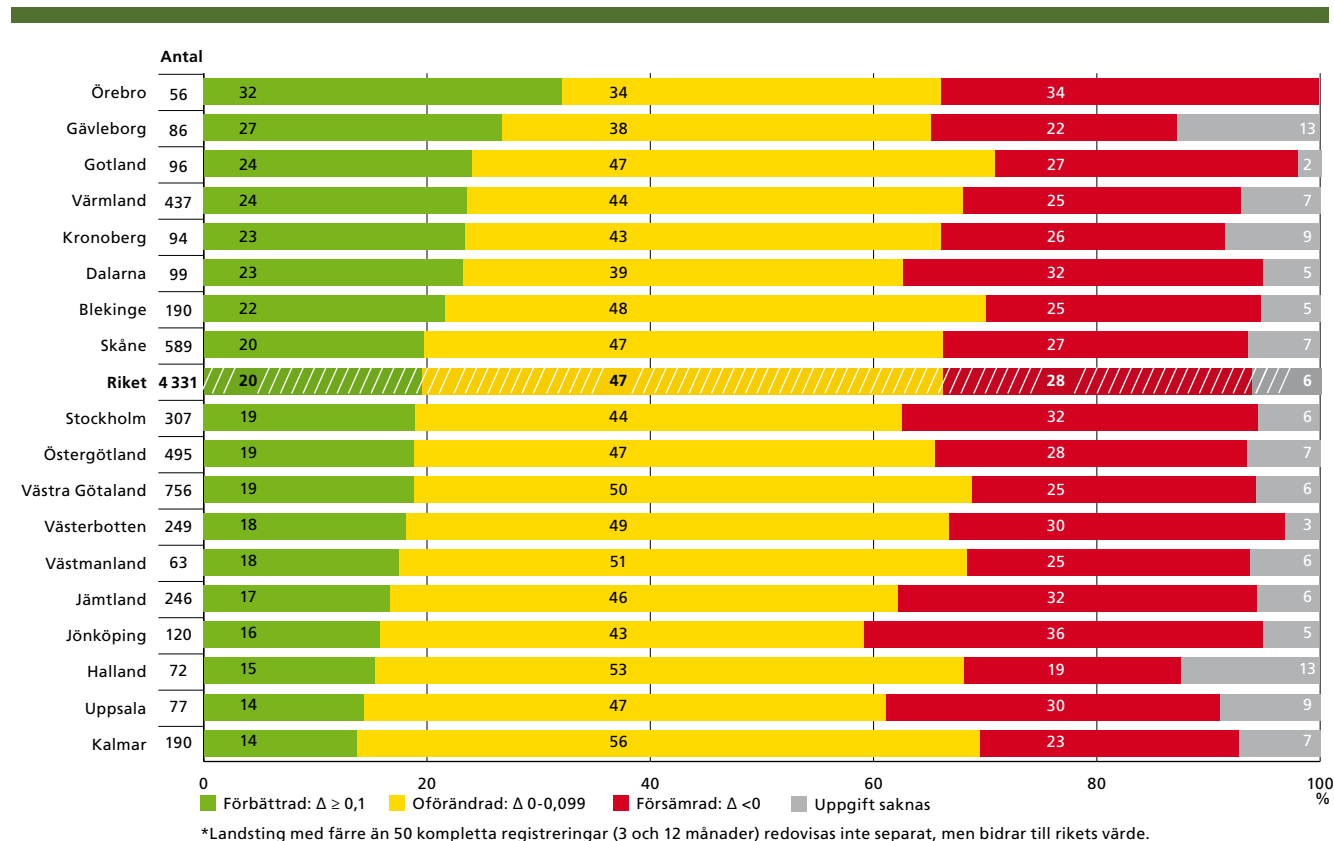
Figur 4. Knä. Medelålder för patienter vid första besöket, 2013–2014.



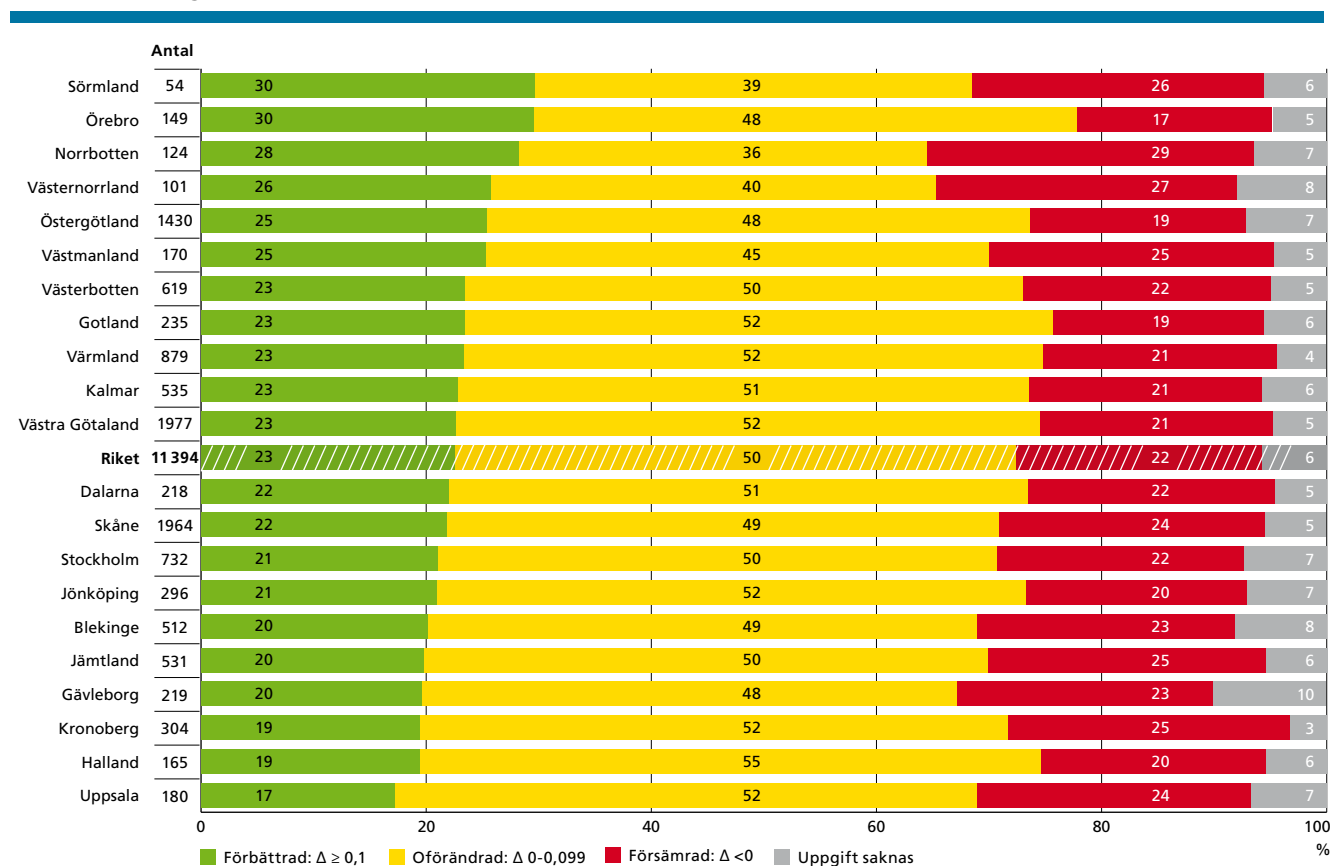
Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter genomgången artrosskola

Målnivå: ökning med 0,1 efter ett år

Figur 5. Höft. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2014 eller tidigare*.



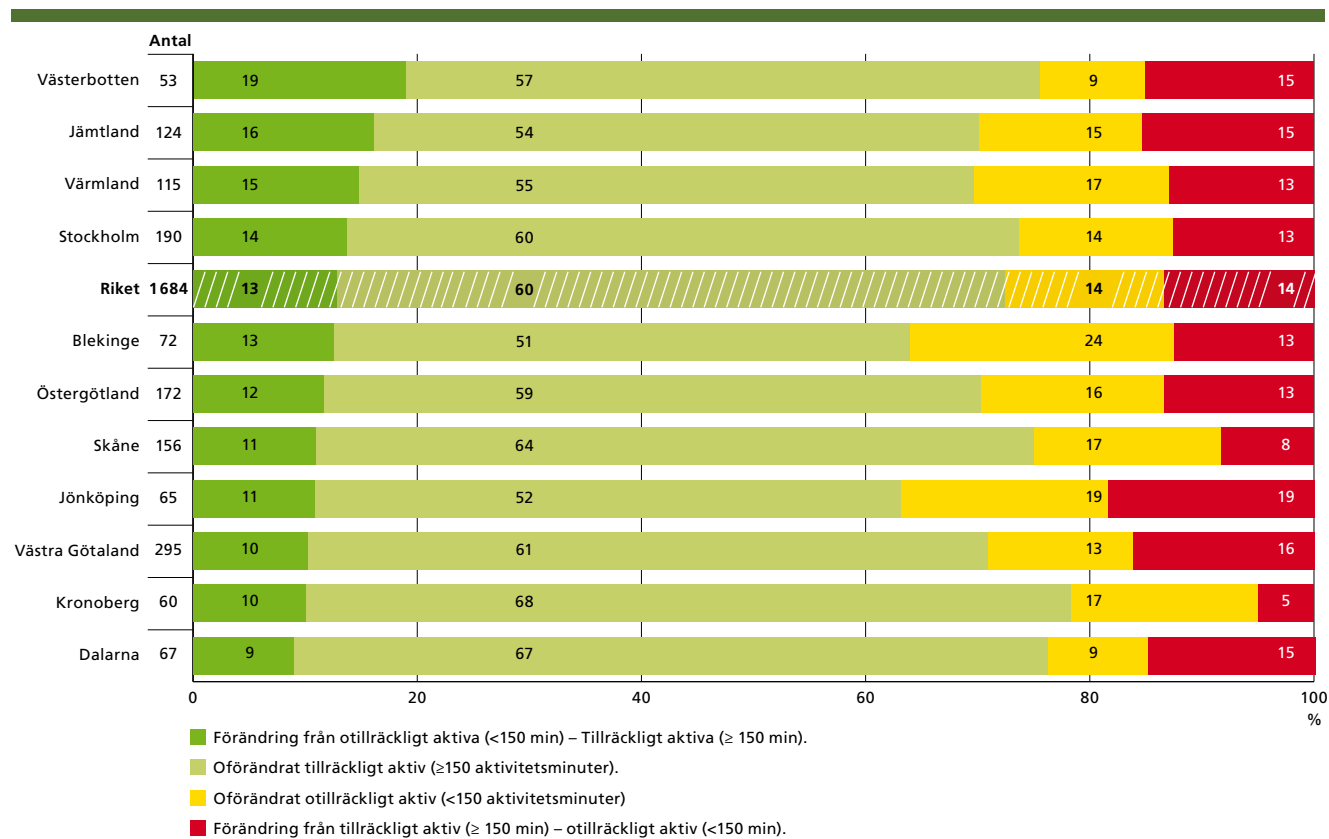
Figur 6. Knä. Andel patienter som når målnivå för EQ5D vid tolv månader, för patienter med ettårsuppföljning år 2014 eller tidigare.



Hälsöfrämjande fysisk aktivitetsnivå (>150 aktivitetsminuter) efter genomgången artrosskola

Målnivå: andel otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20% efter ett år

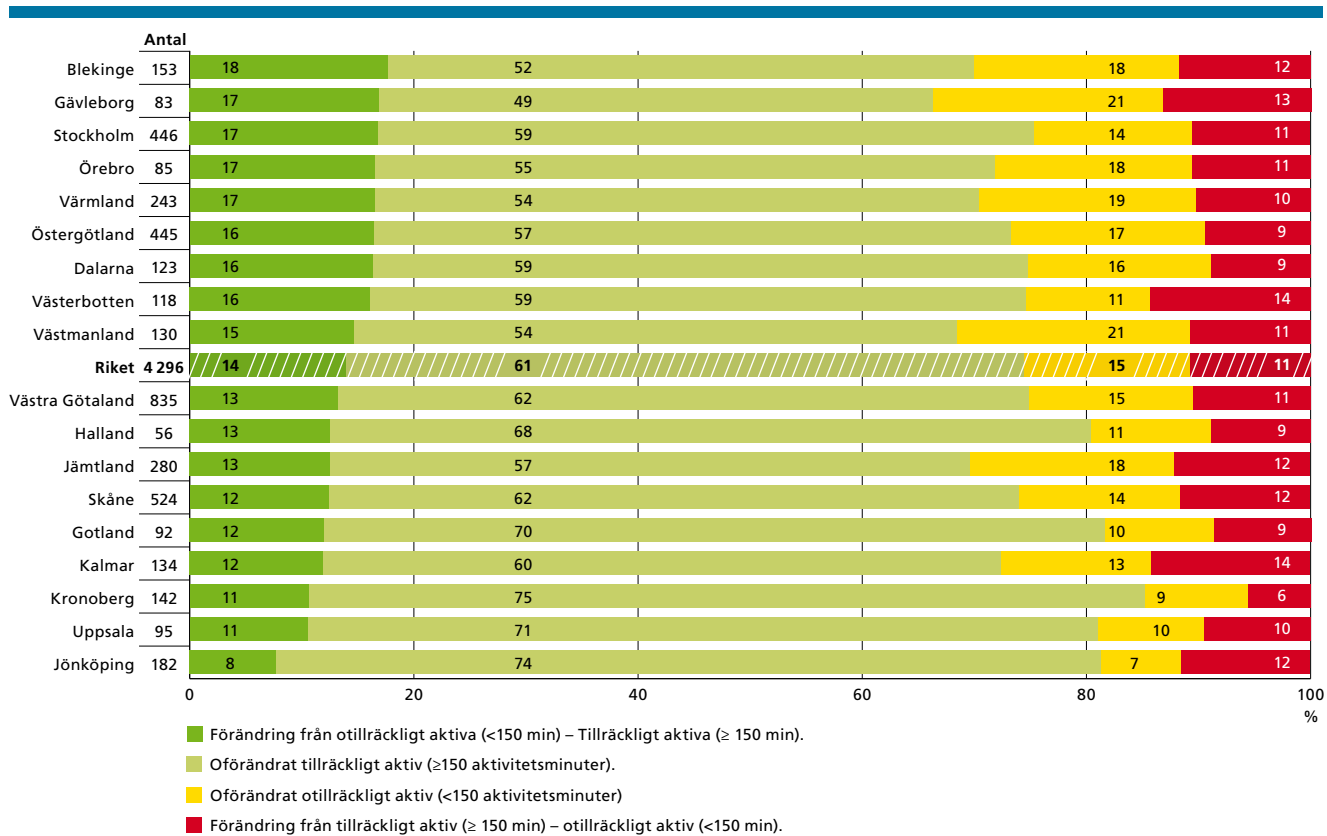
Figur 7. Höft. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2013).*



* Förändring av aktivitetsminuter/vecka efter 12 månader jämfört med första besöket.

**Landsting med kompletta data för färre än 50 patienter redovisas inte.

Figur 8. Knä. Andel patienter med ökad, oförändrad eller minskad aktivitetsnivå efter 12 månader (gäller patienter med första besök under 2013).*



*Förändring av aktivitetsminuter/vecka efter 12 månader jämfört med första besöket.

**Landsting med kompletta data för färre än 50 patienter redovisas inte.

Utvecklingsindikatorer

Nedan följer ett antal förslag på utvecklingsindikatorer. Målnivåer är i de flesta fall satta utifrån benchmarking:

Andel personer med diagnos artros som tagits omhand i artrosskola

Målnivå: förslag 50–70 %

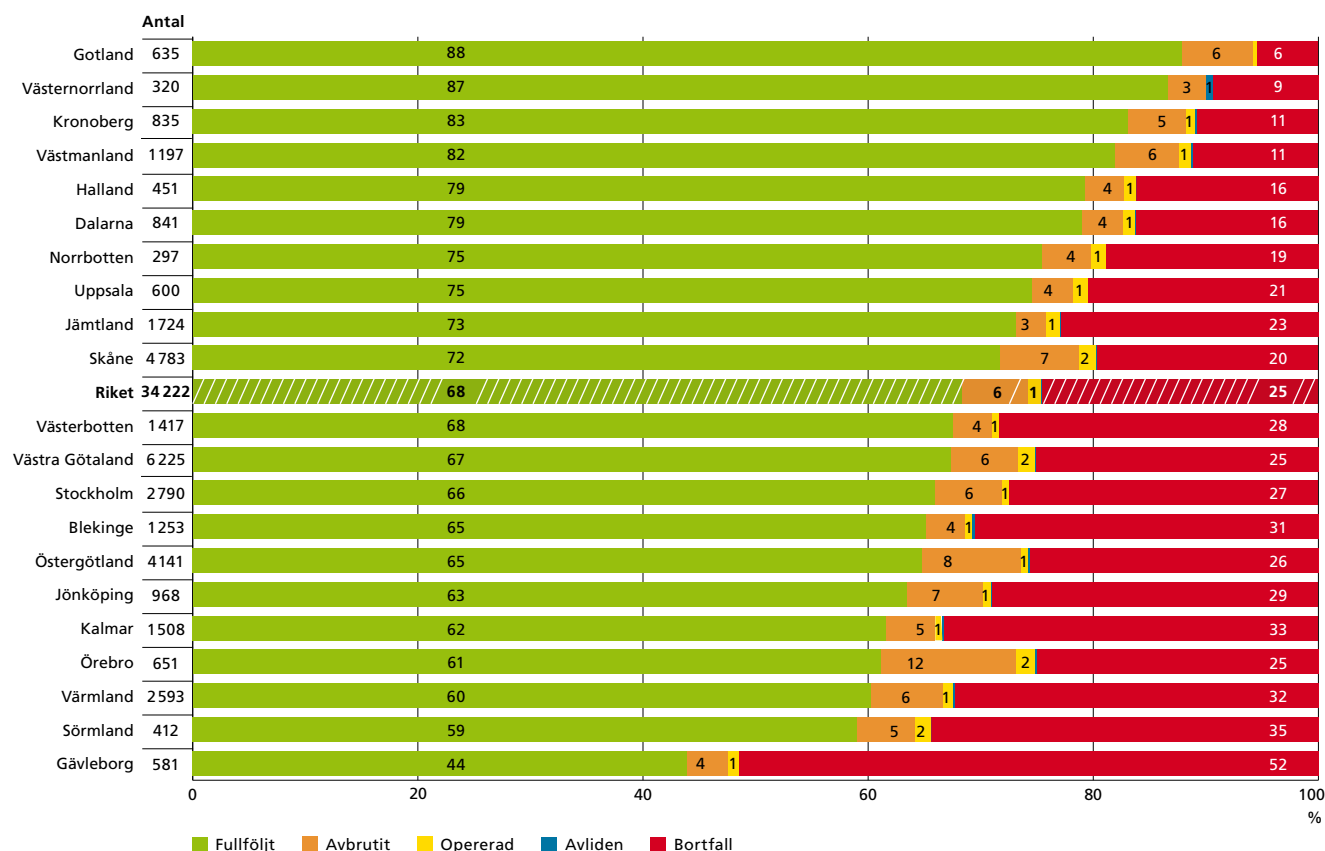
Dessa andelar presenteras per landsting i Figur 37 (sid 41).

Andel patienter som fullföljt artrosskola (tre-månadersuppföljning) av alla som registrerats för ett första besök

Målnivå: 80 %

Figur 9 visar andel av alla som hade ett första besök före den 31 augusti 2014 som också har följts upp efter tre månader. En tremånadersuppföljning kan ske mellan tre och sex månader efter första besök. Patienter som markerats som avbrutit har själva talat om att de inte önskar fortsätta. Operation innebär proteskirurgi. Patienter som inte har någon markering i registret (och fortfarande är i livet) inom sex månader från första besök räknas som bortfall och bör vara så litet som möjligt.

Figur 9. Andel bortfall samt patienter som fullföljt eller avbrutit artrosskolan vid tre månader (gäller patienter med första besök från 2008–augusti 2014).



*Urvalet av patienter med första besök mellan 2008 och 31 augusti 2014 gjordes för att samtliga patienter ska haft en möjlighet att ha gjort en 3-månadersuppföljning under 2014.

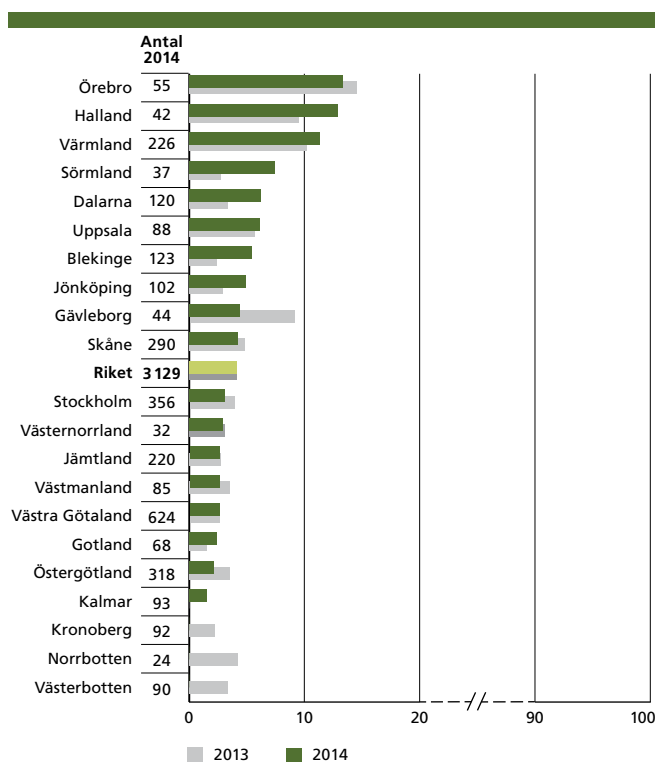
**Fullföljt: Patientformulär besvarat vid första besök och 3 månader. Vid 3 månader avser avbruten, opererad eller avliden en notering inom sex månader från första besök.

Andel patienter med artrossymtom som söker fysioterapeut direkt

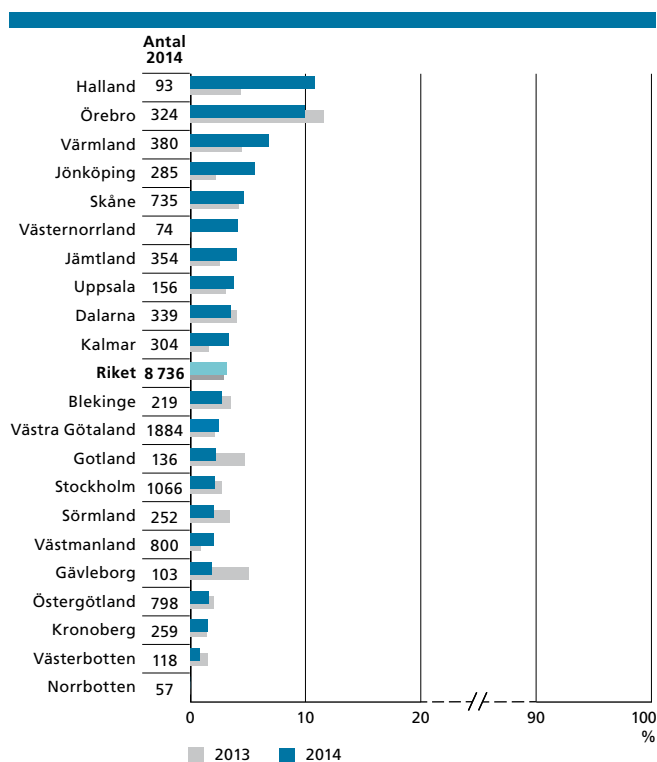
Målnivå: förslag 30–50 %

På sikt är förhoppningen att en stor andel av patienterna ska komma direkt till fysioterapeut och artrosskola, utan föregående röntgenundersökning eller kontakt med läkare. På så sätt kan behandling initieras tidigare i sjukdomsförloppet. Figur 10 och 11 visar andel patienter som kommer direkt till artrosskolan utan att ha sökt vård för sina ledbesvär tidigare.

Figur 10. Höft. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2013 respektive 2014.



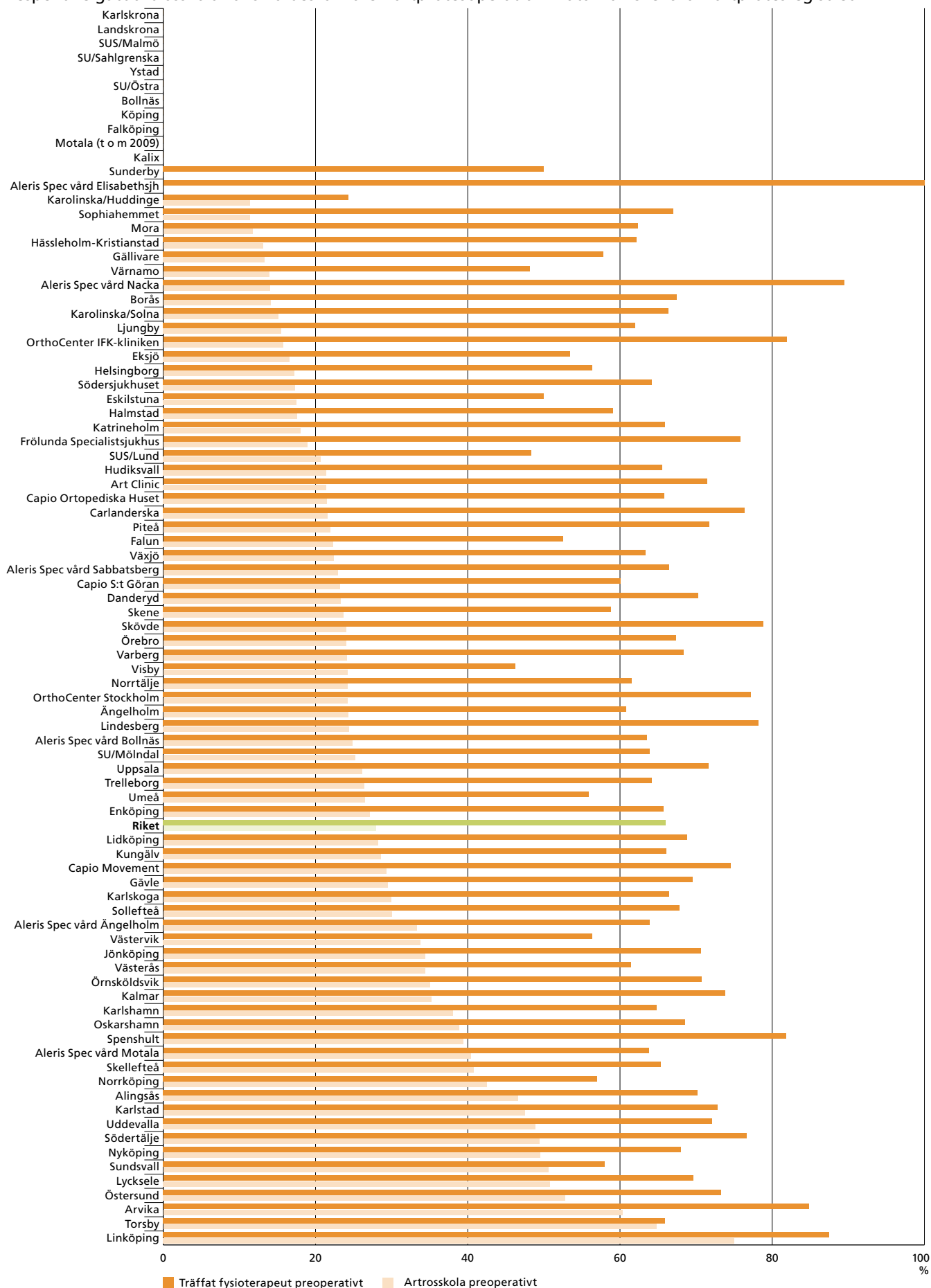
Figur 11. Knä. Andel patienter som inte sökt sjukvård för aktuella besvär tidigare, 2013 respektive 2014.



Andel patienter som har tagits om hand i artrosskola av alla som opererats med höft- eller knäprotes

Målnivå: förslag 60–80 %

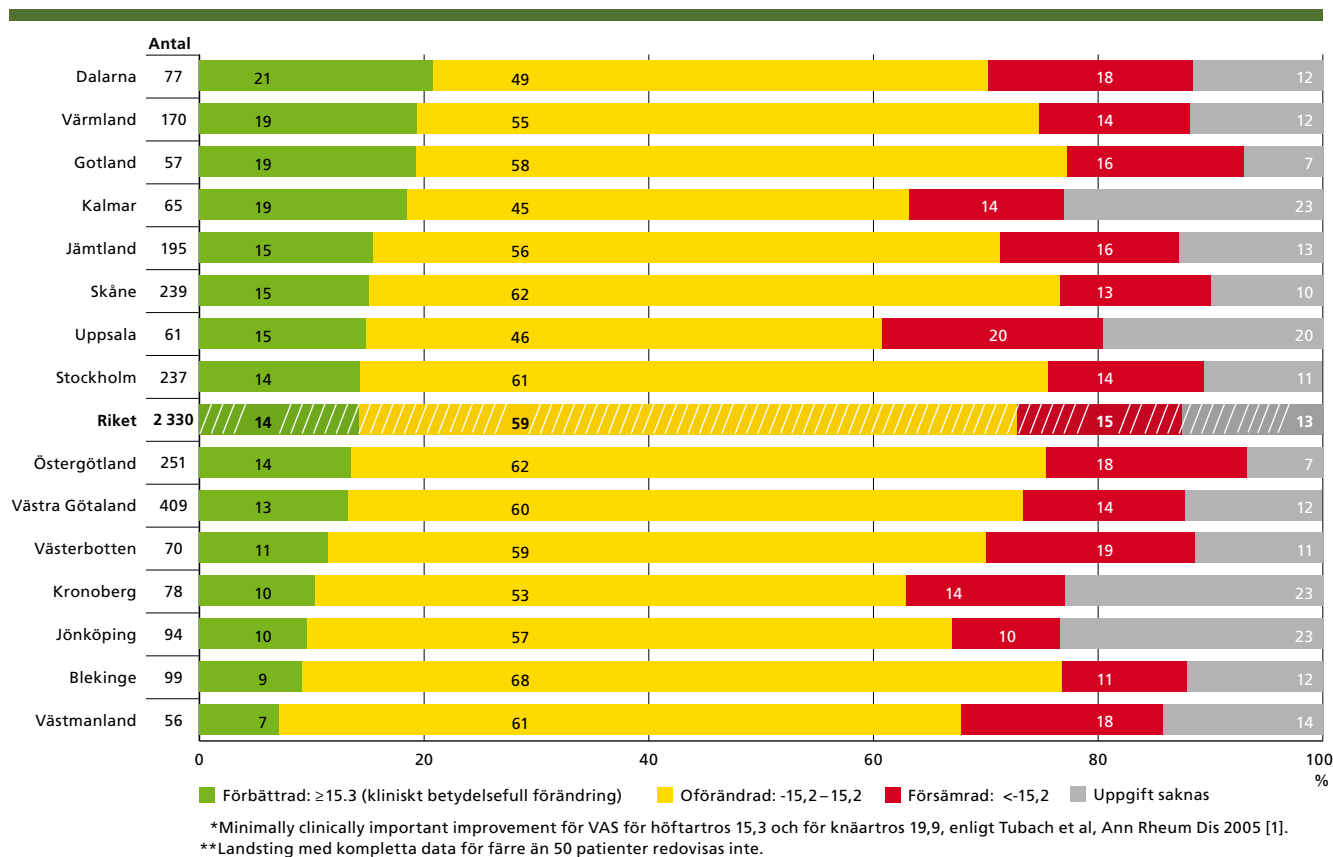
Figur 12. Andel av patienter som fått en höftprotes under 2014 som angett att de har träffat en fysioterapeut respektive gått artrosskola för sina besvär före höftprotesoperation. Data från Svenska Höftprotesregistret.



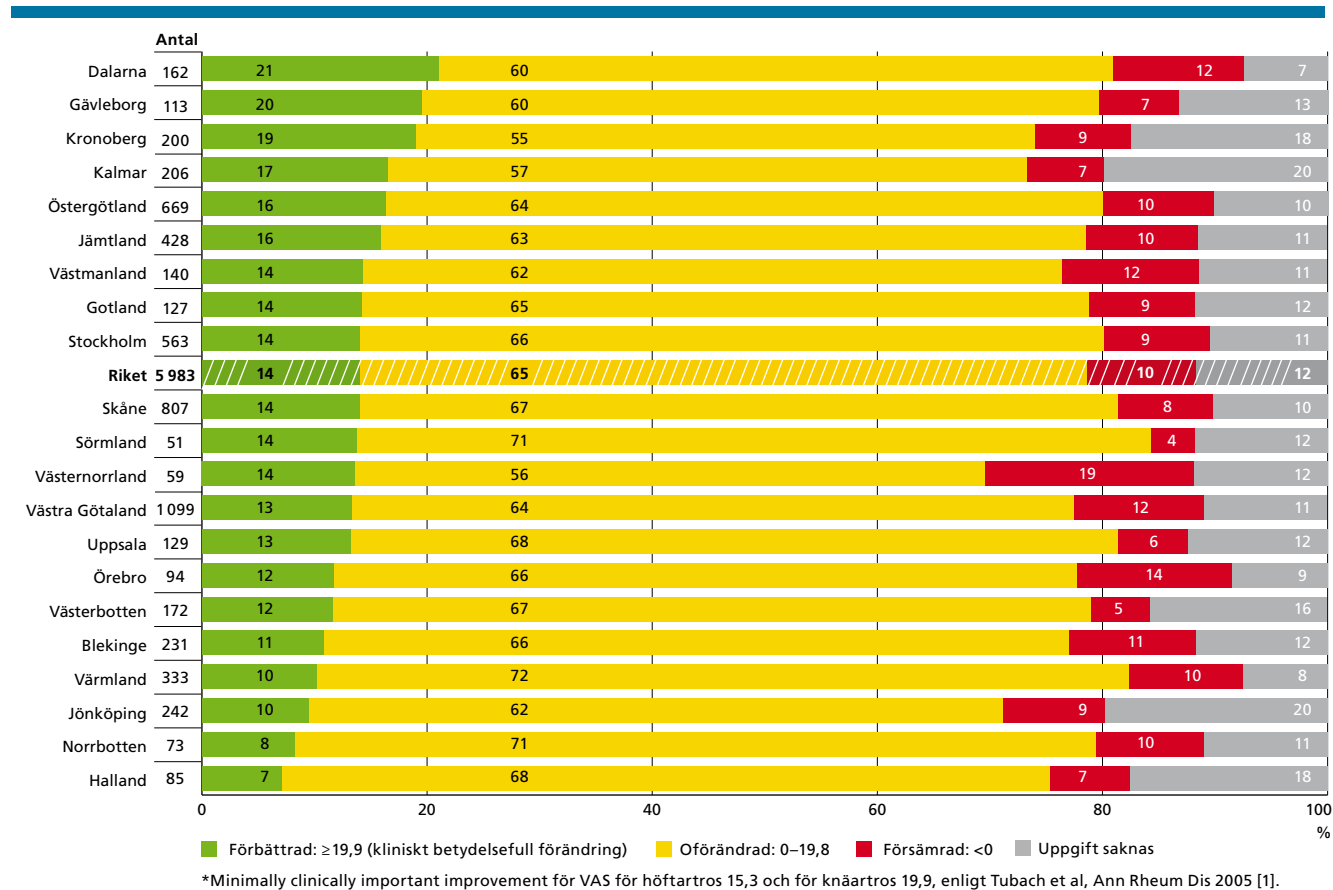
Andel patienter med minskad smärta* efter genomgången artrosskola

Målnivå: förslag 30% efter ett år

Figur 13. Höft. Andel patienter som har ökad, oförändrad eller minskad smärta enligt VAS efter 12 månader**.



Figur 14. Knä. Andel patienter som har ökad, oförändrad eller minskad smärta enligt VAS efter 12 månader.

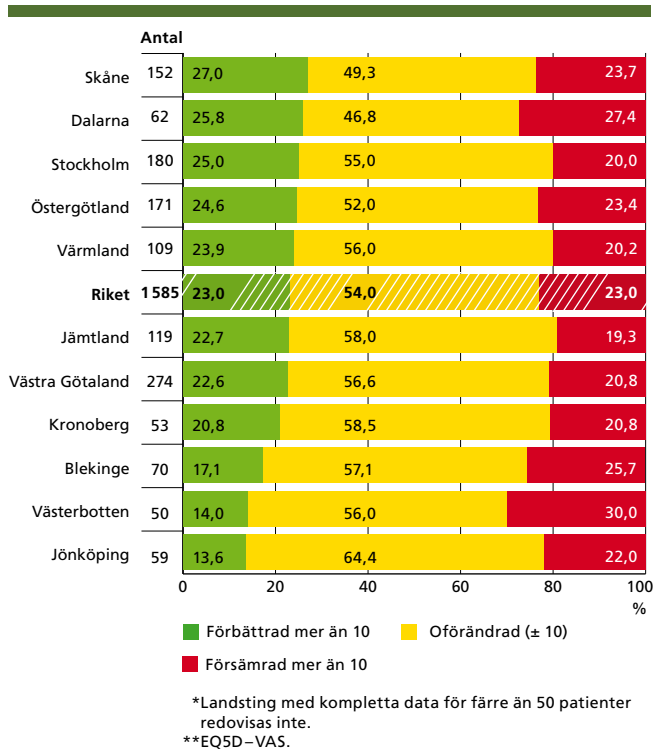


Andel patienter med förbättrat hälsotillstånd efter genomgången artrosskola

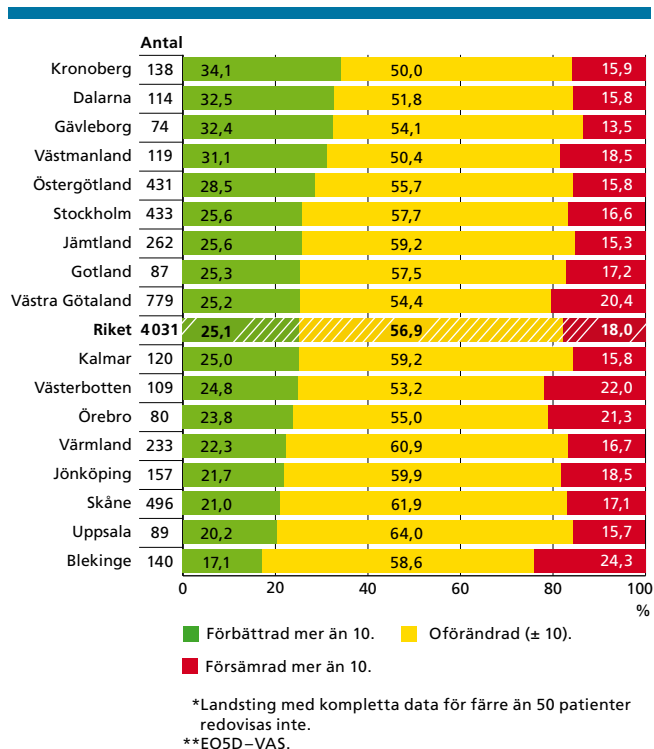
Målnivå: förslag 40% efter ett år (andel förbättrade ska vara större än andel försämrade)

Gränsvärden för förändring är satt till 10. De som vid första besök har ett värde som ligger över 90 och förbättras, respektive under 10 och försämrar, kategoriseras som "oförändrade".

Figur 15. Höft. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd** efter 12 månader.



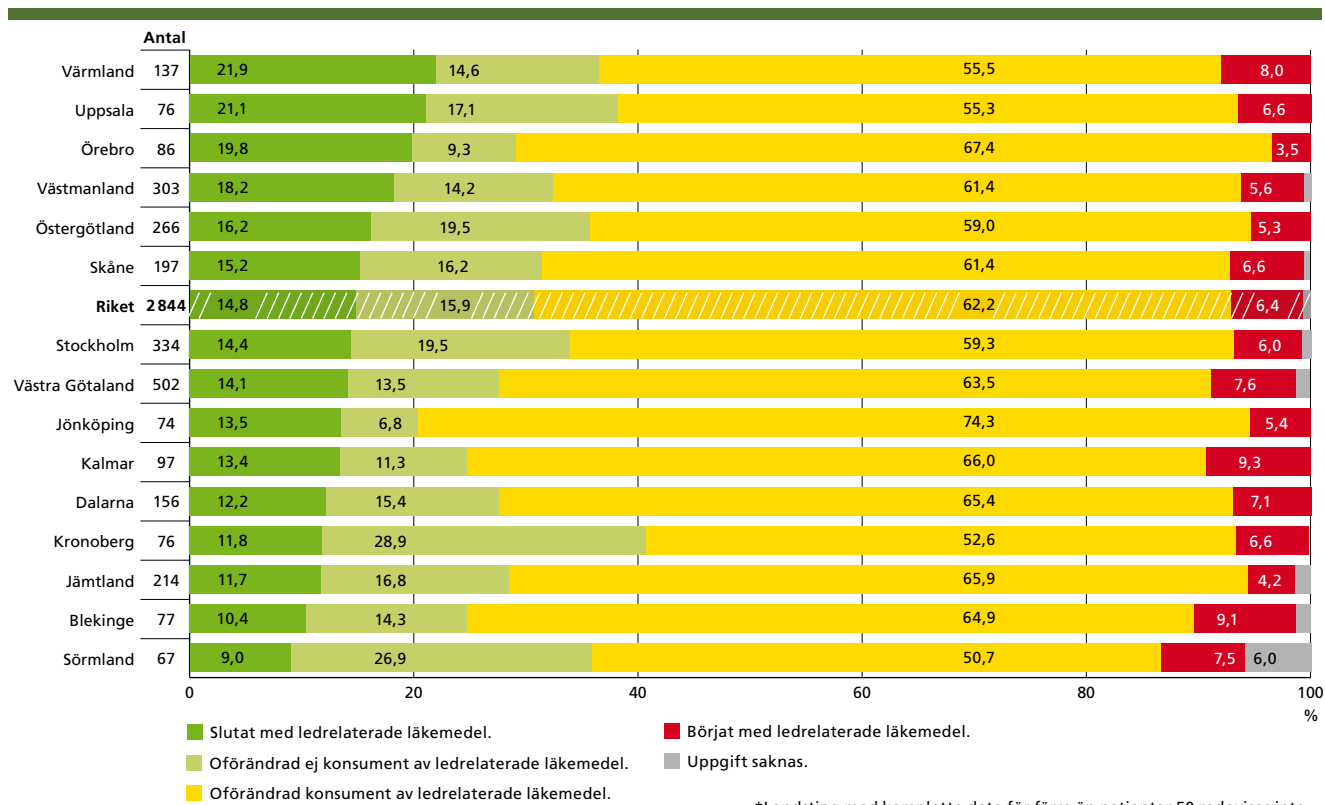
Figur 16. Knä. Andel patienter som har förbättrat, oförändrat eller försämrat hälsotillstånd** efter 12 månader.



Andel patienter som slutar med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola

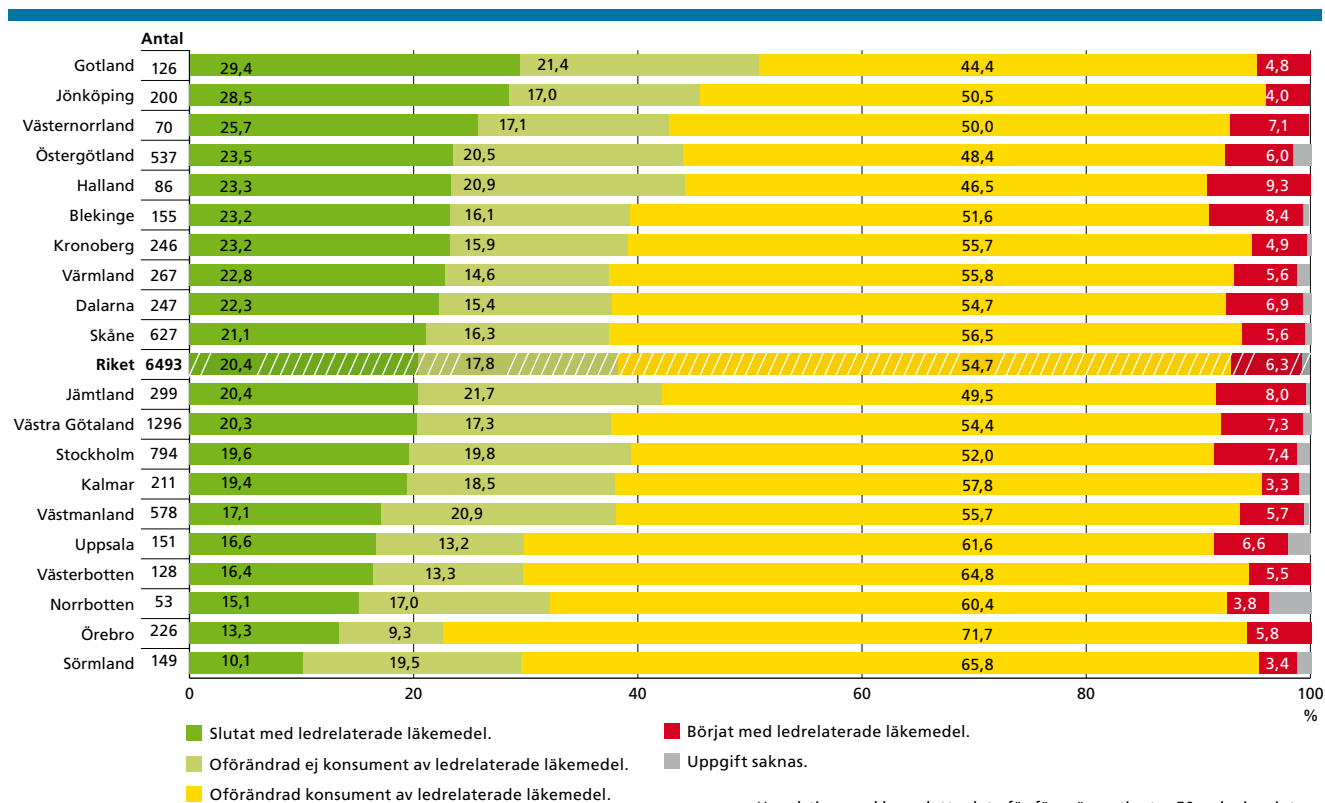
Målnivå: förslag 30 %

Figur 17. Höft. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2014.



*Landsting med kompletta data för färre än patienter 50 redovisas inte.

Figur 18. Knä. Andel patienter med förändrad, respektive oförändrad förbrukning av ledrelaterade läkemedel vid 3 månader, 2014.



*Landsting med kompletta data för färre än patienter 50 redovisas inte.

Målnivåer

Motivering till valda målnivåer för indikatorer

Diagnosen artros ska enligt Socialstyrelsens riktlinjer ställas med hjälp av anamnes och klinisk undersökning och röntgen bör endast användas i oklara fall, eller då specialistremiss övervägs. Detta förfarande kan avsevärt korta tiden mellan första symtom och diagnos jämfört med om diagnos ställs med hjälp av röntgen. Det kan ta 10-15 år från första symtom tills artrosförändringar blir synliga på röntgen. Under denna tid har många patienter hänvisats runt i vården utan att få några klara besked eller adekvat behandling och många är oroliga över vad deras besvär kan bero på. Patienterna har sannolikt haft sina besvär i många år redan då de kommer till artrosskolan. Vårt mål att inkludera patienter med besvär från höft och knä redan innan leden är röntgad är ett led i att följa upp Socialstyrelsens rekommendation om klinisk diagnostik samt ett sätt att nå patienter i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet.

Tidigt insatta åtgärder vid artros, innan besvären blir för svåra, har störst möjlighet att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. Vi vet att många har besvär i många år innan de söker sjukvård. Medelåldern för en höftprotesoperation är cirka 67 år och för en knäprotesoperation 68 år. Det är rimligt att patienter får ett adekvat omhändertagande med information och individuellt anpassad träning flera år tidigare. Genom att öka kunskapen hos allmänhet och vårdgivare om att det finns hjälp att få hoppas vi kunna sänka medelåldern i registret från dagens 66 till 58 år.

EQ5D-index används för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Det beräknas med hjälp av fem frågor och kan anta värden från noll till ett, där noll motsvarar en hälsorelaterad livskvalitet som död och ett är full hälsa. En förändring i patientrapporterat utfall på 10 procentenheter, eller som i det här fallet 0,10, anses allmänt vara en kliniskt betydelsefull förändring. En operation med höftprotes förbättrar EQ5D med 0,36 enligt Svenska Höftprotesregistret årsrapport. Höftprotesoperation är således ett framgångsrikt, men också ett stort ingrepp för patienten. Patienter som står inför höftprotesoperation har i genomsnitt ett EQ5D på 0,34. De patienter som kommer till artrosskolan har i genomsnitt ett EQ5D

på 0,66 för höftartros och 0,65 för knäartros. Det betyder att vi når patienterna i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet, innan deras hälsorelaterade livskvalitet har försämrats lika mycket som inför protesoperation, men också att förbättringspotentialen är snävare. En förändring måste givetvis också ställas i relation till kostnaden för interventionen. En kostsam åtgärd kan mycket väl vara motiverad om patienterna mår bättre länge efteråt, medan en billigare åtgärd ändå kan vara kostnadseffektiv även om den åstadkommer mindre förändringar. Artrosskolan kostar enligt beräkningar cirka 1 000 kronor per patient (baserat på bland annat lokalhyra, två dagars utbildning för professionen och övervakad träning i tolv veckor), medan en höftprotesoperation kostar cirka 70 000 kronor. En förbättring av EQ5D på 0,10 efter ett år är ett relativt högt ställt mål, men sannolikt inte omöjligt att nå om varje enhet strävar efter att förbättra sina resultat.

Ett mål med artrosskolan är ökad fysisk aktivitetsnivå. Fysisk inaktivitet och en obefogad rädsla för att förstöra leden genom aktivitet och träning är mycket vanligt bland patienter med artros, vilket i sin tur ökar risken för inaktivitetsrelaterade sjukdomar. Världshälsoorganisationen WHO har föreslagit att alla vuxna ska vara fysiskt aktiva med minst måttlig intensitet minst 150 minuter per vecka. I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har man tagit fasta på två frågor för att beräkna aktivitetsminuter. Sedan den 1 september 2012 har BOA-registret inkluderat dessa frågor i patientformuläret. För registret är målet att andelen otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20 % efter ett år.

Målnivåer genom benchmarking

Målnivåer för utvecklingsindikatorer kommer att vidareutvecklas och i flera fall att definieras genom benchmarking. Det innebär att målnivån baseras på medelvärdet från de kliniker/landsting som når bäst resultat varje år. Målnivån är således uppnåelig, men samtidigt rörlig. Ett utvecklingsarbete för att presentera indikatorer och målnivåer enligt detta sätt har inletts under 2015.

Läkemedel

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

I BOA-registret uppger patienterna själva vilka läkemedel de tar för sina höft- och knäbesvär. Tre fjärdedelar av patienterna i BOA-registret uppgav vid första besök i

artrosskolan år 2014 att de tog ledrelaterade läkemedel (Tabell 1 och 2). Paracetamol och NSAID-preparat är de i särklass vanligaste och används av ungefär hälften av patienterna. Andelen patienter som rapporterar att de tar glukosamin är runt 6% vilket är jämförbart med föregående år. Nio procent uppger att de tar något naturpreparat. Konsumtionen av naturpreparat kan vara väsentlig att känna till då somliga preparat kan ha en negativ inverkan på effekten av andra läkemedel. Paracetamol, NSAID, glukosamin och naturläkemedel kan köpas av patienterna själva. Injektioner i leden ges av läkare. Kortisoninjektioner är vanligast i knäleden, då injicering i höftleden kräver genomlysning av leden för att veta att injektionen hamnar rätt. Användandet av kortisoninjektioner varierar mellan landsting (Tabell 1 och 2). Hyaluronsyra är sparsamt använt, i linje med Socialstyrelsens rekommendationer. Med "annat" menas i Tabell 1 och 2 exempelvis Tramadol och Lederspan. Varje patient kan ta mer än ett preparat. Fördelningen av läkemedel avser fördelning av det totala antalet läkemedel som tas av patienterna i registret och säger inget om hur många preparat varje enskild patient tar.

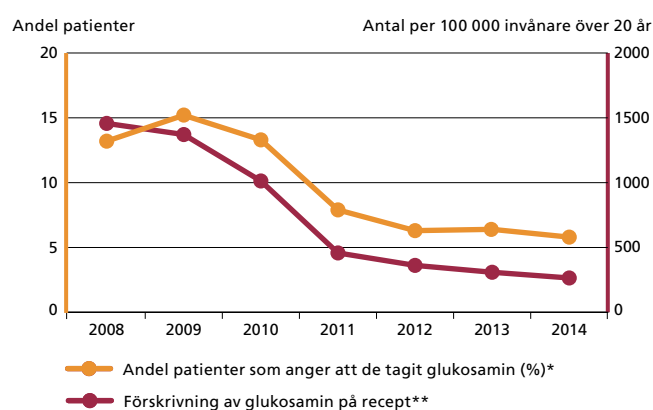
Tabell 1. Höft. Andel patienter som vid första besök anger att de tagit ledrelaterade läkemedel per landsting, 2014.

LANDSTING	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel	Paracetamol	NSAID	Glukosamin	Hyaluronsyra	Kortison	Naturläkemedel	Annat	Uppgift saknas
		%	%	%	%	%	%	%	%	Antal
	93	84,9	63,4	45,2	3,2	–	6,5	3,2	5,4	–
Dalarna	193	81,3	62,5	48,4	4,7	–	1,6	14,6	5,2	1
Gotland	42	73,8	38,1	40,5	7,1	–	–	11,9	2,4	–
Gävleborg	45	72,7	54,5	47,7	6,8	–	2,3	2,3	2,3	1
Halland	31	77,4	54,8	41,9	0,0	–	6,5	9,7	–	–
Jämtland	265	83,3	64,8	50,4	4,2	–	3,4	11,0	6,4	1
Jönköping	99	80,8	64,6	44,4	3,0	–	4,0	10,1	8,1	–
Kalmar	133	79,7	57,9	44,4	0,8	–	2,3	4,5	4,5	–
Kronoberg	80	67,5	51,3	37,5	3,8	2,5	2,5	5,0	6,3	–
Norrbottnen	28	82,1	67,9	42,9	10,7	–	7,1	7,1	17,9	–
Skåne	262	78,5	55,2	41,4	5,0	–	4,6	10,7	6,1	1
Stockholm	426	77,8	48,7	41,4	7,1	0,5	6,1	10,9	7,3	3
Sörmland	123	72,5	61,7	33,3	5,0	–	4,2	10,8	5,8	3
Uppsala	81	80,2	56,8	48,1	6,2	–	2,5	7,4	11,1	–
Värmland	227	78,4	54,2	41,9	3,1	–	5,7	3,1	8,8	–
Västerbotten	55	81,8	69,1	54,5	3,6	–	1,8	9,1	7,3	–
Västernorrland	35	82,9	45,7	65,7	8,6	–	11,4	11,4	8,6	–
Västmanland	431	79,1	57,7	43,5	5,1	–	5,3	8,8	8,6	1
Västra Götaland	838	78,5	55,5	44,7	7,6	–	4,8	10,7	7,9	4
Örebro	137	84,7	65,7	45,3	7,3	–	3,6	5,8	2,2	–
Östergötland	345	75,4	60,9	35,4	2,0	–	1,4	2,9	8,7	–
Riket	3969	78,8	57,3	43,4	5,2	0,1	4,2	8,7	7,2	15

Tabell 2. Knä. Andel patienter som vid första besök anger att de tagit ledrelaterade läkemedel per landsting, 2014.

LANDSTING	Antal	Tagit ledrelaterade läkemedel	Paracetamol	NSAID	Glukosamin	Hyaluronsyra	Kortison	Naturläkemedel	Annat	Uppgift saknas
		%	%	%	%	%	%	%	%	Antal
Blekinge	221	74,5	49,5	42,3	3,2	–	8,6	6,4	4,5	1
Dalarna	341	78,6	56,0	48,7	3,5	0,3	5,9	11,7	5,6	–
Gotland	135	73,3	37,0	46,7	5,9	–	5,9	17,0	4,4	–
Gävleborg	102	82,2	53,5	53,5	5,9	–	5,0	3,0	5,9	1
Halland	97	71,1	52,6	38,1	4,1	–	4,1	8,2	3,1	–
Jämtland	349	71,3	48,3	42,2	3,2	0,3	4,0	7,8	4,3	1
Jönköping	278	76,6	53,6	40,6	4,3	0,4	12,6	5,8	3,2	–
Kalmar	308	74,3	54,4	41,4	2,3	–	7,5	5,2	5,2	1
Kronoberg	260	80,8	56,9	41,2	8,5	1,9	6,9	9,2	8,1	–
Norrbottnen	57	73,7	45,6	50,9	7,0	–	8,8	12,3	14,0	–
Skåne	726	76,7	47,0	43,3	6,1	0,3	11,3	9,9	5,7	1
Stockholm	1065	74,3	45,0	45,6	7,1	0,7	9,8	10,9	6,0	4
Sörmland	249	75,3	54,3	35,6	9,3	1,2	9,7	11,3	3,2	2
Uppsala	151	76,0	62,0	40,0	8,7	0,7	5,3	6,0	6,7	1
Värmland	383	78,2	49,9	50,7	3,9	–	12,1	2,9	5,5	2
Västerbotten	119	83,2	69,7	43,7	5,9	–	7,6	10,9	10,1	–
Västernorrland	74	67,6	39,2	37,8	6,8	–	17,6	8,1	5,4	–
Västmanland	809	73,4	52,9	40,0	6,7	0,1	4,8	9,3	7,3	3
Västra Götaland	1876	76,3	47,7	46,1	8,3	0,2	9,1	10,8	5,3	11
Örebro	329	80,9	55,2	50,9	4,3	0,3	3,7	5,6	4,6	5
Östergötland	804	71,5	54,4	37,9	3,9	0,6	4,5	5,0	5,5	1
Riket	8 733	75,5	50,5	43,8	6,1	0,4	8,0	8,8	5,6	34

I Figur 19 kan vi se att kurvorna för förskrivning av glukosamin (antal per 100 000 invånare över 20 år, uppgift från Läkemedelsregistret) och andelen patienter som uppger att de tar glukosamin stämmer väl överens.

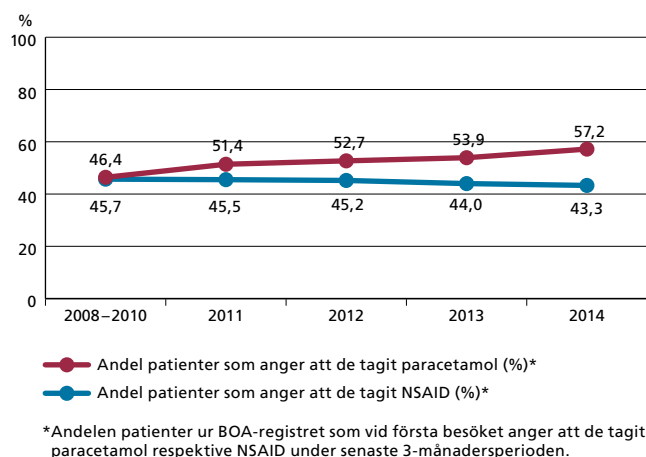
Figur 19. Glukosaminanvändning över tid.

* Andelen patienter som vid första besöket anger att de tagit glukosamin under senaste 3-månadersperioden.

** Källa Läkemedelsregistret Socialstyrelsen.

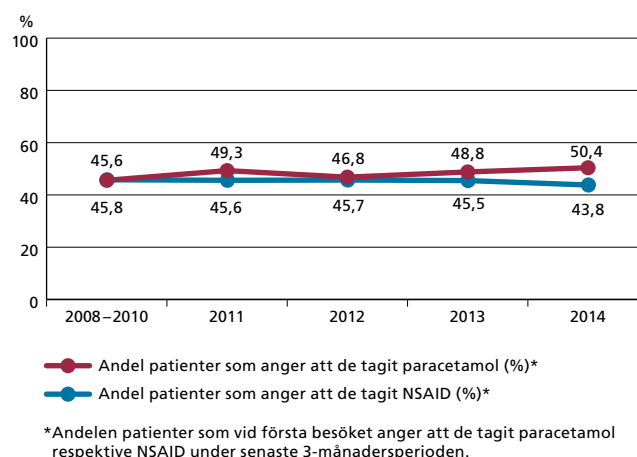
I Figur 20 och 21 syns hur stor andel av patienterna i BOA-registret som anger att de tar NSAID och paracetamol över tid. Konsumtionen av NSAID verkar vara tämligen konstant, medan det syns en ökning av konsumtionen av paracetamol över tid, särskilt för patienter med

Figur 20. Höft. Paracetamol och NSAID över tid.



höftartros. NSAID bör användas med försiktighet hos äldre personer på grund av biverkningsrisken. I Figur 53 och 54 (sid 56) syns andelen män och kvinnor över och under 75 år som uppger att de använder NSAID-preparat.

Figur 21. Knä. Paracetamol och NSAID över tid.



EQ5D, smärta och fysisk aktivitet

Preliminära beräkningar som BOA-registret har gjort visar att artrosskolan har lika god effekt oavsett ålder, kön, vikt, utbildning och symtom (dessa resultat publiceras inte i årsrapporten).

EQ5D

EQ5D är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet. Patienten svarar på fem frågor om rörlighet, hygien, aktivitet, smärta och oro/nedstämdhet. På varje fråga finns tre svarsalternativ (inga besvär, måttliga besvär, stora besvär) och baserat på svaren kan ett index beräknas som går från 0 till 1, där 0 är lika med "död" och 1 är lika med "full hälsa". EQ5D-index kan anta värden som är mindre än noll, vilket betyder att man skattar sin hälsa som sämre än död. EQ5D har använts i ett stort antal studier av olika diagnoser och kan även användas för hälsoekonomiska beräkningar. Vårt mål i BOA är att nå patienterna innan deras hälsorelaterade livskvalitet har påverkats i alltför stor utsträckning och att genom artrosskolan åstadkomma en förändring i EQ5D på 0,1 efter ett år. I nuläget kan vi visa på en genom-

snittlig förändring i EQ5D efter tre månader på 0,06 för höftartros och 0,07 för knäartros. Efter ett år är förändringen i genomsnitt 0,02 för höftartros och 0,05 för knäartros jämfört med före artrosskolan. Den stora utmaningen är att förbättra eller bibehålla en förändring över tid. För andel patienter som når målnivån per lands-ting hänvisas till Figur 5 och 6 (sid 11).

EQ5D-instrumentet ingår även en "termometer", det vill säga en stående VAS-skala från 0 (sämsta tänkbara tillstånd) till 100 (bästa tänkbara tillstånd). Patienten ombeds att skatta sitt nuvarande hälsotillstånd på skalan. I BOA-registret introducerades denna skala den 1 september 2012. EQ5D-VAS är känsligare för förändring på individnivå än EQ5D-index och kan därför vara mer lämplig i klinisk användning.

Landsting/enheter med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) på EQ5D för höft respektive knä redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Tabell 3. Höft. Hälsorelaterad livskvalitet efter artroskola (2008–2014).

LANDSTING*	EQ5D			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	148	0,65	0,73	0,69
Dalarna	89	0,65	0,71	0,66
Gotland	92	0,68	0,76	0,69
Halland	55	0,67	0,73	0,70
Jämtland	204	0,65	0,69	0,64
Jönköping	94	0,67	0,69	0,63
Kalmar	142	0,67	0,73	0,70
Kronoberg	79	0,63	0,70	0,66
Skåne	497	0,64	0,70	0,67
Stockholm	248	0,64	0,71	0,67
Uppsala	62	0,64	0,69	0,67
Värmland	322	0,63	0,72	0,67
Västerbotten	205	0,64	0,67	0,64
Västmanland	58	0,68	0,70	0,69
Västra Götaland	623	0,65	0,71	0,68
Östergötland	400	0,68	0,72	0,69
Riket	3 494	0,65	0,71	0,67

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Tabell 5. Höft. Nuvarande hälsotillstånd före och efter artrosskola på landstingsnivå*.

LANDSTING**	EQ5D-VAS			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	74	69	71	67
Dalarna	63	66	74	66
Gotland	52	69	77	71
Jämtland	151	66	68	65
Jönköping	57	70	69	70
Kronoberg	50	69	70	68
Skåne	197	68	73	69
Stockholm	180	69	72	70
Värmland	126	65	70	68
Västerbotten	51	67	70	64
Västra Götaland	319	69	71	68
Östergötland	196	67	72	66
Riket	1 762	68	71	68

* Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2014.

** Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Tabell 4. Knä. Hälsorelaterad livskvalitet efter artroskola (2008–2014).

LANDSTING*	EQ5D			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	366	0,65	0,72	0,70
Dalarna	192	0,68	0,75	0,72
Gotland	220	0,67	0,77	0,73
Gävleborg	114	0,63	0,73	0,69
Halland	136	0,67	0,71	0,72
Jämtland	435	0,65	0,71	0,68
Jönköping	242	0,69	0,74	0,72
Kalmar	406	0,67	0,73	0,71
Kronoberg	270	0,70	0,76	0,72
Norrbottn	104	0,62	0,70	0,67
Skåne	1653	0,65	0,71	0,69
Stockholm	552	0,68	0,73	0,72
Uppsala	147	0,68	0,72	0,71
Värmland	682	0,66	0,74	0,71
Västerbotten	512	0,64	0,73	0,70
Västernorrland	91	0,67	0,75	0,72
Västmanland	157	0,63	0,70	0,66
Västra Götaland	1 687	0,66	0,72	0,71
Örebro	132	0,63	0,73	0,71
Östergötland	1 131	0,64	0,73	0,72
Riket	9 259	0,66	0,73	0,71

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Tabell 6. Knä. Nuvarande hälsotillstånd före och efter artrosskola på landstingsnivå*.

LANDSTING**	EQ5D-VAS			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	163	68	72	68
Dalarna	139	66	75	73
Gotland	112	73	78	75
Gävleborg	64	63	74	69
Halland	64	69	74	73
Jämtland	328	67	72	70
Jönköping	173	71	73	72
Kalmar	142	70	73	73
Kronoberg	142	67	75	72
Norrbottn	60	71	73	70
Skåne	648	69	74	72
Stockholm	407	68	74	72
Uppsala	98	68	73	70
Värmland	247	70	74	72
Västerbotten	127	67	75	70
Västernorrland	50	69	76	70
Västmanland	122	66	70	69
Västra Götaland	860	69	72	70
Örebro	80	69	74	71
Östergötland	507	69	73	73
Riket	4 559	69	73	71

* Patienter som inkluderats efter 1 september 2012, samt genomgått ettårsuppföljning under 2014.

** Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

VAS smärta

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

det är enkelt att använda i kliniken. Enligt en studie av Tubach et al. bör förändring i VAS för knäartros vara minst 19,9 och för höftartros minst 15,3 för att vara kliniskt betydelsefull för patienten [1]. För andel patienter som uppnår denna förändring, se Figur 13 och 14 (sid 17). En minskning av VAS över tid betyder förbättring.

Tabell 7. Höft. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2014).

LANDSTING*	VAS-smärta			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	150	49	37	41
Dalarna	90	46	34	38
Gotland	92	48	30	38
Halland	57	42	33	38
Jämtland	215	48	39	42
Jönköping	94	49	42	45
Kalmar	145	49	38	41
Kronoberg	83	46	37	38
Skåne	503	49	40	42
Stockholm	251	46	36	40
Uppsala	65	46	37	42
Värmland	333	51	38	41
Västerbotten	208	48	41	44
Västmanland	58	49	38	43
Västra Götaland	632	47	37	41
Östergötland	416	47	36	40
Riket	3574	48	38	41

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Tabell 8. Knä. Smärta efter artrosskola på landstingsnivå (2008–2014).

LANDSTING*	VAS-smärta			
	Antal	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	376	50	38	38
Dalarna	200	47	33	35
Gotland	230	46	27	33
Gävleborg	119	48	35	36
Halland	142	46	36	35
Jämtland	455	49	38	40
Jönköping	251	46	34	36
Kalmar	420	50	36	36
Kronoberg	272	45	33	34
Norrbottnen	109	50	39	42
Skåne	1703	49	37	39
Stockholm	582	47	34	36
Uppsala	156	47	37	37
Värmland	693	49	36	38
Västerbotten	532	48	36	39
Västernorrland	96	45	31	38
Västmanland	154	49	38	41
Västra Götaland	1728	47	35	37
Örebro	128	50	33	34
Östergötland	1183	50	36	35
Riket	9559	48	36	37

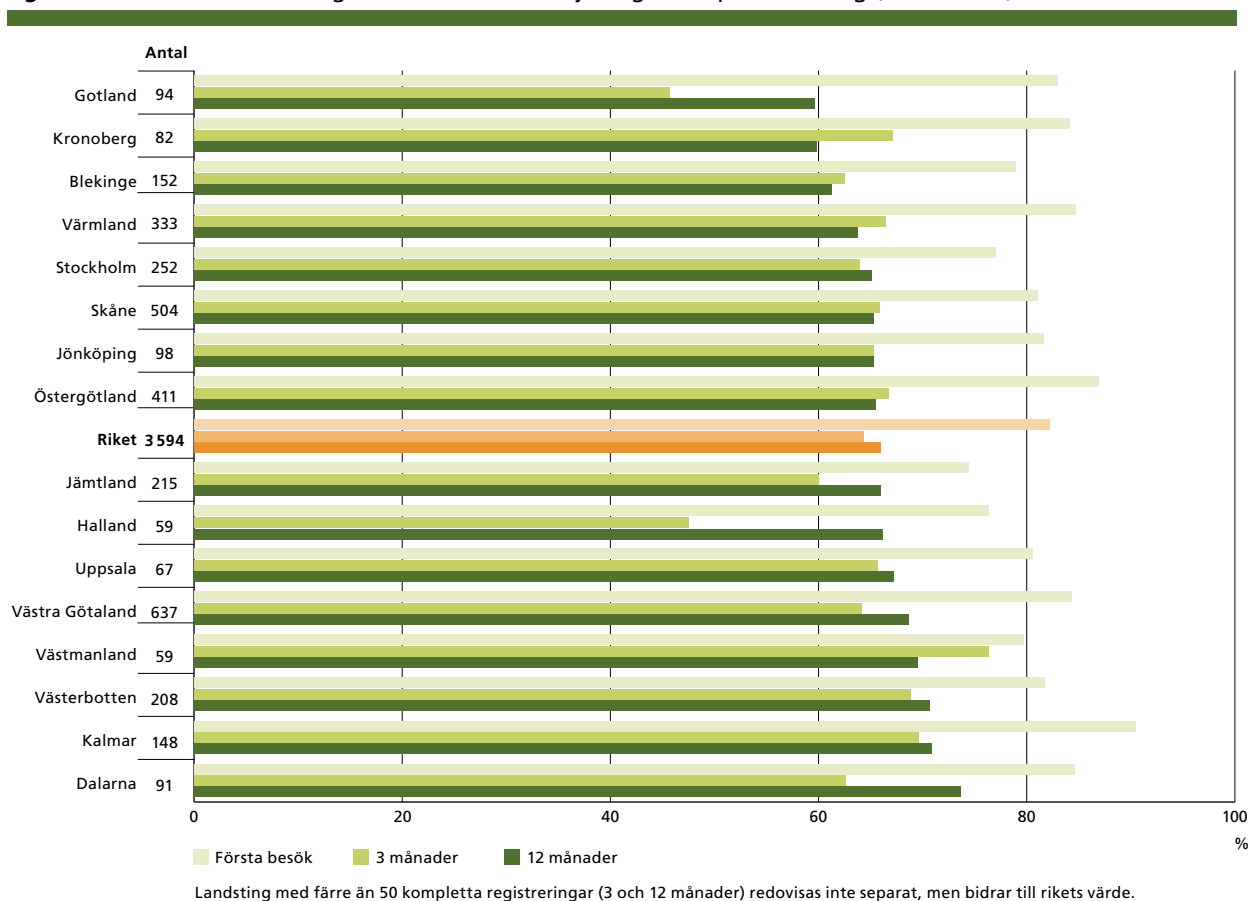
*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Andel med daglig smärta

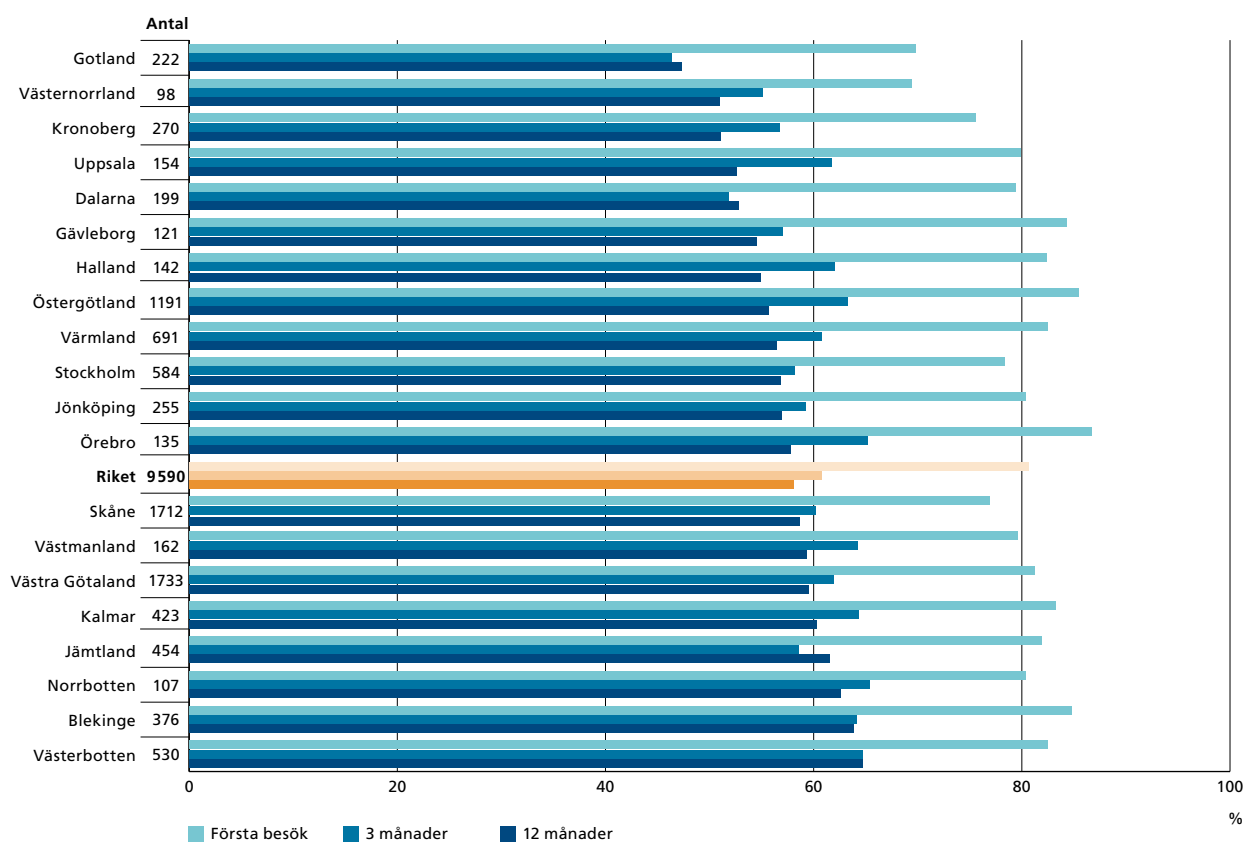
Smärta vid artros går ofta i skov. Perioder med mer smärta följs av perioder med mindre eller helt utan smärta. Dessa perioder kan variera i varaktighet från någon eller några dagar upp till flera månader eller år och är svåra att förutspå. Figurerna nedan visar andelen patienter vid första besök, tre och tolv månader som anger att de har ont varje dag eller alltid i höft respektive knä. Endast enheter/landsting med minst 50 patienter som fullföljt ettårsuppföljning före den 31 december 2014 och har kompletta data från samtliga tre tillfällen redovisas i Figur 22. Resultaten är sorterade efter andel med daglig

smärta vid ettårsuppföljningen. I hela registret anger vid första besök 82 % av patienterna med höftartros att de har smärta varje dag. Andelen sjunker till 64 % efter tre månader och ligger fortfarande kvar på 16 % under ingångsvärdet efter ett år (66 %), vilket motsvarar en minskning med 600 personer med höftartros. Motsvarande siffror för knäartros är 81% vid första besök, 61 % efter tre månader och 58 % efter ett år – en minskning med 23 procentenheter, vilket motsvarar mer än 2 000 personer med knäartros.

Figur 22. Höft. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008–2014).



Figur 23. Knä. Andel som anger att de har ont varje dag/alltid per landsting (2008–2014).



Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Otillräcklig fysisk aktivitet

Att mäta fysisk aktivitet är svårt. Det finns inte några validerade och reliabla frågeformulär att använda för patienter med artros. I BOA mäter vi aktivitetsminuter med hjälp av Socialstyrelsens två föreslagna frågor om fysisk aktivitet ur riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011). Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderar att alla vuxna ska ackumulera 150 aktivitetsminuter per vecka, oavsett ålder och sjukdom. Aktivitetsminuter är en kombination av antal minuter som fysiskt aktiv (minst 10 minuter åt gången) och antal minuter i träning med minst måttlig intensitet. Fysisk aktivitet definieras som all form av kroppsrörelse som ökar pulsen. Träning är fysisk aktivitet som sker med ett specifikt syfte, såsom att förbättra ledrörlighet, styrka eller kondition. Träningen bör utföras med minst måttlig intensitet, det vill säga så att man blir lätt andfädd eller svettas.

Vid summeringen till aktivitetsminuter är varje minut i träning värd två aktivitetsminuter, dubbelt så mycket som en minut i fysisk aktivitet (aktivitetsminuter = minuter fysiskt aktiv + 2 x (minuter träning)).

Artrosskolan syftar till att motivera patienterna till regelbunden fysisk aktivitet på en nivå som är tillräcklig för att bibehålla god hälsa. BOA har som mål att 80 % av patienterna ska uppnå 150 aktivitetsminuter/vecka efter ett år. Detta kan också uttryckas som att andelen otillräckligt fysiskt aktiva ska vara mindre än 20 %. Nedan redovisar vi andelen otillräckligt fysiskt aktiva vid första besök, samt efter tre och tolv månader. Målet för varje enhet är att minska andelen otillräckligt fysiskt aktiva med 10 procentenheter efter ett år jämfört med första besök.

Tabell 9. Andel patienter med otillräcklig fysisk aktivitetsnivå (ackumulerat mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka) september 2012–2014.

Landsting*	Andel otillräckligt aktiva, Höft			Andel otillräckligt aktiva, Knä		
	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån
Blekinge	39,7	36,2	37,9	36,7	24,2	31,7
Dalarna	17,7	12,9	22,6	31,3	16,1	24,1
Gotland				21,7	12,0	18,5
Gävleborg				38,9	16,7	31,5
Jämtland	32,7	26,2	29,9	29,7	21,2	29,2
Jönköping	28,3	20,8	34,0	14,8	16,7	16,7
Kalmar				25,0	19,8	26,7
Kronoberg				19,7	18,0	13,9
Skåne	27,7	14,9	24,8	26,1	20,7	24,4
Stockholm	27,5	22,5	25,6	29,7	20,0	24,4
Uppsala				18,8	14,1	18,8
Värmland	33,0	28,4	29,5	37,2	18,6	30,3
Västerbotten				25,7	13,3	21,9
Västmanland				35,2	20,8	30,4
Västra Götaland	22,4	14,9	25,9	26,4	22,2	23,8
Örebro				32,9	20,3	27,8
Östergötland	26,6	21,6	25,9	33,7	17,9	25,4
Riket	26,6	19,8	26,0	28,1	19,4	24,6

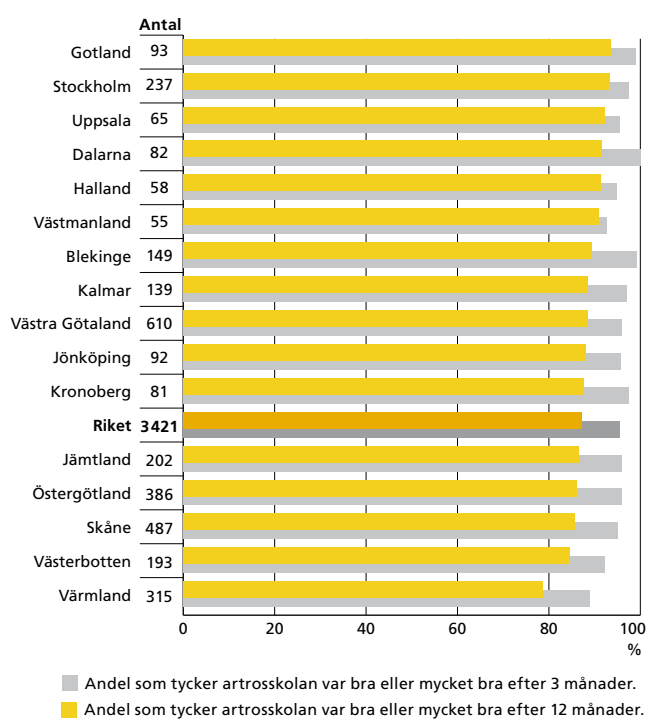
*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Vad tycker patienterna

Andel som tycker artrosskolan var bra eller mycket bra

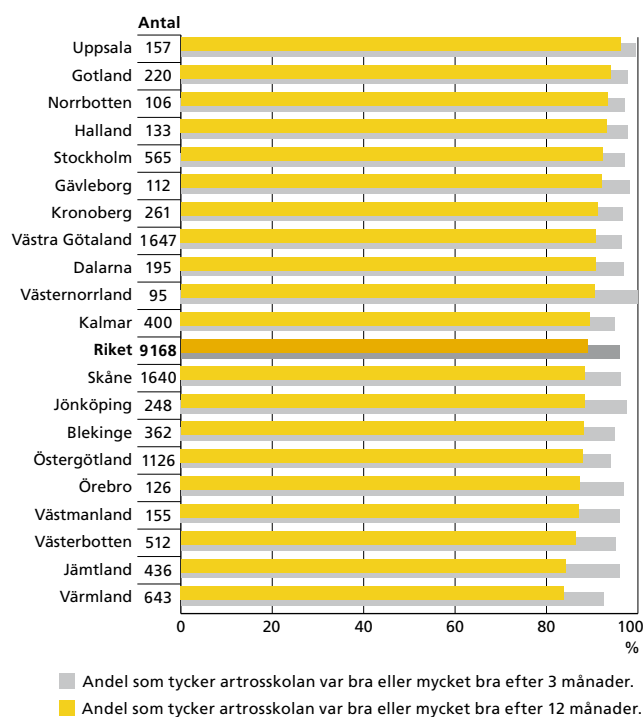
Efter tre månader anger 95 % av patienterna att de tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra. Motsvarande siffra efter ett år var 88 %.

Figur 24. Höft. Andel patienter som tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra per landsting (2008–2014).*



*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Figur 25. Knä. Andel patienter som tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra per landsting (2008–2014).*

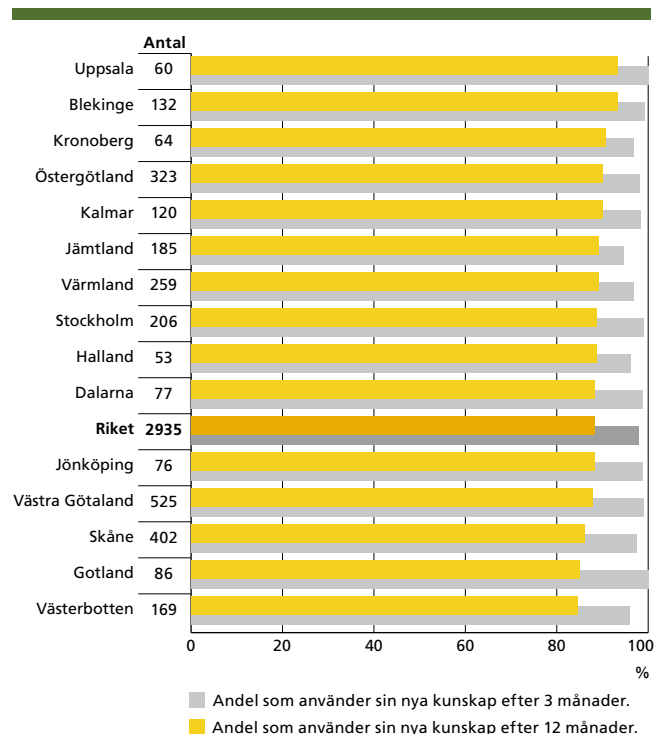


*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Andel som använder kunskapen från artrosskolan i sin vardag

Ett sätt att mäta nyttan med artrosskolan är att fråga patienterna hur ofta de använder vad de har lärt sig i artrosskolan i sin vardag. Efter tre månader anger två av tre att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan varje dag eller flera gånger dagligen och 91 % säger sig använda vad de har lärt sig minst varje vecka. Efter ett år säger sig 87 % fortfarande använda vad de har lärt sig minst varje vecka (Figur 26, 27).

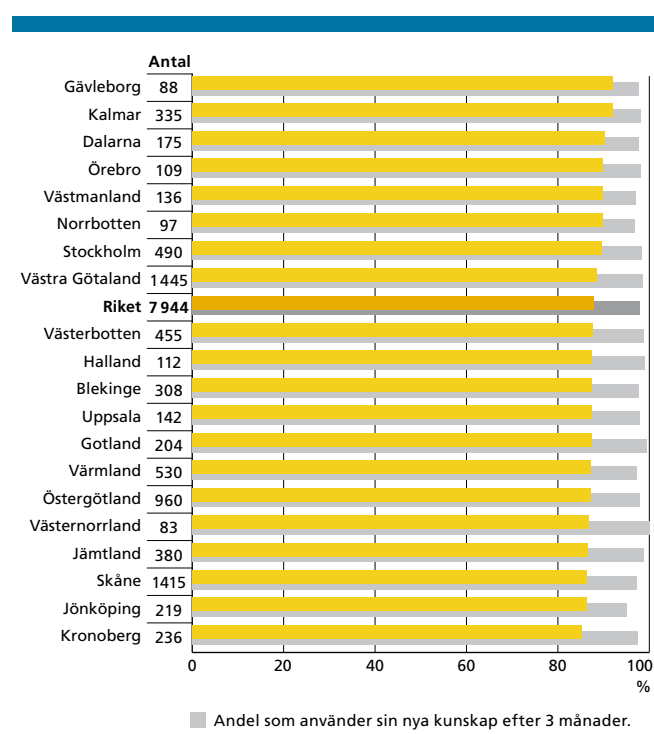
Figur 26. Höft. Andel patienter som anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan minst varje vecka per landsting (2008–2014)*.



■ Andel som använder sin nya kunskap efter 3 månader.
■ Andel som använder sin nya kunskap efter 12 månader.

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Figur 27. Knä. Andel patienter som anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan minst varje vecka per landsting (2008–2014)*.



■ Andel som använder sin nya kunskap efter 3 månader.
■ Andel som använder sin nya kunskap efter 12 månader.

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar (3 och 12 månader) redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

Följsamhet

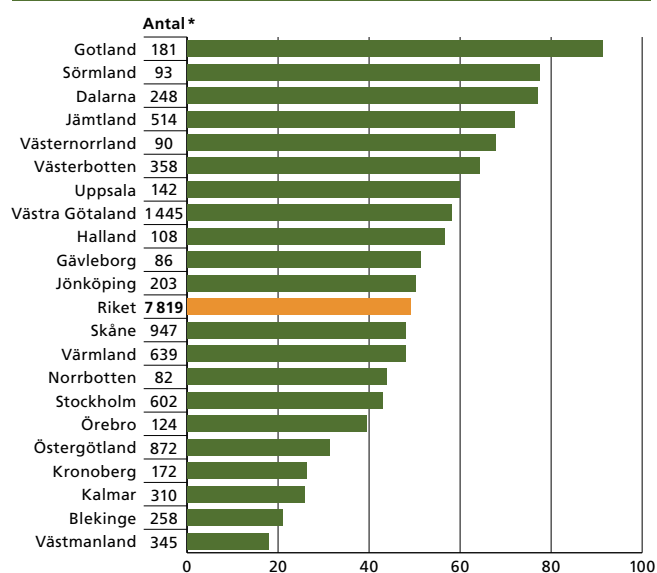
Patienternas deltagande i artrosskolan

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

Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar att patienter med höft- och knäartros ska erbjudas övervakad träning under lång tid. De som tackar ja till att delta i artrosskolan erbjuds i de flesta fall ett individuellt anpassat och utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna enligt detta program under handledning och övervakning av fysioterapeut i sex veckor eller mer. Gruppträningen genomförs tillsammans med andra med artros som har sina egna program. Patienten väljer själv vilka moment i artrosskolan som han/hon vill medverka i. Om patienten själv aktivt väljer att få sitt träningsprogram och delta i gruppträningen har han/hon också förflyttat sig från att vara passiv mottagare till att vara en aktiv och motiverad deltagare.

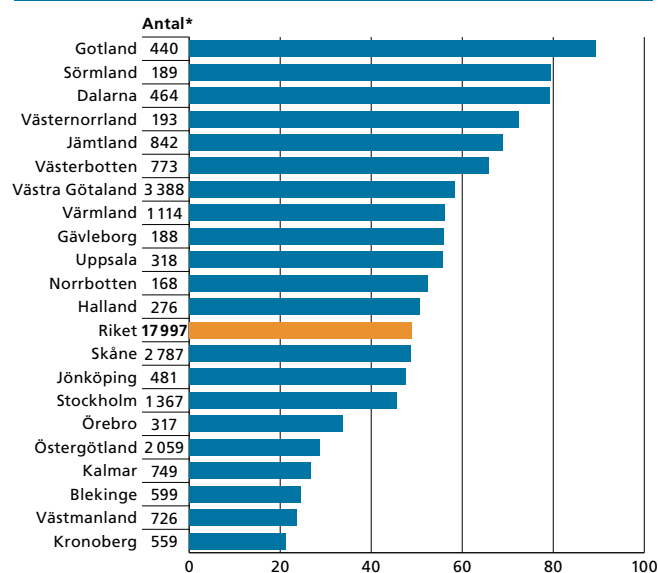
I figurerna nedan visas hur stor andel av patienterna med höft- och knäartros som väljer att delta i de olika delarna av artrosskolan. Det finns stora variationer vad gäller deltagande. Det kan finnas flera förklaringar. Vare sig bakomliggande orsaker eller konsekvenser av dessa skillnader syns direkt i resultaten utan dessa är föremål för lokala analyser.

Figur 28. Höft. Andel patienter som har deltagit i tillfälle med artrosombud på landstingsnivå (2008–2014).

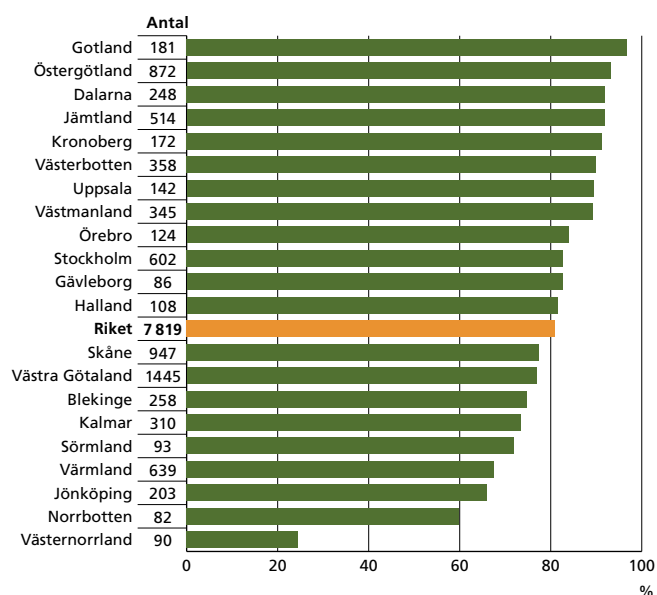
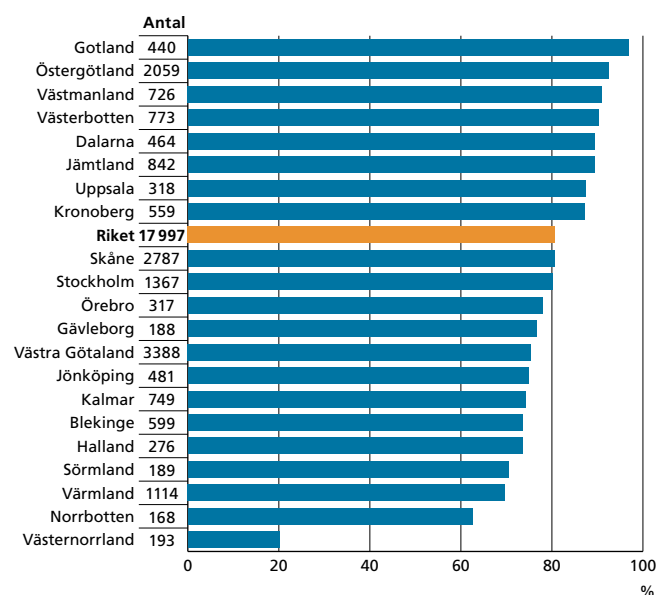
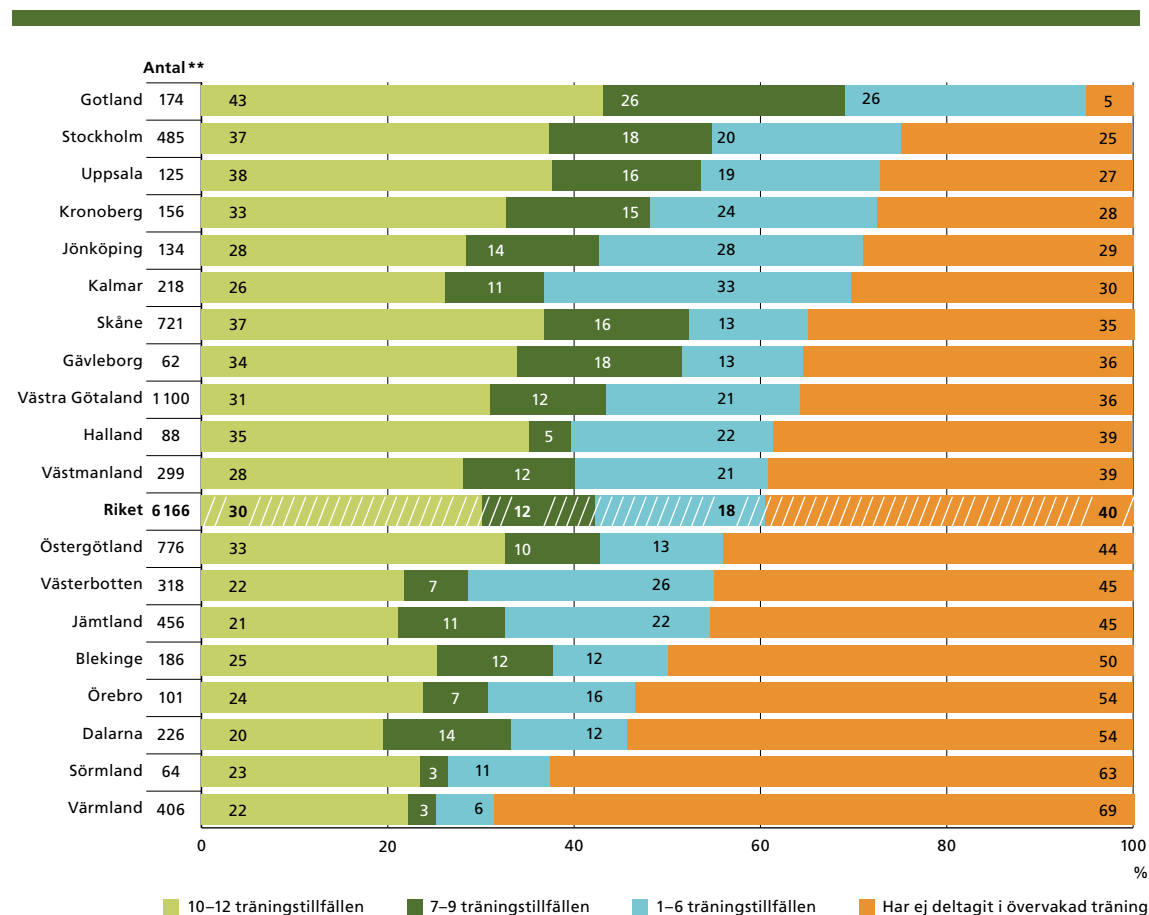


*Avser antal patienter per landsting som deltagit i teoridelen av artrosskolan. Andelen är beräknad på detta antal.

Figur 29. Knä. Andel patienter som har deltagit i tillfälle med artrosombud på landstingsnivå (2008–2014).



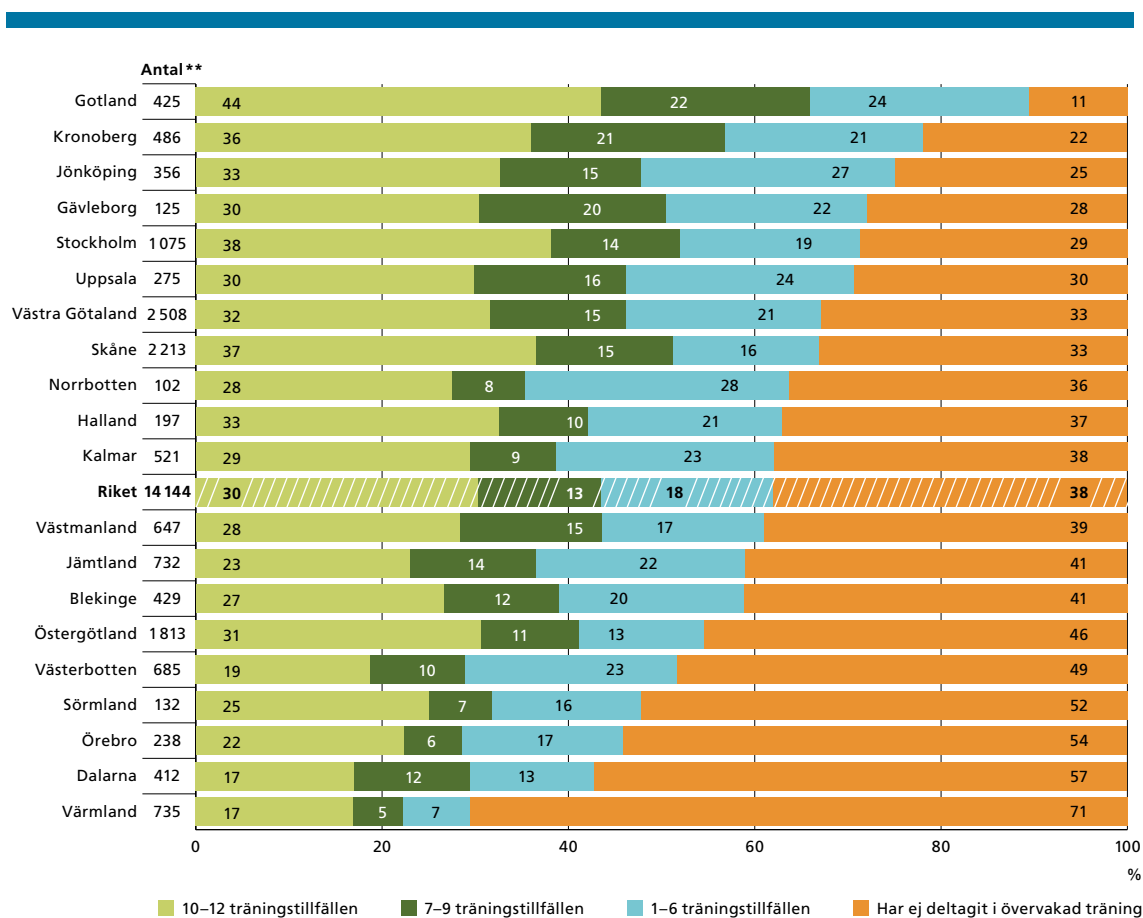
*Avser antal patienter per landsting som deltagit i teoridelen av artrosskolan. Andelen är beräknad på detta antal.

Figur 30. Höft. Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2014).**Figur 31. Knä.** Andel patienter som deltagit i individuell träningsgenomgång per landsting (2008–2014).**Figur 32. Höft.** Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per landsting (2008–2014).*

*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

**Antal avser antal patienter per landsting som varit på individuell träningsgenomgång per enhet. Andelen är beräknat på detta antal.

Figur 33. Knä. Andel patienter som deltog i övervakad träning av dem som varit på individuell träningsgenomgång, per landsting (2008–2014).*



*Landsting med färre än 50 kompletta registreringar redovisas inte separat, men bidrar till rikets värde.

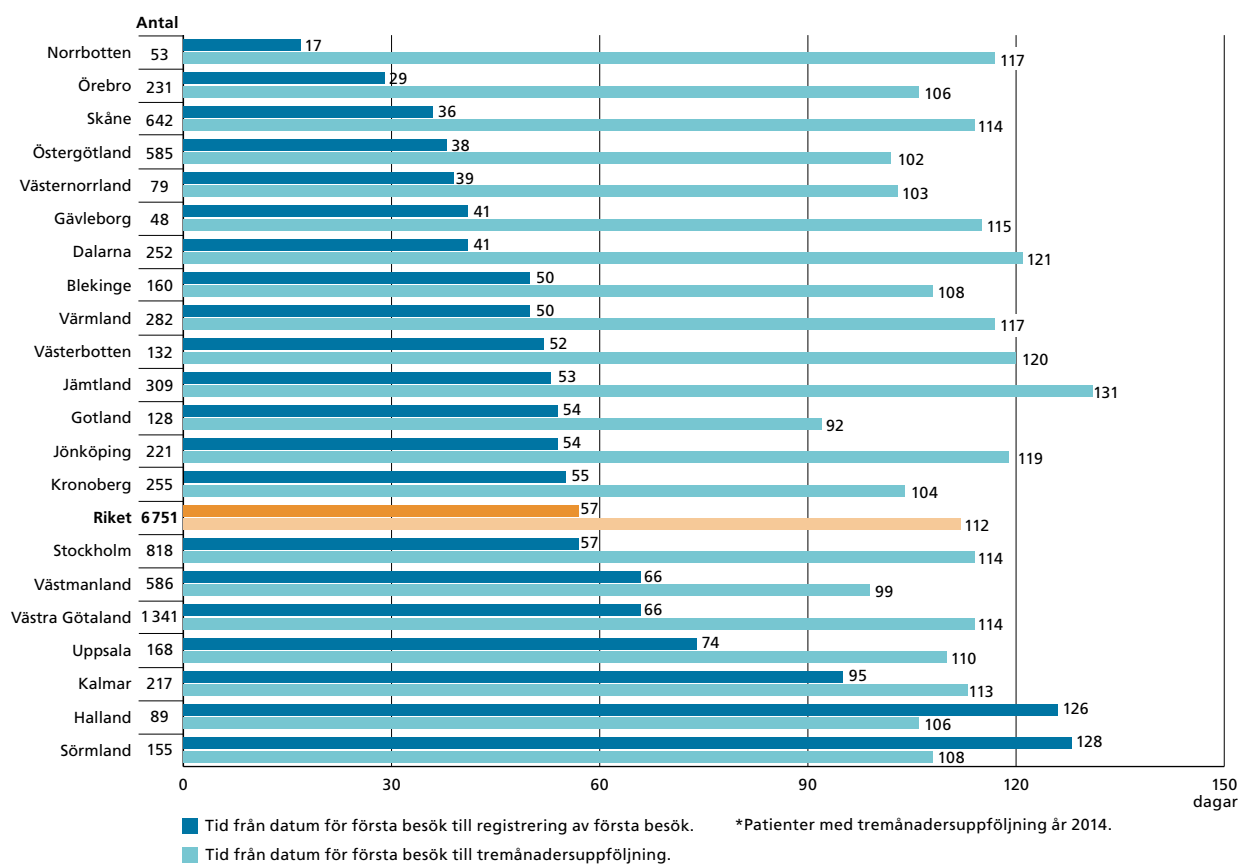
**Antal avser antal patienter per landsting som varit på individuell träningsgenomgång per enhet. Andelen är beräknat på detta antal.

Ledtider

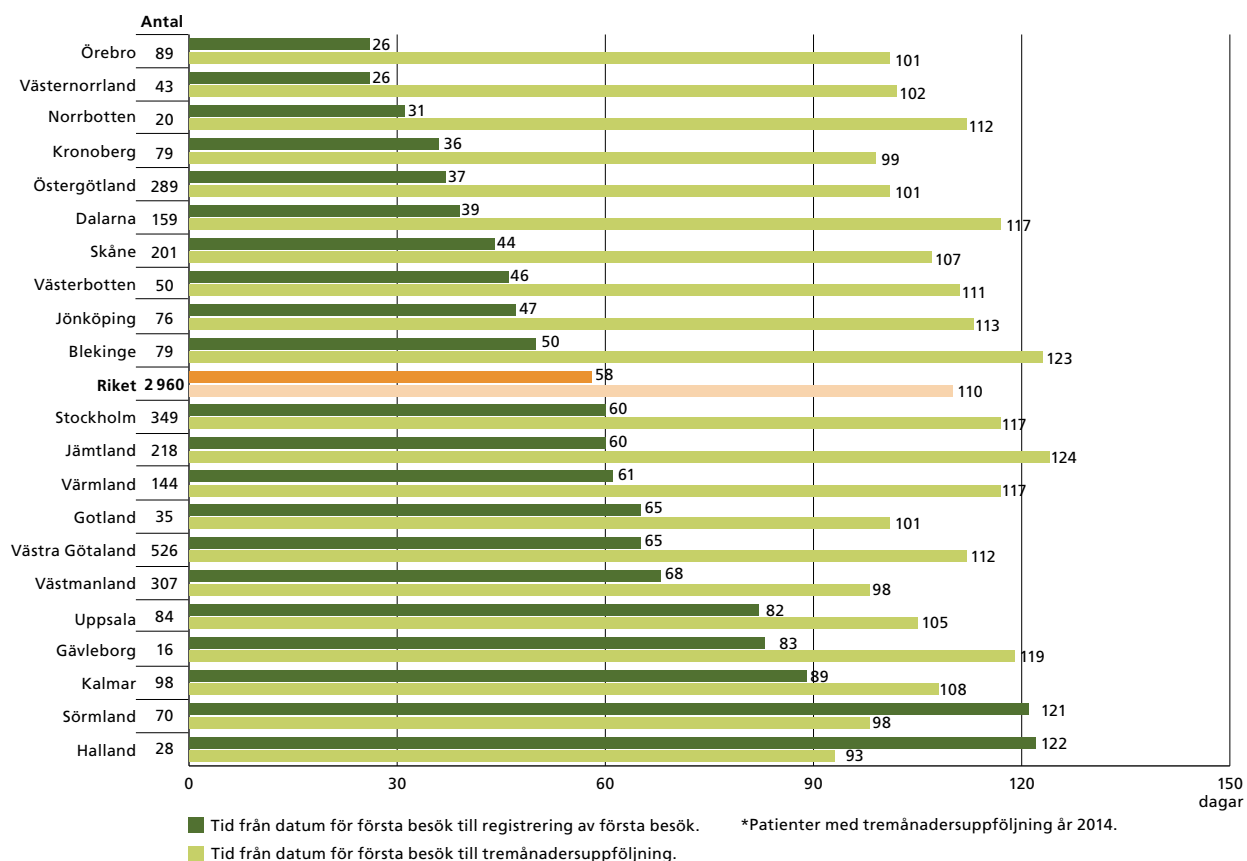
Det är känt att rutiner och resultat har ett samband. Tid från första besök till registrering av formulär och tid till uppföljning efter tre månader är två ledtider som kan mätas i BOA-registret. Dessa kan ses i figurerna nedan. Formulär som blir liggande utan att registreras riskerar att komma bort och uppgifter som behöver kompletteras eller förtydligas blir svåra att få in om tiden mellan

ifyllande och registrering är lång. Uppföljande besök kan ske upp till 6 månader efter första besök. Vi rekommenderar att uppföljning sker tre månader efter första besök, eller efter avslutad träningsperiod. I BOA-registret ser vi att i genomsnitt 25 % av patienterna faller bort av någon anledning som inte beror på operation eller att patienten själv har avbrutit sin medverkan (se Figur 9, sid 14).

Figur 34. Knä. Tid från första besök till första registrering och tremånadersuppföljning*



Figur 35. Höft. Tid från första besök till första registrering och tremånadersuppföljning.*



Praxis

Hur artrosskolan bedrivs på varje klinik kallar vi för praxis. BOAs policy är att den som håller artrosskola ska ha gått utbildning i artrosskola och den som registrerar ska ha gått utbildning i registerkunskap minst motsvarande den som BOA erbjuder. Det primära målet är patientens bästa, och för att veta vad patientens bästa är och vad det är som bidrar till patientens bästa måste vi utvärdera. Varje enhet som erbjuder strukturerad information motsvarande artrosskola till patienten, samt utvärderar och registrerar sina resultat i BOA-registret uppfyller det vi kallar för minimal intervention. Råd om träning och aktivitet kan organiseras på det sätt som passar verksamheten bäst. Träningsupplägg genomförs på det sätt som respektive klinik bedömer lämpligt, under förutsättning att val av upplägg ser likadant ut för alla patienter på kliniken och att alla som är involverade i artrosskolan vid en enhet använder samma upplägg. Träning är en valfri del för patienterna. Patientens val av träning (övervakad eller hemträning) registreras.

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

Praxis ska rapporteras in till registret en gång per år, eller när förändring sker, via BOA-registrets hemsida. I december eller januari ska varje klinik rapportera till registret hur artrosskolan var upplagd under det senaste året. Tabell 30 (sidan 134) visar hur artrosskolan såg ut på de olika klinikerna under 2014. Endast enheter som hade fyllt i praxis enligt anvisning, det vill säga under december 2014 eller januari 2015, redovisas i tabellen.

BOA-registret har initierat ett forskningsprojekt för att utvärdera vilket upplägg (praxis) av artrosskolan som ger bäst resultat avseende exempelvis EQ5D, smärta, fysisk aktivitetsnivå, och hur ofta patienter använder vad de lärt sig. Mycket preliminära ojusterade resultat visar inga större skillnader i patientrapporterat utfall mellan olika upplägg av artrosskolan. Då grupperna eller klinikerna

inte har randomiserats kan det föreligga skillnader i patientdemografi eller socioekonomi som påverkar både val av praxis och vilka patienter som kommer till mottagningen, vilket gör att analyserna behöver förfinas. Dessutom är det svårt att koppla ihop data för en enhet direkt med patientdata, då enheten rapporterar hur upplägget såg ut i stort under året, medan patienterna kan tas omhand med individuella variationer beroende på förutsättningar och mål. I tillägg till detta är det ett stort antal enheter som inte har rapporterat sin praxis, vilket gör att antalet patienter som beräkningen kan göras på blir begränsat.

Referens

1. Tubach, F., et al., Evaluation of clinically relevant changes in patient reported outcomes in knee and hip osteoarthritis: the minimal clinically important improvement. *Ann Rheum Dis*, 2005. 64(1): p. 29–33.

Deltagande och rapportering

För att kunna bedöma generaliserbarheten och trovärdigheten i resultaten från ett kvalitetsregister bör man känna till hur väl registret täcker in den population som avses. Data i registret ska också rapporteras noggrant. Täckningsgraden i BOA-registret kan beskrivas på flera sätt beroende på om BOA-registret ses som ett interventionsregister eller ett diagnosregister: 1) hur många enheter som bedriver artrosskola som också registrerar (coverage), 2) hur stor andel av de patienter som går artrosskola som också registreras (completeness), samt 3) hur många av alla med diagnosen höft- och knäartros som registreras. I BOA är målet att alla patienter som genomgår artrosskola ska registreras, men vi strävar också efter att alla patienter med artros i höft och knä ska erbjudas artrosskola så tidigt som möjligt.

Geografisk täckningsgrad

Sedan 2012 har alla landsting/regioner minst en enhet som rapporterar till registret. Såväl antalet patienter som går artrosskola och antalet enheter som rapporterar till registret har ökat kraftigt varje år sedan starten 2008 (Figur 36). Antalet enheter som har inloggning till registret har ökat med 19% under 2014, från 316 till 377. Av dessa har 325 enheter rapporterat in minst en patient till BOA-registret under 2014. Flera enheter har haft inloggning sex månader eller mer utan att hittills ha registrerat någon patient (Tabell 10). Dessa enheter sätts som passiva av registret. Ett antal enheter har slutat att rapportera till registret (Tabell 11). Då årsrapporten sammanställs (maj 2015) uppgår antalet enheter som är anslutna till registret till 469 (se Tabell 29 Enheter anslutna till BOA-registret). Vid utgången av 2015 kommer BOA-registret att ha utbildat cirka 2 500 fysioterapeuter och arbetsterapeuter i artrosskola och registerkunskap.

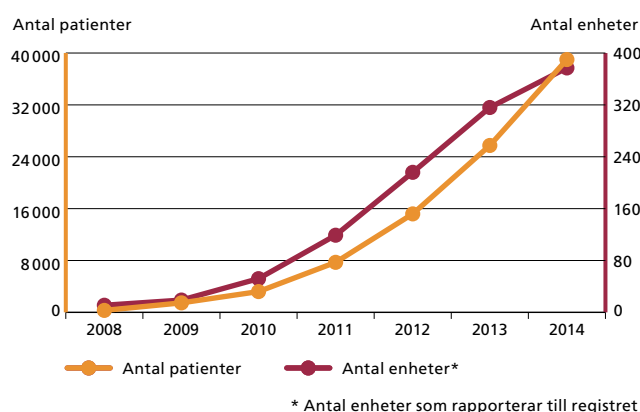
Antal artrosskolor (coverage) och antal patienter (completeness) som registreras

BOA-registret registrerar patienter som har genomgått artrosskola. För en bra täckningsgrad krävs att alla enheter som bedriver artrosskola rapporterar alla patienter som har gått artrosskola till registret. Det finns dock inget system för att kontrollera var artrosskolor bedrivs och det är svårt att uppskatta hur många artrosskolor som drivs utan att registrera resultat.

Under 2014 var BOA-registret ett av 10 register som har fått bidrag av Sveriges Kommuner och Landsting för att arbeta med att förbättra täckningsgraden. Projektledaren Rita Sjöström, Jämtland, har arbetat med att inventera och kartlägga användandet av BOA-registret, framför allt via landstingens/regionernas kontaktpersoner. Målet med arbetet har varit att enheter som har artrosskola ska registrera samt att motivera dem som registrerar att



Figur 36. Kumulativt antal unika patienter och enheter.



Tabell 10. Enheter som haft inloggning minst 6 månader och inte registrerat någon patient till och med 2015-03-25.

LANDSTING	Enhet
Stockholm	Fysiocenter Odenplan, Stockholm
	Rehab City Kungsholmen, Stockholm
	Rehab City Östermalm, Stockholm
	Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga
	Stockholms Sjukhem
	Södermalm Rehab Södra, Stockholm
Uppsala	Familjeläkarna Bålsta
	Flogsta vårdcentral, Uppsala
	Gottsunda vårdcentral, Uppsala
	Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
	Ture Ålander läkarpraktik, Uppsala
Sörmland	Vårdcentralen City, Eskilstuna
	Vårdcentralen Oxelösund
Östergötland	Fysiomas Rehab & Sjukgymnastik, Norrköping
	HIO Fysioterapi, Motala
	Rörelse och Hälsa – Kisa, Åtvidaberg, Österbymo
Jönköping	Apladalens VC, Värnamo
Skåne	Brahehälsan Eslöv
	Capio Citykliniken, Helsingborg
	City Rehab, Lund
	Gerdahallens sjukgymnastik, Lund
	Novakliniken Ystad
	Vårdcentralen Löddeköpinge
	Vårdcentralen Vä, Kristianstad
	Capio Citykliniken, Halmstad
Västra Götaland	Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla
	Närhälsan Sandared rehabmottagning
	Närhälsan Tranemo rehabmottagning
	Stay active Trollhättan
	Älvängen Fysioterapi
Örebro	Baggängens vårdcentral, Karlskoga
Västmanland	Slottspraktiken Stefan Nääf AB, Köping
Dalarna	Vårdcentral Vansbro
	Vårdcentralen Läkarhuset, Borlänge
Västerbotten	Nordmalings Hälsocentral
	Rehab Center AB, Umeå
	Umeå Fysiocenter AB
Norrbotten	Adviva Hälsocentral, Gällivare
	Kalix vårdcentral
	Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden

Tabell 11. Enheter som har rapporterat tidigare men som inte har registrerat någon patient under 2014.

LANDSTING	Enhet
Stockholm	AktivaRe – Primärvårdsrehab Österåker, SLSO
	Aleris Rehab Liljeholmen, Stockholm
	Aleris Rehab Tullinge
	Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd
	Sollentuna Rehabgrupp
	Tallhöjden Rehab, Södertälje
Östergötland	Må Bra Rehab AB, Motala
Jönköping	Familjeläkarna i Forserum
	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping
	Nässjö vårdcentral
	Råslätts Vårdcentral – Bra liv, Jönköping
Blekinge	Kallinge Vårdcentral
	Ronneby Vårdcentral
Skåne	Berga läkarhus, Helsingborg
	Brahehälsan Löberöd
	Nöbbelev Vårdcentral
	Rehab o Friskvårdshuset, Staffanstorp
	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg
	Söderåsens Vårdcentral
	VC Tåbelund, Eslöv
	Vårdcentralen Åstorp
Vårdcentralen Örkelljunga	
Västra Götaland	Orust Rehab och friskvårdscenter, Henån
Dalarna	Älvdalen VC
Gävleborg	Edsbyn och Alfita Hälsocentral
	Hudiksvalls hälsocentral
	Hälsocentralen Delsbo
Jämtland	City Sjukgymnastik, Östersund
	Fjällhälsan Hede/Vemdalen
	Krokom Hälsocentral
	Torvalla hälsocentral, Östersund
Västerbotten	Backens Hälsocentral, Umeå
	Mariehems Hälsocentral, Umeå
	Umeå Smärtmottagning
	Vindelns hälsocentral
	Vännäs Hälsocentral
Norrbotten	Norrjärdens Vårdcentral

använda registerdata i verksamheten för förbättringsarbete och för att säkra vården. Insamling av uppgifter via de regionala kontaktpersonerna i januari år 2014 visade att det var 220 enheter som drev artrosskolor och 156 enheter (65 %) som rapporterade till BOA-registret. I december 2014 var det 270 enheter som drev artrosskolor och enligt registret registrerade 216 enheter (80 %) i BOA-registret (Tabell 12).

Det är också svårt att uppskatta hur stor andel av alla patienter som går artrosskolan som registreras (complete-ness). Antalet patienter som registrerades i BOA per år ökade med 25 % mellan 2013 och 2014, från 10 554 till 13 252 (Tabell 15, sid 42). Störst procentuell ökning av antal registrerade patienter jämfört med föregående år ses i Västmanland, Sörmland och Örebro, som alla minst dubblat antal registreringar. Västmanland står även för den största ökningen i absoluta tal vilket gör Västmanland till årets "raket" i statistiken. Årets ras syns i Västerbotten, där landstinget tappat 37 % registreringar jämfört med 2013. Sammanlagt är det nio landsting som

har tappat registreringar jämfört med 2013, där förutom Västerbotten även Gotland, Blekinge, Gävleborg och Norrbotten har tappat 10 % eller mer. Besök hos fysioterapeut i primärvård registreras inte regelmässigt i PAR eller i vårddatabaser. Därför är det inte möjligt att jämföra BOAs siffror med officiell statistik. Många journalsystem har inte "artrosskola" som sökord, vilket gör det svårt att göra en matchning mot hur många patienter som journalförts som deltagare i artrosskola. Andelen patienter som registreras av dem som går artrosskola kommer aldrig att vara 100 %. Personer med andra sjukdomar eller diagnoser som är mer symtomgivande än artrosen kan nämligen bedömas ha nytta av artrosskolan, men uppfyller inte inklusionskriterierna för registrering i BOA. Skälet till att de inte inkluderas i registret är att frågor om hälsorelaterad livskvalitet och smärta i patientens frågeformulär då sannolikt besvaras utifrån hur andra sjukdomar påverkar snarare än påverkan från besvär relaterade till artros. Patienter med enbart hand- eller artros i andra leder, utan besvär från höft eller knä, kan delta i artrosskolan men registreras inte.

Tabell 12. Antal och andel enheter som driver artrosskola och registrerar i BOA-registret 2014.

LANDSTING	Januari 2014	Januari 2014	December 2014	December 2014
	Enheter som bedriver artrosskola*	Andel som registrerar i BOA*	Enheter som bedriver artrosskola*	Andel som registrerar i BOA**
	Antal	%	Antal	%
Blekinge	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas
Dalarna	21	24	21	48
Gotland	1	100	1	100
Gävleborg	8	25	8	100***
Halland	12	50	11	64
Jämtland	21	90	21	86
Jönköping	6	50	7	100***
Kalmar	10	100	10	100***
Kronoberg	16	94	17	100
Norrbotten	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas
Skåne	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas
Stockholm	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas	uppgift saknas
Sörmland	2	0	15	87
Uppsala	uppgift saknas	uppgift saknas	12	100
Värmland	19	95	19	100
Västerbotten	17	24	26	31
Västernorrland	12	25	12	33
Västmanland	35	100	35	60
Västra Götaland	25	84	31	94* ^a
Örebro	9	100	16	88
Östergötland	6	83	8	88
Totalt	220	65	270	80

*Baserat på statistik från kontaktperson.

**Baserat på siffror om antal enheter ur BOA-registret.

***Fler enheter finns i registret än vad som uppgivits av kontaktperson - avrundat neråt till 100%.

^aavser endast område 1.

Det är svårt att uppskatta hur stor andel av patienterna i artrosskola som har andra symtom eller sjukdomar som exkluderar dem från registrering. Ett rimligt antagande kan vara att i genomsnitt 5–10 % av deltagarna inte ska registreras. Vi har bitt de kontaktpersoner som verkar för BOA på landstingsnivå att inhämta uppgifter från så många enheter som möjligt på hur många patienter som gått artrosskola och hur många som registrerats. Vi fick uppgifter från femton landsting (Tabell 13). Då uppgifter om antal deltagare i artrosskolorna saknas från flera enheter inom vissa landsting kan vi inte använda registrets uppgifter om antal registrerade för att beräkna täckningsgrad. Ett medelvärde beräknat på enheternas egna skattningar visar att 69 % av patienterna som gått artrosskolan under 2014 också har registrerats vid de enheter som har lämnat uppgifter.

För att kunna lita på resultaten i registret krävs det dessutom en god datakvalitet. I BOA-registret är svarsfrekvensen hög. Varje enskild fråga i patientformulär och fysioterapeutens formulär vid första besök och tremånaders

uppföljning har minst 97 % svarsfrekvens. Efter ett år skickas frågeformuläret per post till patienten följt av en påminnelse till dem som inte svarat. Svarsfrekvensen för ettårsuppföljningen under 2014 var 84 %.

Antal vård sökande med höft- och knäartros

BOA-registret är inte ett diagnosregister, men eftersom Socialstyrelsens behandlingsriktlinjer säger att alla patienter med artros i höft eller knä ska erbjudas information och övervakad träning som första åtgärd bör artrosskolan successivt sträva efter att nå ut till alla patienter. Det finns ett stort uppdämt behov hos individer i befolkningen som levt länge med sin sjukdom utan att ha fått adekvat behandling.

Då det saknas tillförlitliga siffror över antal individer med höft- eller knäartros (diagnoskod M16 och M17) i öppenvård på riksnivå har vi bitt ett urval landsting/regioner att ta fram uppgifter om antal patienter med diagnoskod M16/M17 ur regionala vårddatabaser. Somliga med artros söker flera gånger per år, medan

Tabell 13. Antal artrosskolor och antal patienter som registrerats per landsting. 2014.

LANDSTING	Genomförda artrosskolor totalt i landstinget*	Enheter som rapporterar till BOA	Patienter i artrosskola	Uppskattad andel patienter som registreras av det totala antalet som går artrosskola***
	Antal	Antal	Antal	%
Blekinge	24**	4	335 ^b	91
Dalarna	23**	10	228	92
Gotland	20	1	198	100
Gävleborg	uppgift saknas	10	uppgift saknas	
Halland	33**	7	334 ^c	14
Jämtland	80	18	695	89
Jönköping	27**	14	212	43
Kalmar	92	11	1093 ^d	46
Kronoberg	37	17	395	86
Norrbottnen	uppgift saknas	5	uppgift saknas	
Skåne	148**	33	1297 ^a	80
Stockholm	uppgift saknas	36	uppgift saknas	
Sörmland	64**	13	428	84
Uppsala	75	12	611	45
Värmland	114	19	928	60
Västerbotten	uppgift saknas	8	uppgift saknas	
Västernorrland	uppgift saknas	4	uppgift saknas	
Västmanland	uppgift saknas	21	uppgift saknas	
Västra Götaland (omr 1)	80**	61	781	80
Örebro	61**	14	335	71
Östergötland	171	7	1988	61

*Osäkert hur många enheter som bedriver artrosskola.

**Uppgift saknas från vissa enheter.

***Uppgifterna baseras på enhetens egen skattning.

^a135 patienter med enbart handartros eller med språksvårighet (registreras ej).

^b13 patienter med enbart handartros eller med språksvårighet (registreras ej).

^c54 patienter med enbart handartros eller med språksvårighet (registreras ej).

^d74 patienter med enbart handartros eller med språksvårighet (registreras ej).

andra söker sporadiskt eller inte alls. För att fånga så många individer som möjligt med artros i höft och knä bad vi att få uppgifter om antalet unika individer som vid något tillfälle har sökt öppenvård under en femårsperiod (2010–2014). Eftersom diagnosen artros ofta inte ställs förrän förändringar blir synliga på röntgen har vi dessutom bett att få separat statistik för antalet individer som söker på grund av ledvärk (diagnoskod M25.5).

Med hjälp av statistik från vårddatabaser i Stockholm, Västra Götaland, Östergötland, Region Skåne och Jämtland/Härjedalen (Tabell 14) har vi uppskattat antalet vårdsökande med artros i landet i åldersgruppen över 45 år. Den 31 december 2013 var 4 346 942 personer i Sverige äldre än 45 år, enligt Statistiska Centralbyrån. Stockholm, Östergötland, Västra Götaland, Skåne och Jämtland/Härjedalen svarade tillsammans för 56 % av antalet invånare i denna åldersgrupp. Om vi antar att antalet individer med diagnos artros i höft och knä som söker öppenvård fördelar sig ungefär likadant som befolkningen i övrigt kan vi anta att det sammanlagda antalet individer som söker öppenvård i dessa fyra landsting/regioner (227 020) representerar cirka 56 % av artrosbefolkningen i Sverige. Våra enkla skattningar skulle då uppskatta den totala "artrospopulationen" som söker öppenvård i Sverige minst en gång under en femårsperiod till runt 405 392 (227 020/0,56) personer, eller cirka 9 % av befolkningen över 45 år. Det verkar rimligt sett till statistiken från de olika landstingen/regionerna. Om vi antar att besöken fördelar sig jämnt över tid betyder det att 81 078 personer, eller 1,9 % av befolkningen över 45 år, söker öppenvård varje år på grund av artros i höft eller knä. Jämfört med registrets skattningar från tidigare år är det en liten ökning från

1,5 %. Även statistiken avseende antal besök under 2014 indikerar att andelen personer som söker öppenvård för diagnos artros i höft eller knä ökar år från år, då andelen för 2014 var 3,1 % av befolkningen över 45 år (Tabell 14).

Enligt www.vantetider.se och de uppgifter vi fått från vårddatabaser var 4 % av alla läkarbesök i öppenvård under 2014 relaterade till diagnos artros i höft eller knä. Det finns ingen statistik för hur många besök som företagits till fysioterapeut i primärvård.

Täckningsgrad per landsting – andel av befolkningen över 45 år som söker för artros och registreras i BOA

Baserat på skattningar från vårddatabaser under 2011, 2012 och 2013 har vi beräknat att 1,5 % av befolkningen äldre än 45 år söker läkare i primärvården varje år med artros i höft eller knä som första diagnos. Skattningarna från 2014 visar att andelen stigit till 1,9 %. Siffran är sannolikt en underskattning, då ledbesvär utan röntgenförändringar i många fall inte diagnosticeras som artros. Dessutom uppsöker patienter andra personalkategorier, exempelvis fysioterapeuter som är primärinstanser i primärvården och som sätter diagnoserna artros i höft eller knä. Dessa patienter är inte medräknade.

Från Statistiska Centralbyrån har vi hämtat befolkningsstatistik för åldersgruppen över 45 år per den 31 december 2014 fördelat på landsting. Vi har därefter beräknat hur många individer som motsvarar 2 % av befolkningen över 45 år per landsting. Detta utgör det skattade antalet som sökte primärvården 2014 med artros i höft eller knä som första diagnos. För övriga år har vi använt 1,5 % av befolkningen som det skattade antalet. Täckningsgrad

Tabell 14. Antal unika individer som sökt primärvård minst en gång under perioden 2010–2014, respektive 2014.

LANDSTING	Diagnos artros					Diagnos ledvärk				
	2010–2014*		2014*			2010–2014*		2014*		
	Antal unika individer med huvuddiagnos Artros höft eller knä (M16/M17) i vårddatabas 2010–2014*	Andel av befolkning över 45 år (%)**	Antal unika individer med huvuddiagnos artros höft eller knä (M16/M17) i vårddatabas 2014*	Andel av befolkning över 45 år (%)**	Andel av alla läkarbesök (%)***	Antal unika individer med huvuddiagnos Ledvärk (M25.5) i vårddatabas 2010–2014*	Andel av befolkning över 45 år (%)**	Antal unika individer med huvuddiagnos Ledvärk (M25.5) i vårddatabas 2014 (%)*	Andel av befolkning över 45 år (%)**	Andel av alla läkarbesök (%)***
Östergötland	22 047	11,1	8 098	4,1	5,3	44 342	22,4	10 908	5,5	7,1
Västra Götaland	55 139	7,7	18 476	2,6	3,0	123 217	17,1	55 050	7,7	9,0
Skåne	53 988	9,6	21 820	3,9	5,4	83 652	14,8	25 208	4,5	6,2
Stockholm	90 227	10,3	26 148	3,0	4,2	–	–	–	–	–
Jämtland/Härjedalen	5 619	9,0	1 562	2,5	2,1	11 845	19,0	2 759	4,4	3,6

*Uppgift lämnad av regional vårddatabas och avser besök i öppenvård

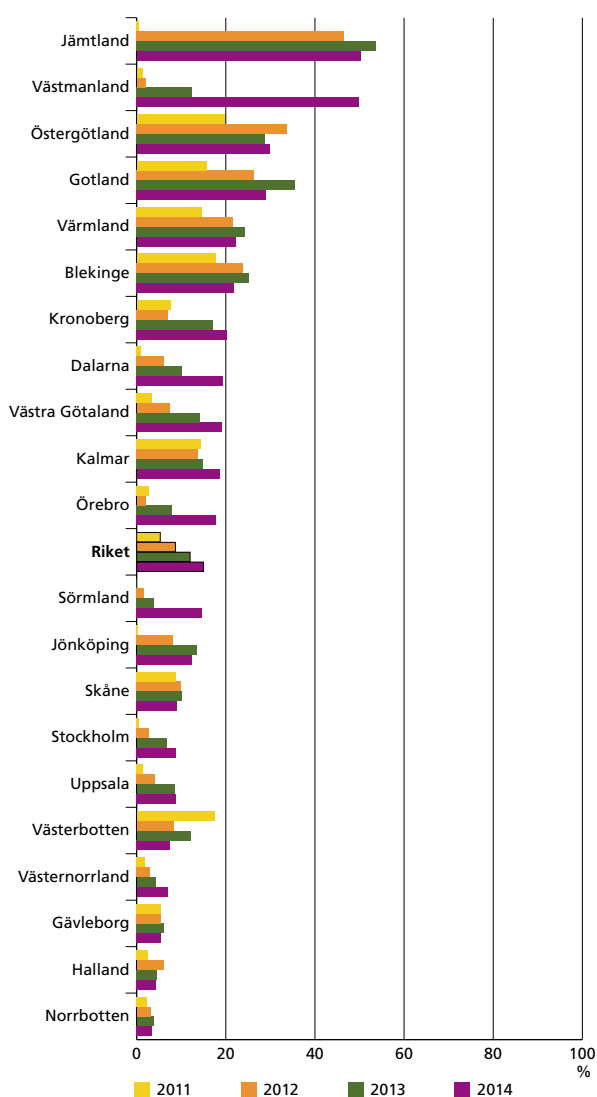
**Avser antal personer 45 år och äldre per 31 december 2014, källa statistiska centralbyrån

***I offentlig primärvård 2014, enligt www.vantetider.se

per landsting har därefter beräknats genom att dividera antal som har registrerats i BOA-registret per landsting med det skattade antalet i varje landsting som söker läkare i primärvård per år (Figur 37).

Målet är att alla som söker primärvård med höft- och/ eller knäartros ska erbjudas artrosskola om de inte redan har gått. BOA har inkluderat 39 000 patienter under de fem verksamhetsår som registret funnits (2010–2014), vilket motsvarar 9,6 % av "artrospopulationen" (se föregående stycke). Med den nuvarande årliga kapaciteten på cirka 13 200 patienter nådde vi uppskattningsvis 17 % av alla som sökte öppenvård med diagnos höft- och/eller knäartros under 2014.

Figur 37. Andel som tagits omhand i artrosskola av det skattade antalet i befolkningen över 45 år som söker vård på grund av artros i höft eller knä, per landsting.



Validering av data

Resultaten kan aldrig bli bättre än kvaliteten på insamlade data. Med flera led i datainsamling ökar risken för felregistrering. BOA-registret strävar efter att minimera felkällorna och har skapat rutiner för att ge användarna en chans att kontrollera och korrigera sina data. Genom att också stimulera de deltagande enheterna till att använda sina inmatade data ökar sannolikheten att eventuella felinmatningar upptäcks och rättas. Därmed förbättras också kvaliteten på registrets data kontinuerligt.

I BOA-registret baseras majoriteten av data på patientrapporterat utfall. Patienten besvarar frågeformulär på fysioterapeutens mottagning vid första besöket och vid uppföljningsbesök efter 3 månader. Svaren matas in i registret av fysioterapeuten, eller i vissa fall av administrativ personal. Efter ett år skickas ett frågeformulär till patienten per post tillsammans med ett frankerat svarskuvert. Fysioterapeuten svarar på frågor om tidigare undersökning och behandling, samt följsamhet till interventionen.

Datakvalitet

Det finns vissa gränsvärden för inmatning i registret. Värden som ligger utanför dessa områden är inte möjliga att mata in. I andra fall kan man göra kvalitetskontroller av data genom deskriptiva rapporter. Ett mindre antal frågor är numera nödvändiga att besvara för att kunna spara formuläret, exempelvis datum för besök, vilken led och vilken sida som är mest besvärande. Varje enhet kan hämta ut sina egna rapporter online i realtid. Genom att bearbeta data ökar sannolikheten att felaktiga värden identifieras.

Kontroll av datakvalitet utförs som rutin i BOA-registret två gånger per år. Eventuella felaktiga inmatningar, extrema värden eller frågor som saknar värden mailas ut till respektive enhet inför sommaren och inför juluppehållet, då aktiviteten på fysioterapeutmottagningen i allmänhet är lugnare och det kan finnas tid att kontrollera och korrigera data.

Inför produktionen av 2014 års årsrapport utfördes en rad ytterligare kontroller av inmatade data för att säkerställa datakvalitet. "Omöjliga" datum (exempelvis besöksdatum framåt i tiden), dubletter och saknade värden identifierades och granskades mer i detalj. Somliga data kunde av olika skäl inte rättas och slutligen återstod 3 individer som hade extrema eller saknade datumangivelser. För 638 individer saknades patientformuläret från första besöket och 211 registreringar hade dubletter. Åtta patienter hade okänd mest besvärande led. Dessa togs bort ur datasetet före sammanställningen av årsrapporten.

Deskriptiva data

I detta kapitel beskriver vi patienterna i registret med hänsyn till en rad faktorer som exempelvis ålder, BMI, civilstånd och andel rökare, men också hur länge de har haft sina besvär innan de kom till artrosskolan och vilka undersökningar och behandlingar de har fått sedan tidigare.

Antal patienter

Första besök

Antalet individer i registret uppdateras och valideras kontinuerligt. Formulär kan registreras i efterhand, felaktiga eller saknade data kan korrigeras och patienter kan avbryta sin medverkan. Dessa faktorer påverkar antalet individer såväl på enhetsnivå som totalt i registret och antalet kan variera något från år till år.

Denna årsrapport baseras på data från totalt 39 000 patienter som varit på minst ett besök hos fysioterapeuten före den 31 december 2014. Av dessa har 13 256 (34%) registrerats för besök under 2014 (Tabell 15). Trettioen procent bedömdes av fysioterapeuten ha mest besvär från sina höfter och 69% bedömdes ha mest besvär från sina knän. I årsrapporten benämner vi dem fortsättningsvis för höftartros och knäartros och i de flesta fall redovisas resultat separat för höfter och knän.

Tabell 15. Antal personer som registrerats för ett första besök i artrosskola per landsting.

LANDSTING	Antal 2008–2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal Totalt
Stockholm	15	101	460	1 176	1 565	3 317
Uppsala	0	41	117	252	263	673
Sörmland	0	0	46	103	394	543
Östergötland	111	774	1 329	1 156	1 204	4 574
Jönköping	0	10	258	427	402	1 097
Kronoberg	1	133	122	303	356	915
Kalmar	196	347	332	355	457	1 687
Region Gotland	30	93	158	219	179	679
Blekinge	37	268	354	381	331	1 371
Skåne	850	974	1 111	1 160	1 035	5 130
Halland	0	74	173	135	131	513
Västra Götaland	993	481	1 054	2 049	2 804	7 381
Värmland	549	402	599	673	622	2 845
Örebro	0	73	54	212	489	828
Västmanland	0	31	49	313	1 249	1 642
Dalarna	0	24	176	296	552	1 048
Gävleborg	19	155	149	171	154	648
Västernorrland	0	44	73	105	168	390
Jämtland	0	8	583	684	633	1 908
Västerbotten	391	419	197	290	182	1 479
Norrbottnen	16	59	77	94	86	332
Riket	3 208	4 511	7 471	10 554	13 256	39 000

Tremånadersuppföljning

Efter tre månader ska patienter som genomgått artrosskola erbjudas ett uppföljande besök hos fysioterapeut. Detta ska ske oavsett om patienten valt att delta i träning eller ej. I denna årsrapport har vi uppgifter från 25 485 patienter (65%) som har genomgått tremånadersuppföljning. De patienter som inkluderats efter den 1 oktober hann inte genomföra sin tremånadersuppföljning under 2014.

Ettårsuppföljning

Ettårsuppföljning skickas ut från registret till samtliga patienter som har registrerats för ett första besök, fortfarande är i livet och inte har avbrutit. Uppföljningen sker ungefär tolv till fjorton månader efter det första besöket. En påminnelse skickas ut om svaret inte inkommit inom en månad. Under 2014 skickades 9 355 formulär ut för ettårsuppföljning. Svarsfrekvensen efter en påminnelse var 84%. Registret har data från 15 565 patienter efter ett år.

Flerårsuppföljning

Varje år skickas tvåårsuppföljning ut per post till 100 slumpvis utvalda patienter bland dem som besvarade ett-årsuppföljningen föregående år. Dessa 100 får sedan en årlig uppföljning så länge de lever. Antalet patienter med tvåårsuppföljning ackumuleras varje år. Hittills har registret uppföljning på 244 patienter efter två år, 162 efter tre år, 88 efter fyra år, och 34 efter fem år. Dessa resultat redovisas inte i denna årsrapport.

Bortfall

Patienter som får en höft- eller knäprotes innan de har besvarat ettårsuppföljningen markeras i BOA-registret som att de har avbrutit. Antalet som finns registrerade som opererade med protes i höft eller knä före ettårsuppföljning är 3 066 patienter, vilket motsvarar 8% av alla i registret. Höftbesvär är vanligare i gruppen som opereras jämfört med övriga (52 vs 29%), det är en något större andel män bland de opererade jämfört med gruppen som inte opereras (33 vs 30%) och patienterna som opereras verkar vara något äldre än gruppen som inte opereras (67,6 vs. 65,4) (Tabell 16, Tabell 17).

Även patienter som avbryter av någon annan anledning än protesoperation ska markeras i registret. Totalt har 4 387 patienter (11 %) avbrutit artrosskolan av någon annan anledning än operation vid utgången av 2014. Även bland dem som avbryter artrosskolan finns det en större andel män jämfört med gruppen som inte avbryter (36 % vs. 30 %). Till skillnad från de som blir opererade är gruppen som avbryter något yngre än övriga (64,6 vs. 65,7) (Tabell 18, Tabell 19).

Bortfall i BOA-registret kan även bero på att patienten inte kallats till återbesök hos fysioterapeut av någon anledning, att uppföljningsformuläret inte matats in, eller att patienten avlidit. Hur bortfallet fördelas per lands-ting kan ses i Resultat (Figur 9, sid 14).

Tabell 16. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga.

	Män	Kvinnor	Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
			Höft	Knä	
Antal opererade (%)	1 019 (33,2)	2 047 (66,8)	1 605 (52,3)	1 461 (47,7)	764 (24,9)
Antal ej opererade (%)	10 799 (30,1)	25 135 (69,9)	10 419 (29,0)	25 501 (71,0)	10 276 (28,6)

Tabell 17. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit opererade och övriga.

	Ålder	BMI
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)
Opererade	67,6 (8,4)	27,8 (4,5)
Ej opererade	65,4 (9,6)	28,0 (4,8)

Tabell 18. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit avbrutit och övriga.

	Män	Kvinnor	Mest besvärande led		Besvär från hand/fingerleder
			Höft	Knä	
Antal avbrutit (%)	1 565 (35,7)	2 822 (64,3)	1 284 (29,3)	3 102 (70,7)	1 216 (27,7)
Antal ej avbrutit (%)	10 253 (29,6)	24 360 (70,4)	10 740 (31,0)	23 860 (69,0)	9 824 (28,4)

Tabell 19. Deskriptiva karakteristika för dem som blivit avbrutit och övriga.

	Ålder	BMI
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)
Avbrutit	64,6 (10,9)	28,3 (5,0)
Ej avbrutit	65,7 (9,4)	28,0 (4,7)

Kliniska karakteristika för patienter i BOA-registret

Patientens skattade ledbesvär

I BOA-registret registreras patienter med besvär från höft- eller knäled. Många patienter har besvär från både höft och knä. I denna rapport skiljer vi inte ut patienter med besvär från flera leder från dem med enstaka ledbesvär. Indelningen i höft- och knäartros baseras på fysioterapeutens bedömning vid första besök och i de flesta fall stämmer det med vad patienten upplever. Sammantaget angav enbart 667 patienter (2 %) mest besvär från en annan led än vad som framkom vid fysioterapeutens undersökning och bedömning.

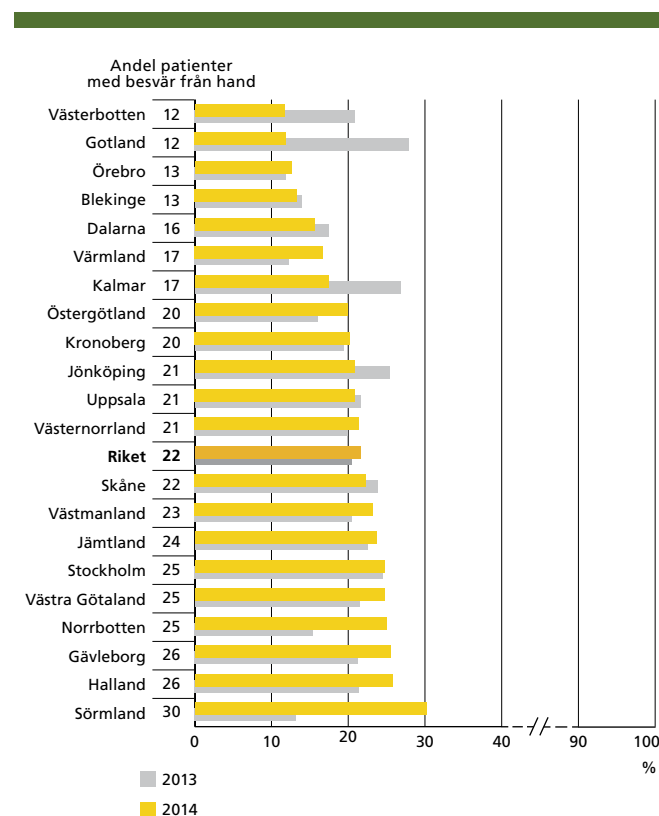
Många patienter med höft- och knäartros har också besvär från sina händer som påverkar deras aktiviteter i dagliga livet. I artrosskolan är även patienter med enbart handartros välkomna, men enbart de som har höft- eller knäbesvär i tillägg till sina handbesvär registreras i nuläget. Ett utvecklingsarbete pågår för att på sikt kunna registrera även dem med enbart handbesvär. Höft- eller knäartros i kombination med fingerledsartros kan vara en indikation på mer generaliserad artros, som drabbar flera leder i kroppen (tre eller fler ledsystem). I BOA-

registret ser vi att drygt var femte patient rapporterar att de också har besvär från sina hand- eller fingerleder (Figur 38 och Figur 39). Ett forskningsprojekt som jämfört smärta, hälsorelaterad livskvalitet samt effekten av artrosskola för patienter med och utan handbesvär visar att patienter med handbesvär skattar större problem initialt, men rapporterar en likvärdig förbättring i absoluta tal som de utan handbesvär (se kapitel Forskning, sid 65).

Sedan september 2012 kan patienterna, förutom mest besvärande led, även ange om de har besvär från en eller båda höfterna, knäna och/eller händerna. Sex av tio patienter anger att de har besvär från mer än en led. Fyrtio procent har besvär från flera ledsystem, det vill säga exempelvis höft och knä, eller 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 (29 %), därefter kombinationen höft och knä (19 %) (Figur 40).

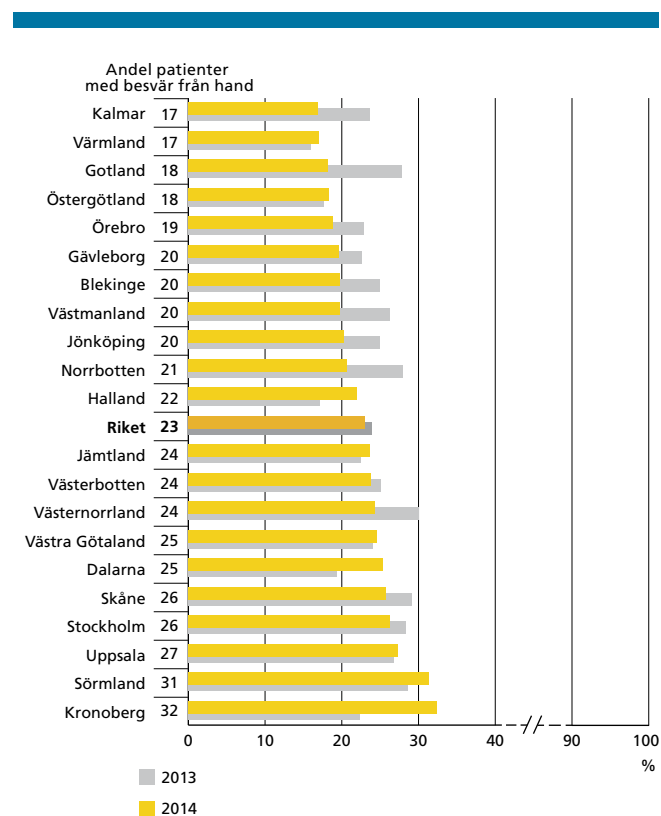
Efter tre månader angav 699 patienter (4 % av alla som har tremånadersuppföljning) att de inte längre hade några besvär. Av dem som var besvärsfria efter tre månader var 37 % fortfarande besvärsfria efter ett år.

Figur 38. Höft. Andel patienter med besvär i hand vid första besöket 2013–2014.*

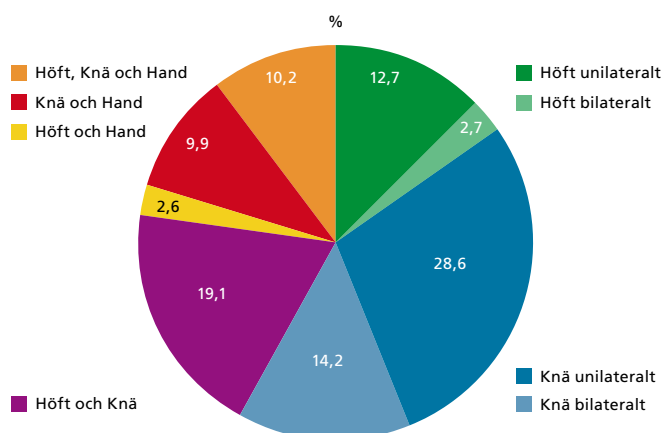


*Vissa landsting har färre än 50 registreringar per år.

Figur 39. Knä. Andel patienter med besvär i hand vid första besöket 2013–2014.



Figur 40. Andel patienter med besvär från en eller flera leder, september 2012–2014.

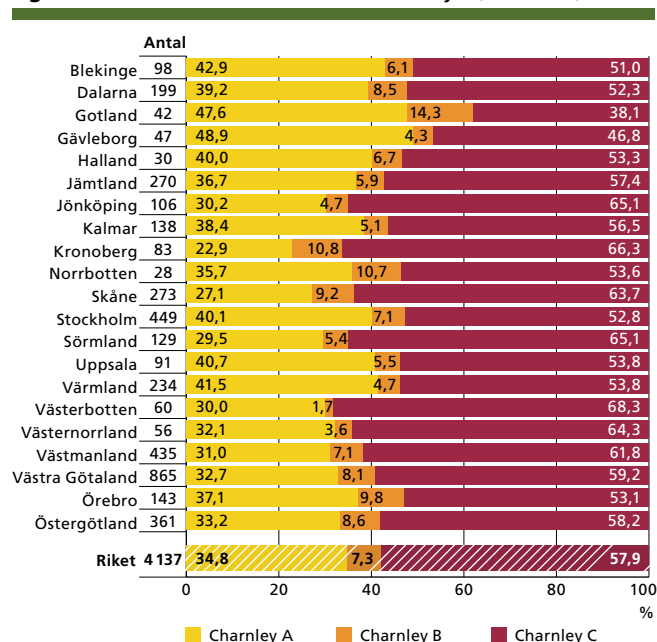


Charnley kategorier

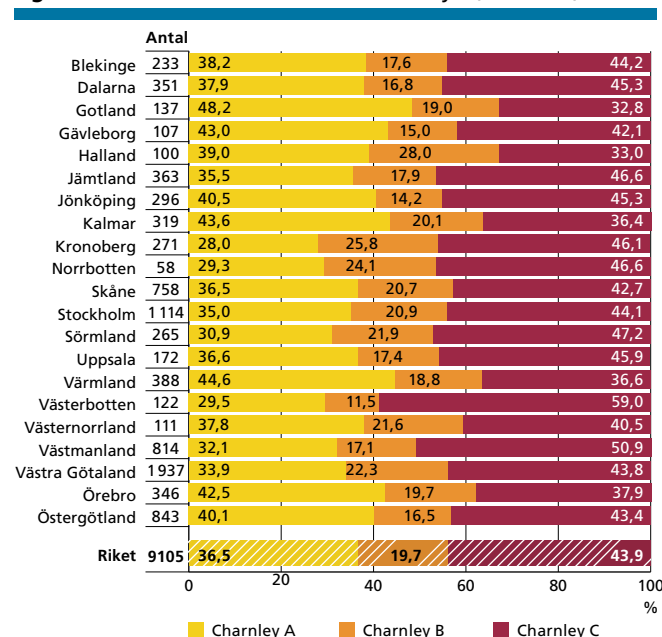
Charnley-kategori är ett enkelt sätt att mäta samsjuklighet, eller komorbiditet. Charnley kategori A betyder unilaterala besvär, kategori B betyder bilaterala besvär, och kategori C innebär besvär från både höft och knä eller annan sjukdom som påverkar gångförmågan. Charnley-kategori beräknas i princip utifrån två frågor: ”Har du besvär från den andra höften/knät?” och ”Har du av någon annan anledning svårt att gå?” Det här är givetvis ett grovt mått på samsjuklighet, då det kan finnas flera diagnoser eller besvär som inte påverkar gångförmågan.

Dock kan man säga att kategori C skattar sig som mindre mobila än kategori A och B. Figur 41 och 42 visar fördelningen av Charnley-kategorier i BOA-registret för patienterna som inkluderats under 2014. En tredjedel av patienterna har besvär enbart från en led, medan 58% av dem med höftartros och 44% av dem med knäartros anger andra orsaker till gångsvårigheter än artros i den aktuella leden. Artrosskolan har sannolikt bäst effekt på dem med Charnley kategori A.

Figur 41. Höft. Antal och andel Charnley A, B och C, 2014.



Figur 42. Knä. Antal och andel Charnley A, B och C, 2014.



Ålder

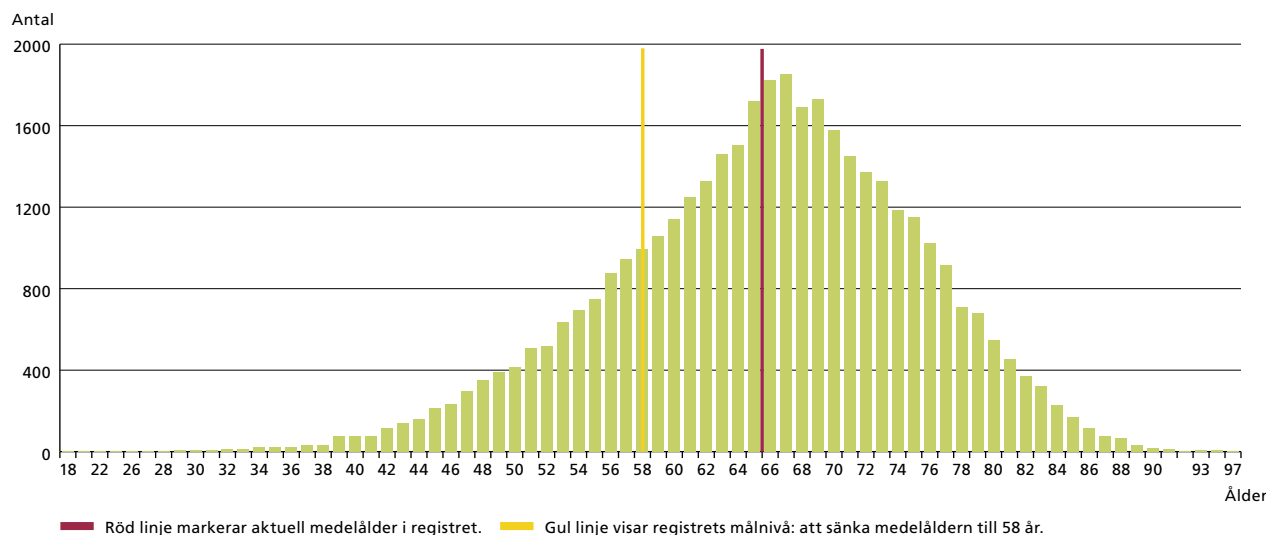
De första symtomen på artros kan ofta noteras redan vid 40-års ålder eller tidigare, även om det är vanligt att såväl den drabbade som sjukvården då söker andra förklaringar än artros. Forskning har dock visat att ihållande ledsmärta utan andra förklaringar i de allra flesta fall är första tecknet på artros. Förekomsten av artros ökar med stigande ålder eftersom den som får artros har kvar sin sjukdom genom livet, även om symtomen varierar över tid. Medelåldern i den totala populationen i BOA-registret är 65,6 år. Den yngsta individen är 18 år och den äldsta 97 år. Åldersfördelningen i hela registret kan ses i Figur 43. Den största andelen patienter (40 %) i BOA-registret återfinns i åldersgruppen 65–74 år och totalt sett är 57 % av patienterna i registret över 65 år (Tabell 20).

Ett av BOAs mål är att nå patienter tidigare i sjukdomsförloppet, och därmed sänka medelåldern för patienter som inkluderas i BOA-registret. Vi ser ingen tendens till detta ännu (Figur 44).

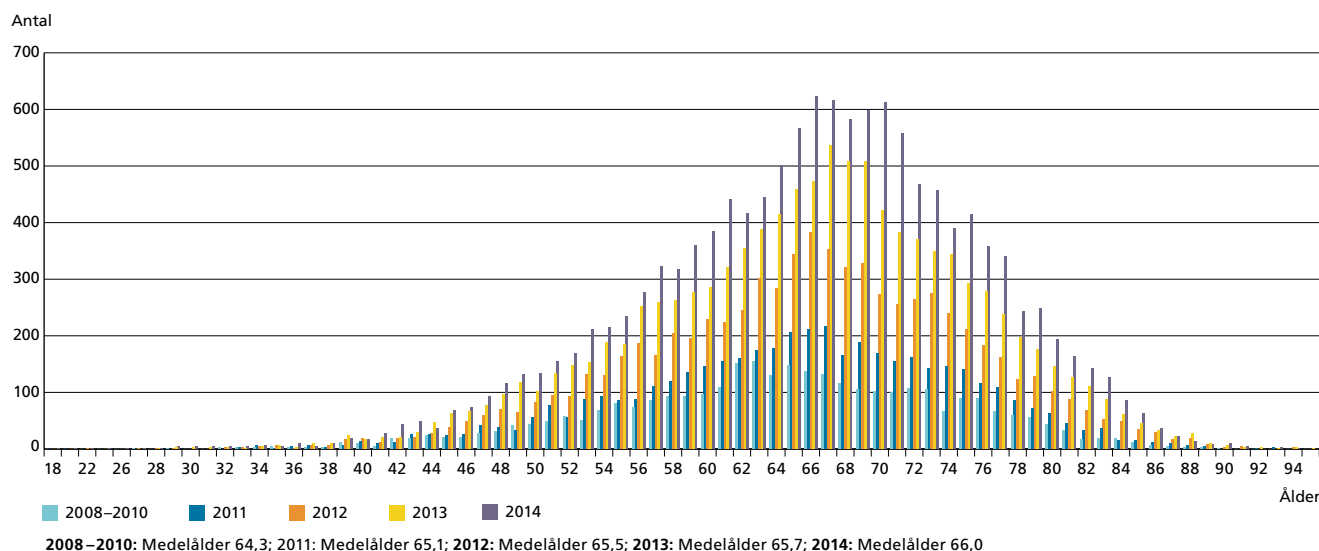
Tabell 20. Åldersfördelning i BOA-registret.

Ålder	Antal	Andel %
≤44	827	2
45–54	4251	11
55–64	11 302	29
65–74	15 726	40
75–84	6 392	16
≥85	502	1
Totalt (medel (SD))	39 000 (65,6 (9,6))	100

Figur 43. Åldersfördelning i BOA-registret, 2008–2014.



Figur 44. Åldersfördelning i BOA-registret per verksamhetsår, från 2008–2010 till 2014.





Kön

Studier av artrosförekomst i befolkningen (prevalens) visar att det är något fler män än kvinnor som har artros i åldersgruppen under 45 år. Det kan bero på att män oftare utövar kontaktidrott som fotboll och handboll och där ådrar sig leddskada som kan ge tidig symtomgivande artros. Ungefär hälften av alla som har drabbats av exempelvis meniskskada utvecklar artros 10–15 år senare. En meniskskada i 20-årsåldern kan alltså leda till artros i 35-årsåldern. I högre åldrar är det vanligare med artros bland kvinnor och totalt sett är prevalensen av artros vanligare hos kvinnor. I BOA-registret är 70 % kvinnor. Det stämmer väl med hur könsfördelningen har beskrivits i studier. I kapitel Genusperspektiv i BOA (sidan 54) redovisas deskriptiva data och resultat uppdelat på män och kvinnor.

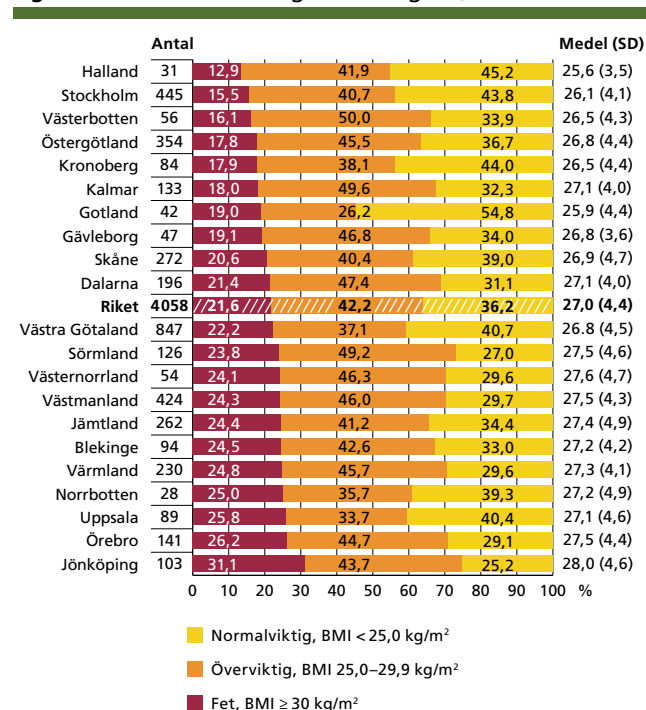
BMI

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 (symtomgivande höftartros) och risk för protesoperation. 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 Världshälsoorganisationen WHO vid 25 kg/m², övervikt innebär ett BMI mellan 25,0 och 29,99 och personer med ett BMI på 30 eller mer kategoriseras som feta. BMI är ett grovt mått och kan för mycket muskulösa personer ge ett missvisande resultat. I BOA-registret studerar vi medelvärden för grupper av individer. På så sätt får enstaka värden mindre betydelse. För att få pålitliga värden bör längd och vikt mätas med längdmätare och våg. I BOA-registret är BMI i de flesta fall baserade på patientens självrapporterade uppgifter och bör därför tolkas med en viss försiktighet. I somliga fall handlar det totala antalet om relativt få patienter, vilket gör att enstaka värden får större betydelse.

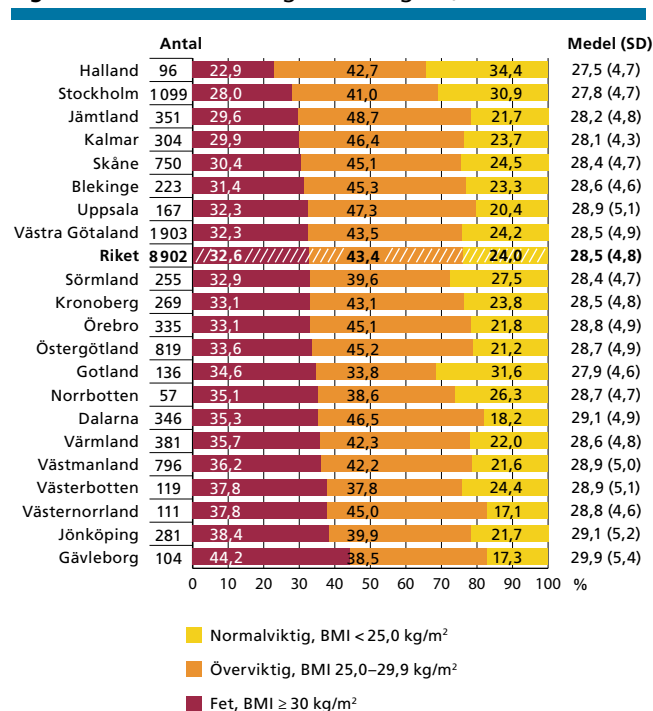
Patienten anger sin vikt vid artrosskolans start och sedan januari 2015 även vid ettårsuppföljningen. Viktreduktion ingår som en väsentlig del i grundbehandlingen av artros. Såväl viktreduktion som ökad fysisk aktivitet innebär livsstilsförändringar för de flesta patienter med artros. Fysioterapeuters kompetens ligger främst inom området fysisk aktivitet och anpassad träning, varför artrosskolans fokus är att öka den fysiska aktivitetsnivån snarare än att minska kroppsvikten. Patienter med höftartros hade ett BMI på 27,0 (SD 4,4) kg/m² jämfört

med 28,5 (SD 4,8) kg/m² för dem med knäartros, som framgår av Figur 45 och 46. Drygt var tredje patient med höftartros var normalviktig och var fjärde med knäartros. En tredjedel av patienterna med knäartros var feta jämfört med en femtedel av patienterna med höftartros.

Figur 45. Höft. Fördelning av BMI kg/m², 2014.



Figur 46. Knä. Fördelning av BMI kg/m², 2014.



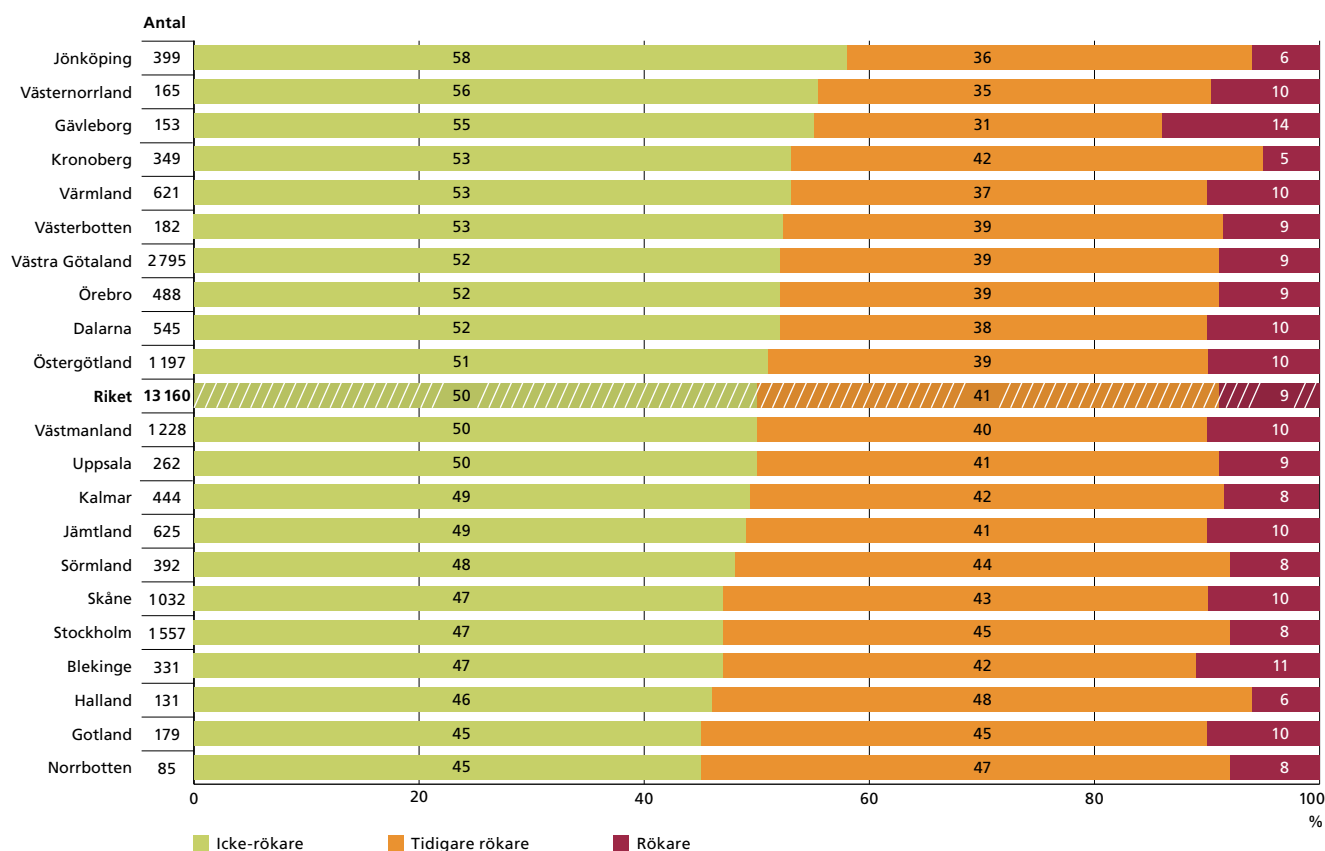
Andel rökare

Rökning medför många kända hälsorisker och rökstopp är på flera håll en förutsättning för operation, eftersom rökning ger en försämrad sårhäkning. Frågor om rökvanor och erbjudande om rådgivande samtal till rökare ingår också i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Sedan september 2012 innehåller BOA-registret en fråga om rökvanor. Kopplingen mellan artros och rökning är inte helt klarlagd och resultaten

är motsägelsefulla. Genom att samla in information om rökvanor i BOA-registret har vi på sikt möjlighet att studera effekt av rökning på upplevd smärta, hälsorelaterad livskvalitet och resultat av artrosskola.

I Figur 47 visas andelen rökare bland patienter på första besök i artrosskolan per landsting för år 2014.

Figur 47. Rökvanor vid första besök i artrosskola, 2014.



Civilstatus och sjukskrivning

Språksvårigheter är inte något hinder för att få informationen i artrosskolan, men undervisningen sker då lämpligen individuellt. Personer som har svårigheter att läsa och förstå svenska kan ha svårt att besvara frågeformulären, som ännu inte finns på andra språk. En förutsättning för att registreras i BOA-registret idag är att patienten har god förståelse för svenska språket, vilket gör att vi i registret inte har någon stor andel utlandsfödda. Från och med 2015 är det dock möjligt att registrera om patienten har fyllt i formuläret med hjälp av tolk.

Artros drabbar en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder. I BOA-registret är 43 % av patienterna under 65 år. Sjukskrivning, sjukersättning och produktionsbortfall står för stora andelar av samhällskostnaderna till följd av artros. I BOA-registret anger 13 % av dem som inkluderades med knäartros under 2014 att de är sjukskrivna och 8 % av dem med höftartros. Enbart sjukskrivning utan annan åtgärd har ingen eller mycket begränsad effekt vid artros i höft och knä. Ett av målen med BOA är att med kunskap och individuellt anpassad träning minska sjukskrivning till följd av artros i höft och knä.

Tabell 21. Höft. Karakteristika för patienter som har varit på uppföljning hos fysioterapeut 3 månader efter artrosskola, 2014.

	Antal patienter*	Civilstatus				Född i Sverige		Sjukskriven**		Sjukskriven** > 3 månader	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal*	%	Antal*	%						
Blekinge	79	56	72,7	21	27,3	75	94,9	6	8,0	0	0,0
Dalarna	154	118	76,6	36	23,4	143	93,5	12	8,1	3	2,0
Gotland	36	27	75,0	9	25,0	36	100,0	4	11,4	1	2,9
Gävleborg	16	13	81,3	3	18,8	15	93,8	3	18,8	2	12,5
Halland	27	22	81,5	5	18,5	26	96,3	1	3,7	0	0,0
Jämtland	216	147	68,1	69	31,9	211	97,7	16	7,5	9	4,2
Jönköping	71	53	74,6	18	25,4	69	97,2	5	7,2	1	1,4
Kalmar	98	72	73,5	26	26,5	93	94,9	6	6,5	1	1,1
Kronoberg	77	62	80,5	15	19,5	73	94,8	6	7,8	2	2,6
Norrbottnen	20	14	70,0	6	30,0	20	100,0	2	10,5	0	0,0
Skåne	189	138	73,4	50	26,6	174	92,6	10	5,5	5	2,7
Stockholm	338	221	66,0	114	34,0	297	88,1	14	4,3	9	2,8
Sörmland	64	51	81,0	12	19,0	55	85,9	3	4,8	1	1,6
Uppsala	75	59	78,7	16	21,3	71	94,7	6	8,1	3	4,1
Värmland	135	99	73,3	36	26,7	124	91,9	16	12,9	5	4,0
Västerbotten	47	34	73,9	12	26,1	45	97,8	5	11,1	1	2,2
Västernorrland	38	23	60,5	15	39,5	37	97,4	2	5,3	1	2,6
Västmanland	298	223	74,8	75	25,2	259	87,5	37	13,2	17	6,1
Västra Götaland	499	354	71,1	144	28,9	466	93,4	45	9,4	15	3,2
Örebro	84	63	75,0	21	25,0	75	89,3	4	4,9	1	1,2
Östergötland	283	212	75,7	68	24,3	268	95,0	23	8,8	13	5,0
Riket	2 844	2 061	72,8	771	27,2	2 632	92,8	226	8,3	90	3,3

Personer med artros som har fysiskt tunga arbeten bör sannolikt fundera på möjligheterna till mindre belastande arbetsuppgifter. Långvarigt stillasittande påverkar också artrossjukdomen negativt. Ett arbete med omväxlande arbetsuppgifter eller möjlighet till förflyttningar och rörelse kan i många fall ses som en aktivitet som kan bidra till att minska besvären till följd av artros, precis som fysisk aktivitet. Arbete bidrar också till att lägga fokus på faktorer utanför den egna kroppen, vilket kan bidra till att distrahera smärta.

I Tabell 21 och 22 syns civilstatus och andel sjukskrivna för patienter som varit på tremånadersuppföljning under 2014. För uppgift om hur stor andel av patienterna som varit på första besök som också följts upp efter tre månader hänvisas till kapitel Resultat, (Figur 9, sid 14).

Tabell 22. Knä. Karakteristika för patienter som har varit på uppföljning hos fysioterapeut 3 månader efter artrosskola, 2014.

	Antal patienter*	Civilstatus				Född i Sverige		Sjukskriven**		Sjukskriven** > 3 månader	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal*	%	Antal*	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	154	125	81,2	29	18,8	149	96,8	25	16,9	5	3,4
Dalarna	251	178	70,9	73	29,1	238	94,8	31	12,8	5	2,1
Gotland	129	108	83,7	21	16,3	120	93,0	17	13,2	3	2,3
Gävleborg	48	35	72,9	13	27,1	46	97,9	8	17,4	2	4,3
Halland	85	66	77,6	19	22,4	79	92,9	9	11,0	0	0,0
Jämtland	301	203	67,7	97	32,3	293	98,0	34	11,6	13	4,5
Jönköping	196	146	74,9	49	25,1	182	93,3	22	11,5	7	3,7
Kalmar	213	167	78,8	45	21,2	203	95,8	24	11,5	3	1,4
Kronoberg	252	187	74,2	65	25,8	225	89,3	32	12,7	10	4,0
Norrbottnen	53	36	67,9	17	32,1	50	94,3	11	22,9	4	8,3
Skåne	602	414	69,0	186	31,0	523	87,0	78	13,2	29	4,9
Stockholm	797	532	67,3	259	32,7	678	85,7	63	8,4	22	2,9
Sörmland	141	108	76,6	33	23,4	126	89,4	15	10,9	5	3,6
Uppsala	150	105	70,9	43	29,1	141	94,6	26	17,4	10	6,7
Värmland	267	201	75,3	66	24,7	251	94,0	28	10,8	5	1,9
Västerbotten	129	95	73,6	34	26,4	126	97,7	12	9,5	3	2,4
Västernorrland	73	56	76,7	17	23,3	70	95,9	12	17,1	3	4,4
Västmanland	579	430	74,3	149	25,7	495	85,8	77	13,9	25	4,5
Västra Götaland	1 279	910	71,2	368	28,8	1149	89,9	181	14,4	55	4,4
Örebro	225	180	80,4	44	19,6	212	95,1	34	15,7	5	2,3
Östergötland	580	444	77,2	131	22,8	546	94,8	67	12,3	15	2,8
Riket	6 504	4 726	72,9	1 758	27,1	5 902	91,1	806	12,8	229	3,6

Tidigare åtgärder

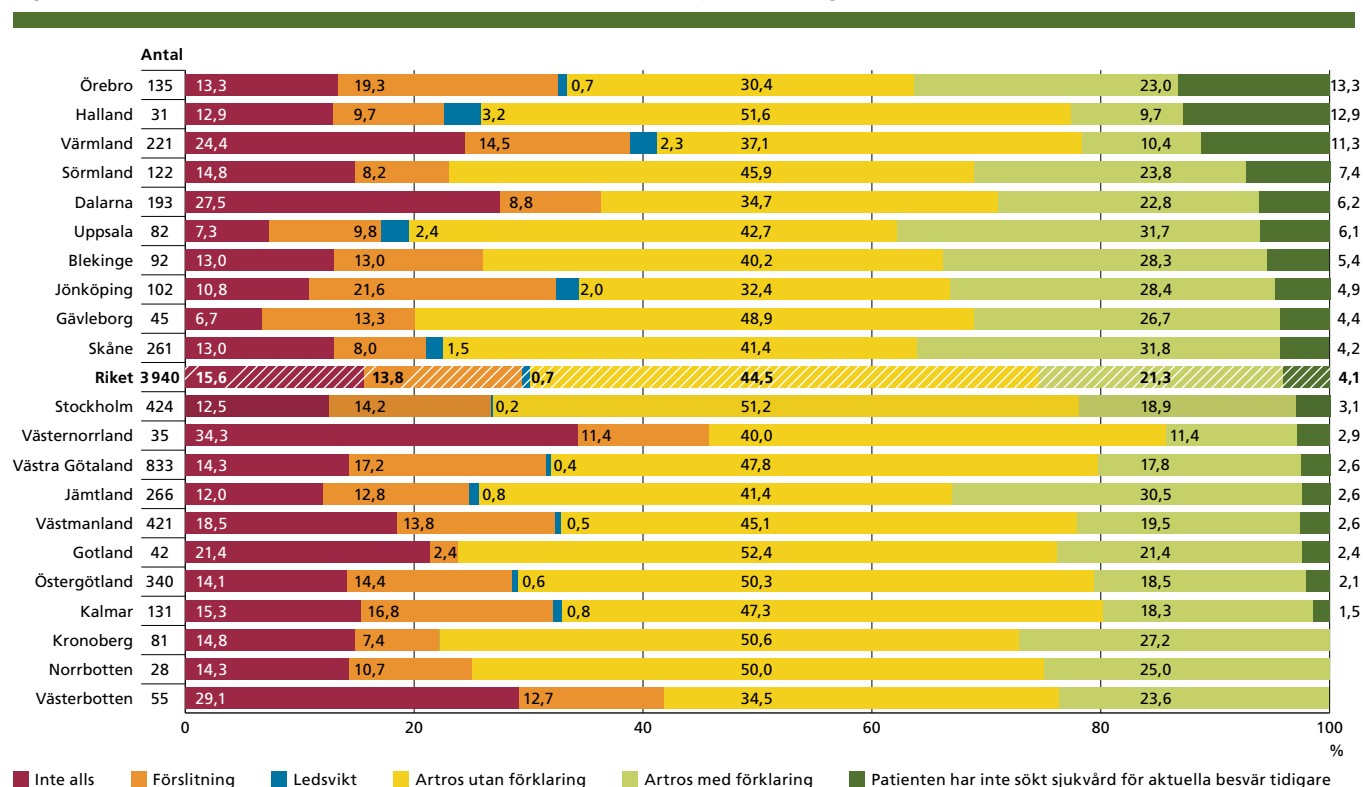
Vad har patienten fått för förklaring av sina besvär

Ibland får patienten höra att artros är "förslitning" av lederna. Valet av beskrivande ord är olyckligt eftersom det för tankarna till uttjänta leder som man inte ska "slita" mer på genom aktivitet. I själva verket visar forskningen att brosket mår bra av dynamisk belastning som vid promenader, cykling och motionsaktivitet. Risken för artros och ohälsa är större bland dem som inte rör på sig än bland de som gör det. Vi vill att artros ska kallas för just artros, på samma sätt som diabetes är ett vedertaget begrepp istället för sockersjuka. Det är viktigt

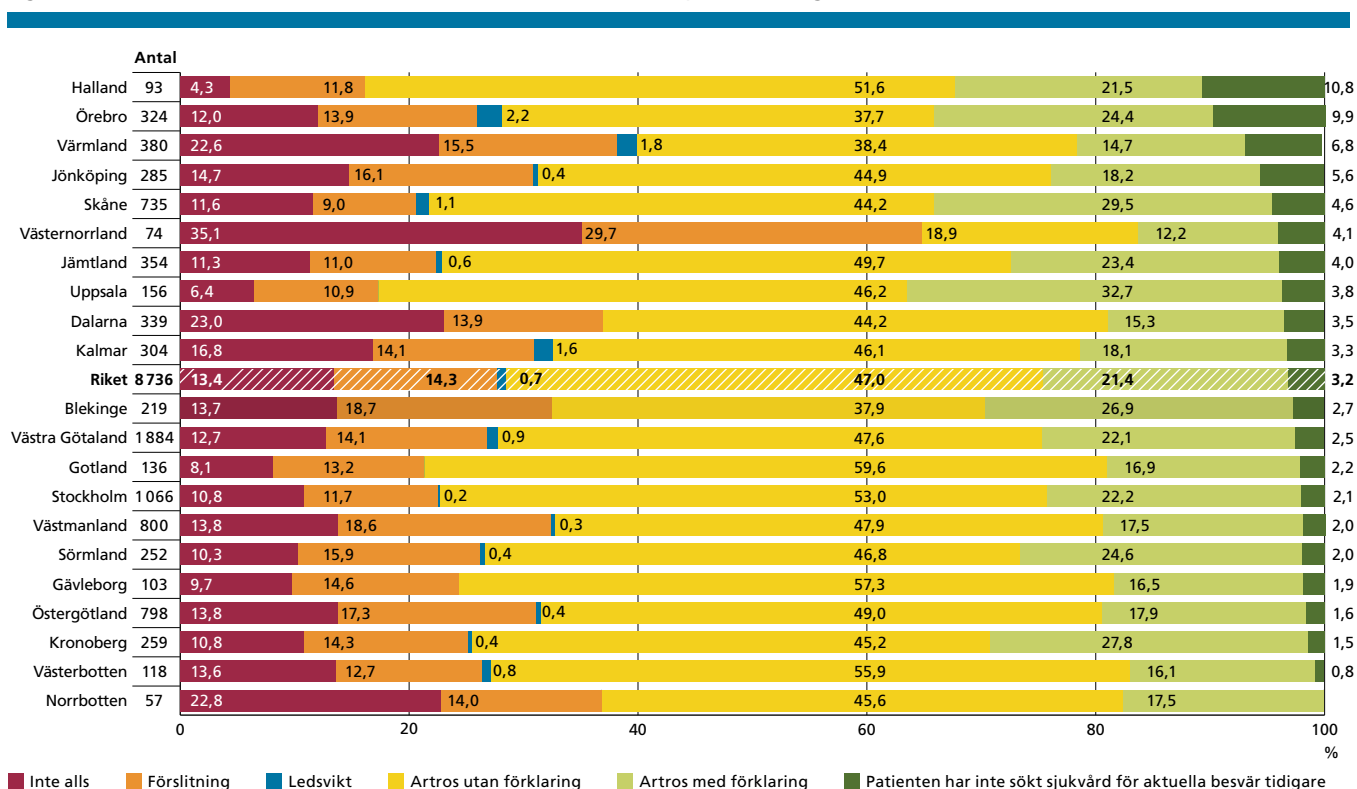
att den som är drabbad känner till vad artros innebär, nämligen att 1) artros är en sjukdom som drabbar hela leden – inte bara brosket; 2) det föreligger en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning i leden, där de nedbrytande faktorerna är för stora; 3) det finns mycket man kan göra själv för att påverka symtom och funktion.

Många har fått veta att de har artros, men vet inte vad artros innebär eller vad man ska göra åt det (Figur 48 och 49).

Figur 48. Höft. Hur besvären har förklarats före artrosskolan på landstingsnivå, 2014.



Figur 49. Knä. Hur besvären har förklarats före artrosskolan på landstingsnivå, 2014.



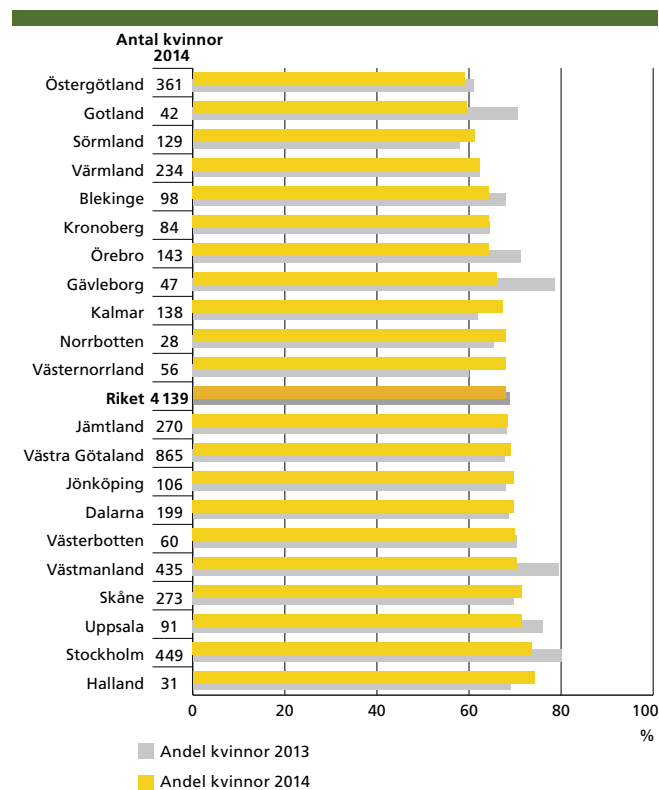
Genusperspektiv i BOA

Det är fler kvinnor än män som drabbas av artros. I BOA-registret har en större andel av kvinnorna besvär från flera ledsystem, men når lika stor förbättring av smärtan som männen. En större andel av männen är rörelserädda och avbryter artrosskolan.

Andelen kvinnor i BOA-registret är sjuttio procent

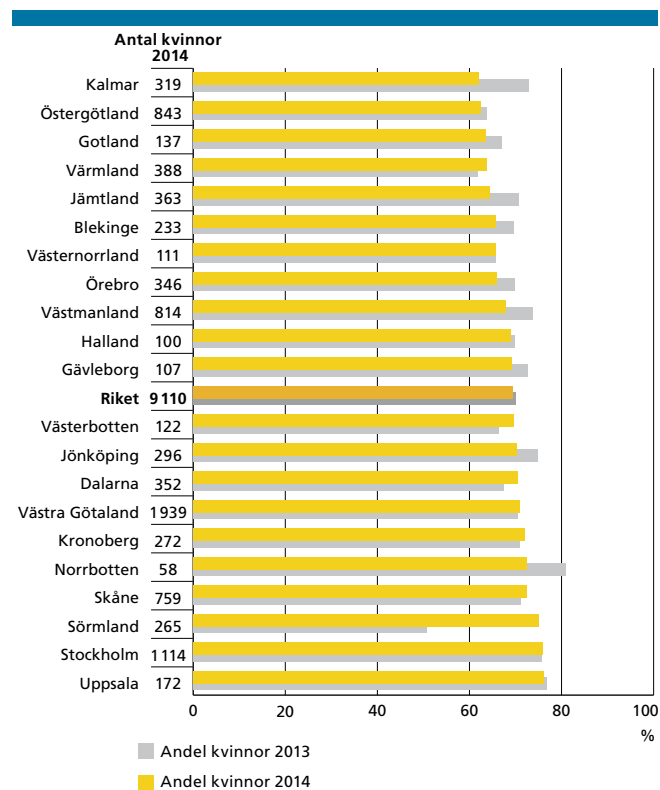
Studier av artrosförekomst i befolkningen (prevalens) visar att det är något fler män än kvinnor som har artros i åldersgruppen under 45 år medan det i högre åldrar är vanligare med artros bland kvinnor. I BOA-registret är 70 % kvinnor. Variationen i andel kvinnor i artrosskolan och registret mellan landsting är liten, vilket kan tala för att populationen är representativ.

Figur 50. Höft. Andel kvinnor vid första besöket 2013–2014.*



*Vissa landsting har färre än 50 registreringar per år.

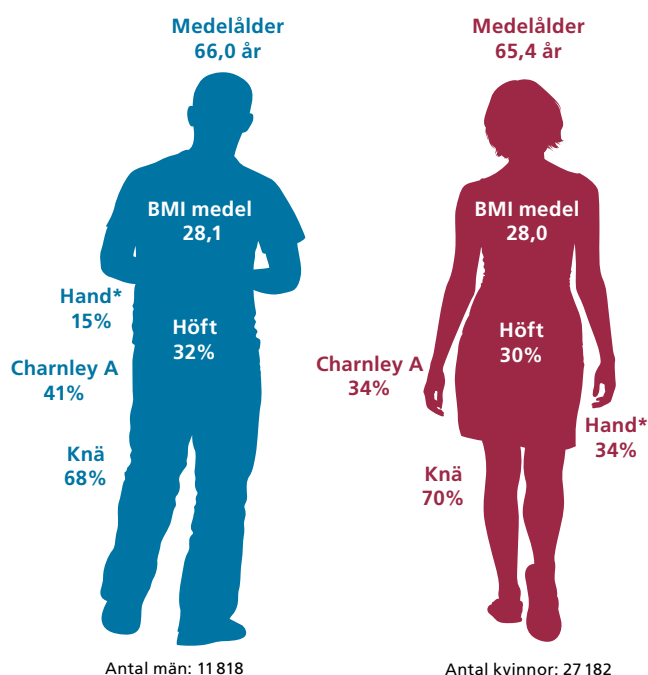
Figur 51. Knä. Andel kvinnor vid första besöket 2013–2014.



Kvinnor i BOA-registret har oftare besvär från flera leder

Kvinnor i BOA-registret har oftare handbesvär än männen. Kvinnorna har också oftare besvär från både höft och knä eller andra sjukdomar som påverkar deras gångförmåga (Charnley C). Sammantaget kan detta tala för att kvinnor i större utsträckning har generaliserad artros, det vill säga artros som drabbar fler ledsystem, som möjligen ger kvinnorna sämre förutsättningar för ett lyckat resultat efter artrosskola.

Figur 52. Ålder, BMI, andel med mest besvär från höft eller knä, handbesvär och unilaterala besvär för män och kvinnor.



*Andel av dem med höft eller knäbesvär som även anger besvär från hand/fingerled.

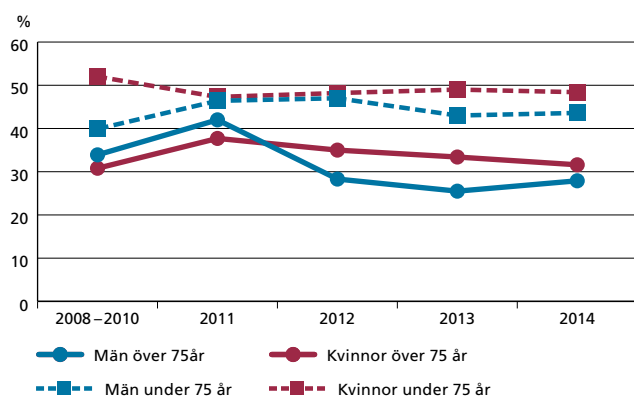
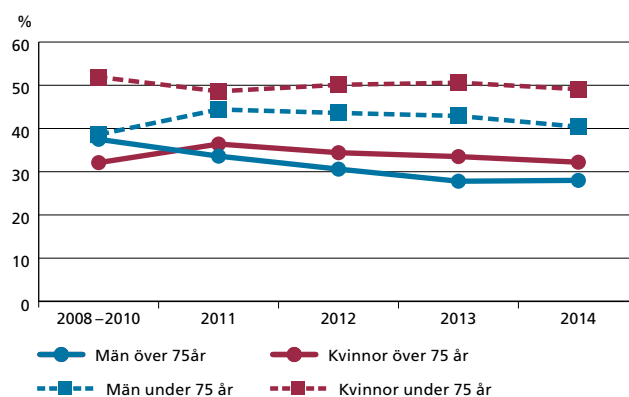
Tabell 23. Ålder, BMI och Charnley index för män och kvinnor vid första besök, 2014.

	Män		Kvinnor	
	Höft	Knä	Höft	Knä
Antal	1 329	2 789	2 810	6 321
Medelålder	67,1	66,3	66,8	65,2
Genomsnittlig BMI	27,5	28,4	26,8	28,6
Andel Charnley A (%)	39,2	40,9	32,7	34,5
Andel Charnley B (%)	8,5	23,2	6,7	18,1
Andel Charnley C (%)	52,2	35,8	60,5	47,4

Kvinnor tar oftare NSAID för sina ledbesvär

NSAID bör användas med försiktighet hos äldre personer på grund av biverkningsrisken. En av kvalitetsindikatorerna för Socialstyrelsens Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet är Andel personer med artros ≥ 75 år som förskrivits NSAID-behandling. Socialstyrelsen skriver i sin rapport Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre: "Cox-hämmare (NSAID) (M01A exkl. M01AX05): Används ibland hos äldre vid smärttillstånd där preparaten inte har några klara fördelar framför paracetamol (t.ex. artros). Vid behandling av äldre med dessa preparat föreligger en ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion. Förutom att cox-hämmare kan försämra en hjärtsvikt, kan de genom läkemedelsinteraktion minska effekten av såväl diuretika (loopdiuretika och i viss mån tiazider) som ACE-hämmare. Vidare tyder nya studier på att åtminstone vissa cox-hämmare (även de oselektiva) kan öka risken för hjärtinfarkt och stroke. Observera att vissa cox-hämmare finns att köpa receptfritt och därför kan införskaffas utan ordination, och därmed vetskap, från behandlande läkare."

Eftersom NSAID kan köpas på Pressbyrån eller i matbutiken är det svårt att kontrollera NSAID-användningen med hjälp av läkemedelsregistret, som enbart innehåller läkarförskrivna preparat. Det är inte heller säkert att patienten kommer ihåg att berätta om bruket av NSAID för behandlande läkare och undersökningar som har gjorts visar att patienter upplever att sjukvården sällan frågar vilka läkemedel patienten tar. Det finns inga säkra källor att hämta uppgifter ur, varför indikatorn blir svårtolkad. Det går därför inte heller att uttala sig om vad som är en lämplig målnivå för indikatorn. Lite vagt uttrycker Socialstyrelsen det som att "andelen bör vara lägre än bland personer under 75 år". BOA-registret innehåller självrapporterade uppgifter som visar att andelen över 75 år som anger att de tar NSAID är lägre än andelen under 75 år. Andelen kvinnor som äter NSAID är något större både för gruppen yngre och äldre än 75 år jämfört med andelen män. Orsaken till denna skillnad är inte känd.

Figur 53. Höft. Andel män respektive kvinnor över och under 75 år som tagit NSAID.**Figur 54. Knä.** Andel män respektive kvinnor över och under 75 år som tagit NSAID.

Civilstånd och sjukskrivning för män och kvinnor som varit på tremånadersuppföljning

Tabell 24. Höft. Karakteristika för patienter som varit på individuellt uppföljningsbesök efter tre månader, 2014.

	Antal besök*	Civilstatus				Född i Sverige		Sjukskriven**		Sjukskriven** > 3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal*	%	Antal*	%						
Man	867	700	81,2	162	18,8	801	92,7	69	8,3	24	2,9
Kvinna	1 977	1 361	69,1	609	30,9	1 831	92,8	157	8,3	66	3,5
Totalt	2 844	2 061	72,8	771	27,2	2 632	92,8	226	8,3	90	3,3

*Saknad data gör att antalet kan skilja sig åt mellan de olika variablerna.

**Sjukskrivning på grund av höft- eller knäbesvär.

Tabell 25. Knä. Karakteristika för patienter som varit på individuellt uppföljningsbesök efter tre månader, 2014.

	Antal besök*	Civilstatus				Född i Sverige		Sjukskriven**		Sjukskriven** > 3 mån	
		Sammanboende		Ensamboende		Antal	%	Antal	%	Antal	%
		Antal*	%	Antal*	%						
Man	1 892	1 540	81,8	343	18,2	1 755	93,2	217	11,8	45	2,4
Kvinna	4 612	3 186	69,2	1 415	30,8	4 147	90,2	589	13,2	184	4,1
Totalt	6 504	4 726	72,9	1 758	27,1	5 902	91,1	806	12,8	229	3,6

*Saknad data gör att antalet kan skilja sig åt mellan de olika variablerna.

**Sjukskrivning på grund av höft- eller knäbesvär.

Likvärdig förbättring av smärta efter artrosskola för män och kvinnor, men en större andel män är rörelserädda, vill bli opererade och blir det också

Artrosskolan har likvärdig effekt på smärtintensitet för män och kvinnor. En större andel av männen är dock rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet, vill bli opererade såväl inför som efter artrosskolan och avbryter också artrosskolan på grund av operation. En något större andel av männen avbryter också artrosskolan av andra orsaker än operation. Andelen otillräckligt fysiskt aktiva är större bland männen både före och efter artrosskolan, men andelen som ökar sin aktivitetsnivå efter tre månader är ungefär lika stor som för kvinnor. Det är en större andel kvinnor som använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka.

Tabell 26. Jämförelse mellan män och kvinnor vid första besök, 3 månader och 12 månader.

	Höft						Knä					
	Män			Kvinnor			Män			Kvinnor		
	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån	Första besök	3 mån	12 mån
Smärt-VAS	47,0	37,0	40,8	48,4	37,8	41,1	46,7	34,7	37,2	48,7	36,0	37,2
EQ5D	0,66	0,72	0,68	0,65	0,71	0,67	0,67	0,74	0,72	0,65	0,72	0,70
Andel med rörelserädsla (%)	20,6	6,9	11,4	11,1	3,2	5,4	22,3	7,8	13,2	15,3	4,7	7,0
Andel som använder artros-informationen varje vecka (%)		96,8	84,8		98,1	90,8		96,8	84,2		98,1	90,4
Andel som avbrutit (%)		9,2	19,2		6,6	13,5		10,1	17,9		6,9	13,2
Andel opererade (%)		11,8	32,3		8,9	24,4		11,3	22,7		7,6	17,2
Andel som vill opereras (%)	25,9	17,4	28,9	15,2	11,4	21,8	26,6	14,5	23,0	15,9	9,4	14,7
Andel otillräckligt fysiskt aktiva (%)	25,7	21,1	28,1	23,7	17,0	23,9	27,4	20,0	26,1	25,3	19,1	23,9

Förbättringsarbeten i BOA

Allt fler verksamhetschefer upptäcker nyttan med Nationella Kvalitetsregister i den egna verksamheten. I BOA-registret kan man följa effekten av en fysioterapeutisk intervention, artrosskolan, men också lära sig mer om resursutnyttjande och kvalitet i vården. Resultaten från BOA kan användas för att förbättra hela vårdkedjan för patienter med artros i höft och knä.

Att använda registerdata till nytta för patienterna och verksamheten

Användandet av Nationella Kvalitetsregister i verksamheten är fortfarande relativt nytt för fysioterapeuter. Det finns ett behov av ökad kunskap om potentialen med kvalitetsregister inom vården och om förbättringskunskap, både på grundutbildningsnivå och för kliniskt verksamma fysioterapeuter. För att ett register ska vara till nytta för patienterna på den enskilda mottagningen krävs det 1) att fysioterapeuterna har tid avsatt för att registrera; och 2) att det finns tid för att hämta ut och studera de egna resultaten och fundera över möjliga förbättringsområden. En ytterligare faktor som sannolikt bidrar starkt till användandet av data är om resultaten efterfrågas av verksamhetschef eller motsvarande. Att diskutera resultaten på arbetsplatsträffar är också ett stimulerande sätt att använda data för att effektivisera rutiner och minimera tidstjuvar i verksamheten. Genom BOA har vi möjlighet att sprida praktisk förbättringskunskap. Vi ordnar endagsutbildning både som uppdragsutbildning och i egen regi för att öka antalet enheter som rapporterar till BOA-registret och för att öka kunskapen om hur man kan hämta ut och använda de egna resultaten i verksamheten. Genom att enheterna använder sina resultat upptäcks också lättare eventuella felaktigheter i inmatningen och kvaliteten på data ökar.

Arbete med att implementera arbetssätt enligt BOA för patienter med artros i Västra Götalandsregionen

Vårdval Rehab (VVR) infördes i Västra Götalandsregionen den 1 september 2014 och antalet rehabenheter i drift uppgick 2015-03-31 till 84 stycken.

I Krav- och kvalitetsboken (KoK) p 2.3 står: Rehabenheten ska följa BOA-registrets rekommendationer angående bättre omhändertagande av patienter med artros, det vill säga erbjuda artrosskola, registrera i det Nationella Kvalitetsregistret BOA samt använda kvalitetsregistret för att följa upp den egna verksamheten och kontinuerligt förbättringsarbete.

Syftet med skrivningen i KoK, att rehabenheterna ska erbjuda artrosskola och registrera i det Nationella

Kvalitetsregistret BOA, är att patienter med artros får en likvärdig och evidensbaserad vård. Kravet har bidragit till att denna standardiserade patientutbildning/artrosskola snart finns i alla kommuner i Västra Götaland.

Alla rehabenheter i VVR får efter ett par månader i drift ett första dialogbesök av medicinsk revision från Vårdvalsenheten. Då har bland annat uppföljning gjorts avseende hur rehabenheten har kommit igång med artrosskola. Alla rehabenheter bedriver artrosskola eller planerar att gå utbildning i konceptet för att kunna erbjuda artrosskola och registrera i kvalitetsregistret.

VVR har kvalitets- och uppföljningsindikatorer där två av dem (ID-nr 27 och 28) följer upp följsamheten till BOA-konceptet samt registrering i BOA-registret. Läs mer om indikatorerna under Vård och hälsa/För vårdgivare/VG Primärvård på www.vgregion.se. En målrelaterad ersättning är kopplad till registrering i BOA-registret. Samverkan mellan medicinsk revision VVR, BOA-registret och Registercentrum Västra Götaland ger möjlighet att följa upp kvalitet och resultat för respektive rehabenhet.

För mer information kontakta medicinsk revision Vårdval Rehab; vardval.rehab@vgregion.se.

Artrosomhändertagandet i Kalmar län

Syftet med projektet är att förbättra artrosomhändertagandet i Kalmar län genom att fler patienter i arbetsför ålder som söker hälso- och sjukvården för besvär av artros i knä, höft och hand deltar i artrosskola enligt BOA-konceptet och registreras i BOA-registret.

Under projektiden april 2014 till april 2015 har personalen på länets hälsocentraler informerats om artros och artrosskolor och hur de kan hänvisa patienter till artrosskola/fysioterapeut. Länets arbetsterapeuter och fysioterapeuter, såväl inom landstinget som privat, har fått möjlighet att gå utbildning för att hålla artrosskolor. En ny mottagningsmodell har prövats på en distriktsrehabiliteringsenhet i länet i form av en öppen mottagning för patienter med artros. Syftet med

mottagningsformen var att förbättra patientflödet och uppnå ett mer strukturerat arbetssätt för aktuell patientgrupp.

Resultatet visar att 51 % av dem som registreras i BOA-registret är i åldern 16–67 år. Antalet nyregistreringar i alla åldersgrupper har ökat med 40 % jämfört med motsvarande tidsperiod året före, från 176 registrerade deltagare till 247. Medelåldern har sänkts från 65,8 år 2013 till 65,1 år. Vid 1-årsuppföljningen uppgav 93 % av deltagarna att de använder vad de lärt sig i artrosskolan minst varje vecka. Andelen deltagare som blivit röntgade före artrosskolan har minskat med 7 procentenheter, från 89 % till 82 %. I jämförelse mellan projektets mätperioder ses en antydning till att heltidssjukskrivningarna har ökat medan deltidssjukskrivningarna har minskat.

I syfte att få vetskap om hur många deltagare i länets artrosskolor som enbart har besvär från händerna har en rutin skapats för att räkna dessa.

Genom rätt behandling och information tidigare i sjukdomsförloppet, kommer patienterna med besvär av artros själva att kunna ta beslut om lämplig strategi i vardagen, vad gäller till exempel dosering av träning och upplägg av dagliga aktiviteter som gynnar deras sjukdomsbild och som i förlängningen också påverkar sjukskrivningstalet. När nu flertalet av berörd personal i landsting och privat hälsovård informerats om ovanstående, är vår förhoppning att fler patienter deltar i artrosskolorna eller vid behov får informationen till sig individuellt.

*Helen Lilja,
kontaktperson för BOA i Kalmar län*

Vårdprocessöversyn ledde till fler artrosskolor i Västmanland

Artrosskola enligt BOA infördes på bred front i Västmanland från och med 2014. Införandet skedde som en del i en översyn av hela Vårdprocessen för patienter som drabbats av höft-/knäartros. Ingången i arbetet var inte att införa artrosskola enligt BOA. Processöversynen gjordes då det fanns indikationer från flera håll att artrosvården inte fungerade optimalt. Ortopedkliniken upplevde att många av de som remitterades inte var aktuella för operation och att de inte hade fått adekvat vård fram tills att remiss skrevs. Därför kände man sig tvungen att starta en artrosskola i egen regi. Utfallet var lyckat för de patienter som genomgick deras artrosskola. De allra flesta var nöjda med artrosskolan och valde

efter detta att inte träffa en ortoped. När vi undersökte närmare hur vårdgivare ansåg att artrosvården fungerade eller inte fungerade så visade det sig bl a följande problem:

- Avsaknad av tydliga riktlinjer
- Långa väntetider till ortoped
- Artrosskola på fel vårdnivå
- Dålig kommunikation mellan primärvård/specialistvård
- Ojämn vårdkvalitet beroende på vårdgivare

Vi bestämde oss då för att införa artrosskola på primärvårdsnivå, skriva kliniska/diagnostiska riktlinjer för vilka som ska hänvisas till artrosskola, skriva vårdprogram för höft-/knäartros (primärvård) samt uppdatera samverkansavtal mellan primärvård och ortopedklinik. Utmaningen i det arbetet låg framförallt i att lyckas införa artrosskola på primärvårdsnivå på bred front. Förutsättningarna när det gäller antal sjukgymnaster i primärvård i Västmanland är att det finns ca 20 st på offentligt drivna vårdcentraler, ca 18 st på mindre sjukhus i Köping och Sala, ca 25 st på vårdavtal samt ytterligare drygt 40 st med så kallad etablering. Vårdval Västmanland fattade beslut att göra en upphandling av artrosskola med syfte att fånga upp de privata sjukgymnasterna för att genomföra ett visst antal artrosskolor per år. Avtal tecknades också med den offentligt drivna vården. I avtalen står bland annat hur många artrosskolor varje enhet tar på sig att genomföra, att man registrerar i BOA-registret samt ekonomiska förutsättningar för varje genomförd artrosskola.

Förutom införandet av artrosskola så har det skrivits vårdprogram, uppdaterats samverkansavtal samt skrivits diagnostiska/kliniska riktlinjer för vilka som ska hänvisas till artrosskola. Detta har fått god spridning i verksamheter oavsett driftsform då det varit gott deltagande i form av läkare och sjukgymnaster i diverse arbetsgrupper.

Detta har resulterat i att artrosskolor nu finns på samtliga orter i Västmanland. Vi har en kapacitet att ta emot 1 500 personer per år i artrosskola i primärvården. Av de remisser som kommer in till ortopedkliniken så har ca 90 % genomgått artrosskola innan remiss skrivs. Det totala remissinflödet till ortopedkliniken med höft-/knäartros har minskat med 25 % på ett år. Väntetiden från att remiss skrivs tills du får träffa en ortoped har minskat från 100 dagar till <50 dagar.

*Patrik Andersson,
kontaktperson för BOA i Västmanland*

BOA i Landstinget Blekinge: Registerdata som underlag till förbättringsarbete

De Nationella kvalitetsregistren genererar en stor mängd medicinska data. Många registrerar, men det saknas tid, och ibland kunskap, för att analysera och tolka data. Sedan hösten 2014 har vi i Landstinget Blekinge därför arbetat med ett projekt som vi valt att kalla LAG – Landstingets analysgrupp. I detta projekt har vi samlat verksamhets-, register-, data-, statistik- och förbättringskunniga för att tillsammans utveckla en struktur för att bättre kunna utnyttja registerdata. När vi ser vad data visar kan vi sedan i nästa steg initiera förbättringsarbeten som utvecklar vården.

Två enheter har arbetat med data från BOA-registret. Rehabenheten Linden och Karlskrona Rehabcenter har deltagit med var sitt förbättringsteam. Arbetet inleddes med erfarenhetsutbyte mellan teamen. Därefter har de arbetat med kartläggning av patientens väg och de har även lärt sig ta fram och hantera data från registret. Registerdata inhämtades från år 2010 och framåt.



Dessa datafiler har sedan bearbetats i en presentationsmodul gjord i programmet Qlikview. Registerdata visas där i olika diagram och tabeller och man kan själv göra olika dataurval som är av intresse. Tillsammans med statistiker och register-/förbättringskunniga har teamen fått reflektera kring enhetens data och fått hjälp och stöd med analys och tolkning av resultaten. Vi fann ett partiellt bortfall inom enskilda variabler och av tremånadersuppföljningar, vilket påverkar datakvaliteten och kan riskera fel i analysen.

Med den insikten inriktades det första förbättringsarbetet på att förbättra datakvaliteten. Teamen har undersökt orsakerna till den låga följsamheten. Det har bl.a. resulterat i förbättrade rutiner, kontinuerliga uppföljningar på arbetsplatsträffar och förbättringar i kallelsesystemet. Båda teamen har nu både ökat täckningsgrad och reducerat bortfallet. Täckningsgraden ligger nu på 80 %. Arbetet med data på det här sättet har gett verksamheterna en djupare förståelse för hur man kan följa effekter av behandlingen för patienterna genom registerdata.

Samarbetet och dialogen som förts i LAG-gruppen har resulterat i ökat intresse och insikt i värdet av att använda kvalitetsregister, liksom betydelsen av god datakvalitet. Resultaten i BOA blev mer begripliga när man bröt ner det på enhetsnivå och fick en grafisk bild presenterad. Det har också skapat engagemang, entusiasm och nyfikenhet för förbättringsarbete baserat på registerdata.

Teamen kan nu tydligt se andra områden som de behöver arbeta med för att förbättra vården för artrospatienterna. Nästa steg blir nu att sprida arbetet inom LAG till övriga enheter som arbetar med artrosskolor och kvalitetsregistret BOA inom Landstinget Blekinge.

Kristina Borén, projektledare



Landstingets analysgrupp i Blekinge. Från vänster främre rad: Kristina Borén (Projektledare), Susanne Albrecht (RC Syd), Inga-Lill Sjöbäck (läkarsekreterare, Linden) Tobias Arveteg (administratör, KRC). **Från vänster bakre rad:** Patrik Lind (fysioterapeut, KRC), Lena Petersson (arbetsterapeut, KRC), Sylvia Andersson (fysioterapeut, Linden), Mona Trulsson (fysioterapeut, KRC), Amanda Karlsson (fysioterapeut, Linden), Tadeusz Szablewski (verksamhetsanalytiker, avdelningen för Kunskapsstöd).

Implementeringsprojekt i Landstinget Västernorrland 2014

Landstinget i Västernorrland har länge varit en vit fläck på BOA-kartan. Många av de patienter som sökt hälso- och sjukvård för sina besvär i höft- och eller knä har heller inte fått möjligheten att träffa en sjukgymnast/fysioterapeut. Våren 2011 började Hälsocentralen i Matfors att använda sig av konceptet BOA. Några år senare startades även artrosskolor enligt BOA vid Sidsjö Vårdcentral i Sundsvall samt Hälsocentralen Ankaret i Örnsköldsvik men sedan tog det stopp.

En stor faktor till att spridningen av artrosskola enligt BOA i Västernorrland inte slagit kraft har varit svårt att hitta rätt informationskanal. Idén till att införa BOA som gemensamt omhändertagande av artrospatienterna har kommit utifrån verksamheten och inte från ledningshåll, vilket tyvärr kan ha bidragit till att förslaget hamnat

lågt i prioritering. År 2014 skedde en förändring och under hösten anordnades en utbildning i BOA artrosskola och registerkunskap där 21 enheter deltog. Från två enheter deltog även arbetsterapeuten. I december 2014 uppgav 16 enheter de hade för avsikt att starta upp artrosskola enligt BOA-konceptet. De 5 enheter som inte kommer att starta upp angav brist på personal, motstånd från chef samt att de vill fortsätta att använda sig av annan modell.

Det kvarstår en hel del arbete med framför allt informations-spridning och stöttning av de verksamheter som nyligen startat upp. Förslag finns och utreds kring att införa BOA i regelboken för primärvården.

*Kerstin Frænell leg. sjukgymnast
kontaktperson för BOA i Västernorrland*

Kontinuerligt förbättringsarbete

Enheten vid **Rörelse och Hälsa i Linköping** deltog i BOA-registrets förbättringsprojekt 2013–2014. Målet var initialt att förbättra aktivitetsnivån bland patienterna, men då man började studera siffrorna insåg man vikten av att se till att siffrorna verkligen kommer in i registret. Med ett stort antal saknade registreringar efter tre månader blev det svårt att mäta och tolka förändring över tid. Således fick man backa tillbaka ett steg för att se över rutinerna för insamling och registrering av data. Som ett led i detta satte man upp ytterligare mål, nämligen att 95 % av alla patienter som fullföljer artrosskola ska fylla i formulären fullständigt, och 95 % av de fullständigt ifyllda formulären ska registreras av fysioterapeut. Man bestämde sig för att följa de manualer som finns i registret och ta ut statistik månadsvis för att följa hur det går med registreringen och på så sätt kunna utvärdera resultaten på aktivitetsnivå.

När det gäller det primära målet för förbättringsarbetet var 83 % av enhetens artrosskolepatienter tillräckligt fysiskt aktiva efter 3 månader under perioden 140101–141231 (mot 84 % 130401–130930). Andelen inmatade formulär vid tremånadersuppföljning har ökat från 58 % under perioden 2013 till 79 % 2014. Det har således skett en förbättring med fler ifyllda och inmatade formulär som medför att siffrorna är mer säkra och rättvisa. Det krävs mycket arbete och påminnelse för att förvalta de förbättringar som införts samtidigt som det över lag är mycket på gång i verksamheterna och förändringar sker allt fortare, så konkurrensen om tiden är stor.

Genom förbättringsarbetet har enheten fått en ökad kunskap om kvalitetsregistret och använder idag inmatad data i större utsträckning, men saknar en direktfeedback där inmatad data i registret på ett lättare sätt kan följas kontinuerligt och vara ett mer stöd i vardagen.

Även **Närhälsan Rehabmottagning Trollhättan** deltog i förbättringsprojektet 2013–2014. Enhetens mål var att nå patienter tidigare i sjukdomsförloppet. Ett kortsiktigt mål var att sprida information om artrosskolan bland vårdgivare och då betona vikten av tidigt omhändertagande. Ett annat led i arbetet var att se över tillgängligheten till artrosskolan för patienter som är yrkesverksamma. Arbetet resulterade i en informativ, kortfattad och proffsigt illustrerad broschyr om artrosskolan för allmänheten, en affisch med kort information om artrosskolan som ska finnas på rehabmottagning, vårdcentraler och ortopedklinik, samt skriftlig informa-

tion till vårdpersonal för att förtydliga vad det är viktigt att tänka på vid hänvisning av patienter till artrosskolan. Enheten har fortsatt att informera om artrosskolan i olika sammanhang. Muntlig information om artrosskolan har givits på plats på alla vårdcentraler (utom en som har avböjt). Enheten har också medverkat i ett reportage om artrosskolan i lokaltidningen TTELA i mars 2014 och ska informera om resultatet av arbetet på ett professionsutvecklingsmöte på egna arbetsplatsen. Nu samlas synpunkter från deltagarna i artrosskolan om innehåll och tillgänglighet. Förbättringsarbetet har fått stå tillbaka en del under året på grund av införandet av vårdval rehab i Västra Götalandsregionen. Effekten, att man når patienter tidigare i sjukdomsförloppet, kommer sannolikt att synas i statistiken i BOA om ett eller två år. Enheten har väldigt nöjda patienter, 99 %. Patientbroschyren som utvecklades har bidragit till att fler patienter har haft en realistisk förväntan på artrosskolan och därigenom blivit mer beredda till interventionen.

Nystartade förbättringsarbeten

Efter ett lyckat men kort förbättringsprojekt under 2013–2014 inspirerades vi till att bjuda in nya enheter till ett nytt lite längre förbättringsprojekt. I samarbete med Registercentrum Västra Götaland inledde vi projektet "Ännu bättre". Sju enheter anmälde sitt intresse från start, men efter första halvåret har två enheter klivit av projektet, som pågår mellan december 2014 och februari 2016 och består av fem lärandeseminarier varvat med eget arbete på hemmaplan. Telefonavstämningar finns inplanerade mellan lärandeseminarierna.

Varje enhet kartlägger aktuellt läge och identifierar möjliga förbättringsområden med utgångspunkt i BOAs målnivåer. Varje enhet är unik och lägger upp sitt förbättringsarbete helt individuellt. Lärandeseminarierna utgår från PDSA ("förbättringshjulet") och innehåller teori men även tid för teamens eget arbete. På lärandeseminarierna finns goda möjligheter till inspiration, erfarenhetsutbyte mellan deltagande team samt stöd i planeringen och genomförandet av förbättringsprojekt.

Under hösten 2015 kommer vi också att inleda ett arbete för att stimulera och inspirera enheter i Västra Götalandsregionen att använda sina data i lokala förbättringsarbeten.

Patientsamverkan

Patienternas tankar och erfarenheter värderas högt i BOAs verksamhets alla delar, allt från utformning av och innehåll i artrosskolan och interventionen i sig till styrgrupp, forskargrupp och i utbildningen för professionen. Samverkan mellan profession och patientorganisation (Reumatikerförbundet) är gynnsamt för alla parter.

Reumatikerförbundets samarbete med BOA ger en unik patientmedverkan på flera plan. På riksnivå i BOAs styrgrupp (representerar både Reumatikerförbundet och patientperspektivet) och forskargrupp, på länsnivå där BOAs kontaktpersoner samverkar med Reumatikerdistriktens ansvariga för patientskoleverksamheten och på den lokala nivån där den lokala fysioterapeuten har kontakt med artrosinformatören i Reumatikerförbundet, som medverkar i artrosskolan. Patientmedverkan finns också i utbildningarna av fysioterapeuter/arbetsterapeuter, liksom BOA medverkar vid Reumatikerförbundets utbildning av informatörer. Betydelsen av samverkan betonas i utbildningarna, tillsammans med information kring hur det rent praktiskt går till.

I själva interventionen, artrosskolan, samverkar Reumatikerförbundets specialutbildade informatörer med fysioterapeuten/arbetsterapeuten. Artrosinformatören är en patient som själv har erfarenhet av att leva med artros och av nyttan med fysisk aktivitet. Informatören är med vid ett undervisningstillfälle och leder då en diskussion i hur man klarar att leva ett bra liv och ger tips och råd hur man kan hantera sin vardag, trots besvär. Informatören skall helt enkelt vara en god förebild för hur man kan gå vidare. Genom att involvera en patient (informatören) som själv har erfarenhet av att leva med artros nås ytterligare en infallsvinkel på budskapet att det inte är farligt att röra på sig när det gör ont och att träning är en bra behandling som fungerar.

Ett syfte med samverkan är bland annat att genom informatörerna öka följsamheten till behandling över tid hos deltagarna i artrosskolan genom att höja motivationen och betona det egna ansvaret för sin hälsa. Ett annat syfte är att via den lokala reumatikerförbundet kunna erbjuda de deltagare som inte känner sig hemma på ett gym och inte kan eller vill träna hemma en möjlighet till kontinuitet i träningen efter artrosskolans slut.

År 2014 genomfördes nära 1 200 artrosskolor i samverkan mellan patientförening och primärvård. Med ett ökande antal artrosskolor ökar även efterfrågan på informatörer. Under 2014 utbildades ca 75 nya informatörer genom Reumatikerförbundet och i dag finns det ca 200 verksamma informatörer runt om i landet, i alla Reumatikerförbundets 24 distrikt. Vissa landsting har fortfarande få utbildade informatörer (exempelvis Gotland, Kronoberg, Jönköping och Blekinge). Ofta kan informatörer från grannlandstingen åka över gränsen för att hjälpa till. En långsiktigt bättre lösning kan vara att rekrytera goda förebilder från artrosskolorna och låta dem gå utbildning till informatörer i Reumatikerförbundets regi.

Att verka som artrosinformatör

En av informatörerna engagerade sig av en slump. Roger gick artrosskolan och då artrosinformatören skulle medverka visade det sig att det inte fanns någon tillgänglig informatör. Roger, som hade erfarenhet av att leva med artros i knäna sedan drygt tjugo år och som gillade att "tjöta" erbjöd sig att prata om sina erfarenheter. Till saken hör att han tidigare har arbetat som föreläsare och utbildare. Efter detta tillfälle fick Roger frågan om han ville medverka på fler ställen och han har nu, via Reumatiker-

”Har man inte tid för 15 minuters träning om dagen har man nog andra problem”

förbundet, fått egen coachning i hur han ska hjälpa andra som informatör och han har turnerat under ett par års tid i Västsverige. Roger talar om erfarenheter, motivation, positivt tänkande och den viktiga sociala biten; delar som inte berörs på djupet under sjukvårdens lektioner i artrosskolan. Han har flera goda råd att dela med sig av och resonera kring, exempelvis "allt är möjligt". Negativt tänkande är förödande och att ge upp är inte något alternativ. Om du tränar några minuter direkt på morgonen är du redan en bit på väg i dagens träningspass när du äter frukost. Du slipper att gå och lägga dig med ångest eller att vakna med ångest över att inte ha gjort det du egentligen vet att du borde. Det

gäller att hitta motivationen. Vad är det som driver just dig? För Roger, som är en inbiten tävlingsmänniska och före detta idrottare, var det avgörande att träna tillsammans med andra. Att se en dam, 20 år äldre men med liknande besvär, utan vidare kliva upp och ner på stepbrädan när han själv inte kunde fick honom att säga till sjukgymnasten ”fixa så att jag också kan, annars slutar jag här”. Genom individanpassad träning kunde han efter sex veckor känna sig som en segrare, då han också klarade stepbrädan utan problem. Tävlingsinstinkten gav honom motivation.

”Har man inte tid för 15 minuters träning om dagen har man nog andra problem” menar Roger. Det handlar om att få in det i vardagen på ett smart sätt. Om du använder reklampausen på TV till att göra delar av din arthrosträning eller bryta inaktiviteten kan du ha gjort hela din dagliga träning under en film. Det finns så många sätt att träna. Han betonar vikten av upplägget i artrosskolan – att först lära sig vad artros är, sedan få tips från en som har egen erfarenhet, innan man går på den egna träningen. Träning i grupp ger en social tillhörighet och medför ofta en skön jargong i lokalen, eftersom deltagarna i artrosskolan redan har hunnit lära känna varandra en aning under teoridelen. Roger poängterar också att artrosskolan är ett bra hjälpmedel för många, men inte alltid den definitiva lösningen. Även om träningsprogrammet inte har fungerat fullt ut är det inte förgäves. Artrosskolan och träningen gör dig bättre rustad att klara av en eventuell operation.

Roger talar också om vikten av att tycka om sig själv, hela sig, även de delar av kroppen som inte är eller fungerar som man önskar. Njut av de dagar du mår bra – förstora dem för dig själv. Analysera orsaken till att du mår sämre vissa dagar för att försöka identifiera och bryta de vanor och rutiner som gör att du mår sämre. Du kan göra mycket själv för att få fler dagar att njuta av. Använd dina vänner för stöd och förståelse, men ta hand om dem även när livet flyter på för att ha dem kvar när du bäst behöver dem. Tänk också på att finnas till för dem. Att lyssna kan ge mycket tillbaka. ”Det finns en anledning till att vi har en mun och två öron.”

Varje informatör har sin egen historia men med en gemensam nämnare

En patient med artros i knäna upplever inte nödvändigtvis sina besvär likadant som en annan som också har artros i knäna, och säkert inte likadant som en som

har artros i händerna. Även informatörerna har sina personliga upplevelser och erfarenheter som utgångspunkt. De har artros i olika leder, somliga har protes och en del av dem har även andra sjukdomar. Det alla har gemensamt är erfarenheten av att livet fungerar bättre om man är aktiv. Ritva, som det senaste året har varit ute på ett artrosinformatörsuppdrag i veckan, har generaliserad artros. Hennes historia innehåller många av de gemensamma nämnare som informatörerna har. Hon insåg att hon behövde mer specifik träning för att kunna hantera sina ledbesvär än den hon hittills gjort. Det fick hon hjälp med av en fysioterapeut. Hon går till fysioterapeuten när hon har som mest besvär för att få tips och råd om hur hon kan anpassa sin träning. Hittills har hon klarat sina leder bra med hjälp av träning. Den enda led hon har behövt operera, efter 20 år med sjukdomen, är tumbasen. Den opererade hon när hon inte längre kunde växla på cykeln. Nu är hon så stark att hon inte känner sig rädd för att prova någon form av träning. På förmiddagen är hon piggare och orkar mer och väljer därför gärna att träna då. Om hon har bestämt sig för att träna så tränar hon, oavsett hur det känns innan. Hon anpassar istället träningen efter dagsformen. Det gör inget om hon inte kan göra allt varje gång. Hon betonar att träning ska vara lustfylld. Det finns många varianter och var och en behöver fundera över hur man vill fortsätta sin träning när man inte längre ska gå hos fysioterapeuten. Det viktigaste är att våga ta första steget, att faktiskt komma igång med sin egen aktivitet. Att hitta en träningskompis gör det svårare att backa ur träningen. Träning måste på något sätt bli en naturlig del av vardagen. Ritva talar även varmt om att vara aktiv utomhus. Genom att vara ute får man många intryck, man glömmar man lätt att man tränar och att det gör ont. Efter några hundra meter känns det ofta bättre.



Forskning

BOA-registret följer de rutiner för utlämning av data för forskning som har föreslagits av kansliet för Nationella Kvalitetsregister. Efter sekretessbedömning placeras den etikgodkända forskningsdatabasen på server vid Göteborgs universitet med hög krypteringsgrad och kan bara nås via så kallad 2-faktors autentisering som tilldelas de aktuella forskarna. Information, inklusive populärvetenskaplig sammanfattning, om forskningsprojekt som använder BOA-registrets data från flera huvudmän publiceras på www.boaregistret.se när forskningskontrakt är upprättat.

Pågående projekt

BOA har mottagit nio ansökningar om datautlämning för forskning. Nedan presenteras en kort sammanfattning av ett urval av pågående forskningsprojekt i BOA.

Tilltron till sin förmåga påverkar hur mycket man ökar sin fysiska aktivitet efter artrosskola

Åsa Degerstedt

Artros kan orsaka smärta och stelhet vilket kan leda till att man slutar röra på sig och därför också får en allmänt försämrad hälsa. Smärtan kan lindras av fysisk aktivitet och ett mål med artrosskolan är därför att ge kunskap om egenvård och stimulera till regelbunden fysisk aktivitet och träning. Tidigare studier har visat att chansen att lyckas öka sin fysiska aktivitetsnivå verkar vara större om man har god tilltro till sin egen förmåga att påverka besvären av sin sjukdom och känner sig säker på att man kan hantera vardagen trots eventuellt obehag.

I syfte att bedöma hur den tilltro man har till sin egen förmåga när man börjar artrosskolan påverkar förändring i fysisk aktivitetsnivå tre och tolv månader efter artrosskolan studerades data från totalt 11 907 personer som deltagit i artrosskolan. Deltagarna har uppgett hur många dagar de var fysiskt aktiva sammanlagt minst 30 minuter på en nivå som gör att man blir andfådd och varm under en typisk vecka. De angav också hur säkra de kände sig på att de kunde påverka sin smärta samt den trötthet, nedstämdhet och andra besvär som artros kan leda till.

Tilltron till sin förmåga att kunna påverka trötthet, nedstämdhet och andra symtom till följd av artros inför artrosskolan uppvisade ett samband med hur mycket man ökat sin aktivitetsnivå efter artrosskolan. Tilltron till sin förmåga att hantera smärta inför artrosskolan visade inget samband med hur mycket man lyckades öka sin fysiska aktivitet.

Reflektioner kring Arthritis Self-efficacy Scale-Swe av Personer med Höft- och/eller Knäartros – En Think-aloud Studie Baserad på Tio Djupintervjuer

Sofie Bergman

Tilltro till egen förmåga, self efficacy (SE) att påverka smärta och andra symtom hos personer med artros utvärderas i BOA-registret med två delskalor (elva frågor) ur Arthritis Self-Efficacy Scale-Swe (ASES-S). Vid kvalitetsgranskning av ASES-S validitet och reliabilitet har endast ett fåtal personer med artros testats. Klinisk erfarenhet har visat att frågorna i ASES-S är svåra att besvara för personer med artros i höft och/eller knä. I syfte att utforska reflektioner som personer med artros i höft och/eller knä uttryckte kring ifyllandet av ASES-S genomfördes en kvalitativ studie med tio djupintervjuer enligt metoden think-aloud. Patienterna rekryterades enligt ett strategiskt urval från en fysioterapiklinik i Stockholm. Materialet analyserades med innehållsanalys. Resultatet mynnade ut i tre teman med kategorier: Första temat "ASES-S validitet" beskrev reflektioner som kan påverka ASES-S validitet i negativ och/eller positiv riktning. Det andra temat "Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren" beskrev positiva och negativa tankar kopplade till informanternas självbild/symtombild. Det tredje temat "Utvärderingsinstruments validitet generellt" beskrev reflektioner kring faktorer som kan påverka validiteten vid ifyllande av utvärderingsinstrument generellt. Konklusion: ASES-S visades ha brister i validiteten för personer med höft och/eller knäartros. Utöver det påverkade frågorna i ASES-S personens tilltro till sin egen kunskap kring hanterandet av artrosrelaterade besvär. Self-efficacy är ett potent begrepp, men ASES-S har brister i validiteten för delskalorna smärta och andra symtom hos personer med artros i höft och/eller knä.

Effekt av artrosskola på fysisk aktivitetsnivå hos patienter med knä- eller höftartros

Anna Ernstgård

Artros är en av de ledande orsakerna till inaktivitet globalt. Inaktivitet är negativt både för sjukdomsbilden och ur hälsosynpunkt. För att bibehålla god hälsa rekommenderar Världshälsoorganisationen fysisk aktivitet med minst måttlig intensitet 150 minuter per vecka eller 30 min de flesta dagarna i veckan.

I en studie med data från BOA-registret undersöktes hur artrosskolan påverkar andelen patienter med artros som uppnår den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet efter tre respektive tolv månader. I studien analyserades även hur den fysiska aktivitetsnivån påverkas av övervikt, fetma, kön, ålder, artros i flera leder (höft- och knäled) eller samsjuklighet (förekomst av andra sjukdomar som påverkar gångförmågan). Hälsobefrämjande fysisk aktivitet definierades i studien som fysisk aktivitet med minst måttlig intensitet antingen 30 min per dag fyra eller fler dagar per vecka, eller minst 150 minuter per vecka. Den fysiska aktivitetsnivån bedömdes vid första besöket hos sjukgymnast, samt vid två uppföljningstillfällen, efter tre och 12 månader.

Artrosskolan gav efter tre månader en ökning av andelen patienter som uppnådde rekommenderad nivå av fysisk aktivitet från 77 % till 82 %. Förbättringen gick förlorad efter tolv månader. Att inte nå den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet var associerat med övervikt, fetma, manligt kön, artros i flera leder och förekomst av samsjuklighet. Artrosskolan är ett viktigt verktyg i syfte att öka graden av fysisk aktivitet i denna patientgrupp. För att få bestående förändringar gällande aktivitetsnivå kan fler uppföljningstillfällen efter avslutad artrosskola vara en lösning. Patienter med övervikt, fetma, flera drabbade leder eller samsjuklighet kan behöva extra stöd för att bibehålla rekommenderad nivå av fysisk aktivitet.

Information och fysisk träning för personer med artros i höft eller knä – en klinisk studie

Mia Johansson

Under åren 2008–2011 hölls artrosskola på ortopedkliniken i Umeå, Norrlands Universitetssjukhus för totalt 244 personer med höft- eller knäartros och som var remitterade till ortopederna från läkare i primärvården. Syftet med denna studie var att utvärdera artrosskolan med frågeformulär som mäter varje persons egen uppfattning om besvär relaterade till sitt knä eller sin höft

med ledspecifika instrument: Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) och Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS). De mäter smärta, symtom, aktivitet i dagliga livet, sport- och fritidsfunktion samt livskvalitet och finns tillgängliga på www.koos.nu.

Varje deltagare fick fylla i KOOS eller HOOS vid första sjukgymnastbesöket innan artrosskolan samt vid uppföljande besök efter 3 månader. Resultatet visar att de med knäartros förbättrades signifikant i KOOS alla delskalor medan patienter med höftartros förbättrades avseende smärta och symtom men inte i övrigt. Av de patienter som hänvisades till ortopedkliniken och erbjöds artrosskoland verkade kvinnor, 65 år och yngre, med knäartros ha störst nytta av artrosskolan. Ledrelaterad livskvalitet var den delskala som förbättrades mest.

Studien visar att artrosskola ger ett positivt resultat för personer med höft- eller knäartros som hänvisats till ortopedklinik. Resultatet överensstämmer med tidigare forskning i ämnet och styrker uppfattningen om att information och träning i strukturerad form bör erbjudas alla personer med symtom på artros.

Effekten av artrosinformatörens medverkan i artrosskola

My Ståhlberg

Syftet var att undersöka effekten av artrosinformatörens medverkan i artrosskola på självskattad smärta, livskvalitet, rädsla för att leden tar skada av fysisk aktivitet, tillämpning av kunskap från artrosskolan samt fysisk aktivitetsnivå.

I registret hade 6487 patienter följts upp efter tre och tolv månader före utgången av 2013 och därmed inkluderats i denna studie. Patienterna delades i två grupper, de som deltagit i en föreläsning med artrosinformatör och de som inte deltagit i en föreläsning med artrosinformatör. Grupperna var jämförbara vid baseline med avseende på ålder, kön, antal månader med besvär från aktuell led samt vilken led som var påverkad, höft eller knä, samt vad gäller VAS smärta, EQ5D samt antal aktivitetsminuter per vecka. 54,4 procent av patienterna deltog i en föreläsning med artrosinformatör.

Resultatet efter tre och tolv månader jämfördes för de två grupperna och visade ingen skillnad för de variabler som studerats vid en ojusterad jämförelse. Det är möjligt att informatören påverkar olika individer olika mycket, och

att 30–90 minuters samtal med en artrosinformatör inte är tillräckligt för att fånga en förändring på gruppnivå. För att fördjupa förståelsen kring betydelsen av artrosinformatörens medverkan för olika individer kan man använda sig av en kvalitativ studie.

Självskattad smärta och hälsorelaterad livskvalitet hos deltagare i artrosskola med handartros och utan handartros

Lice-lotte Johansson

I BOA-registret framkommer att en tredjedel av deltagarna har besvär i händerna, 37 % av kvinnorna och 17 % av männen. Vid en jämförelse av individer med och utan handbesvär, uppdelat på kön och ålder, angav kvinnor med handbesvär högst smärta och lägst livskvalitet vid första besök, medan män utan handbesvär skattade bäst värden på båda delskalorna. Samtliga deltagare upplevde minskad smärta enligt VAS efter artrosskola. Störst var minskningen för kvinnor under 65 år, utan handbesvär medan män över 65 år med handbesvär angav den lägsta förändringen.

Samtliga deltagare skattade ökad hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D vid tre månaders uppföljning. Den absoluta förändringen på gruppnivå var lika stor både för dem med och utan handbesvär. Störst förbättring sågs bland dem under 65 år utan handbesvär, medan den minsta skillnaden sågs för män över 65 år med handbesvär.

En jämförelse av de patienter med artros som väljer att träna respektive inte träna efter genomgången teoriundervisning i artrosskolan – en registerstudie

Anna-Marika Eggertsson

Av de patienter som registrerats i BOA-registret väljer 15–20 % bort den individuella träningsgenomgången. Denna studie har undersökt om dessa patienter skiljer sig från dem som väljer att delta i träningsgenomgång med avseende på ålder, kön, body mass index (BMI), civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, smärta, rörelserädsla, gångsvårighet, tidigare fysisk aktivitetsnivå, tilltro till sin egen förmåga och nöjdhet med artrosskolan.

Resultaten visar att personer som har högre tilltro till den egna förmågan att påverka sin smärta och sina symptom tenderar att i större utsträckning välja deltagande i träningsgenomgång. Inga signifikanta skillnader kunde ses mellan gruppen som valde att delta i träningsgenom-

gång jämfört med gruppen som valde att avstå avseende de övriga variablerna vid första besök. De patienter som har valt att delta i träningsgenomgång har bedömt artrosskolan som mycket ”mycket bra” i större utsträckning.

Nya projekt i BOA

Vidareutveckling av utvärderingsinstrument i BOA-registret

Sammantaget har studierna av Arthritis Self-Efficacy Scale lett fram till ett nytt arbete, där avsikten är att med hjälp av statistiska metoder (item-response analys) klargöra vilka av de elva frågorna som är informationsbärande, och därför väsentliga, och vilka som inte tillför ytterligare information till beräkningen av delskalorna i ASES-S. Syftet är att reducera antalet frågor utan att förlora information. På motsvarande sätt kommer de tio svarsalternativen som i nuläget finns på varje fråga (i form av Likkert skala) att analyseras och bearbetas för att kunna reduceras till färre svarsalternativ. Detta omarbetade formulär kommer möjligen att innehålla något annorlunda frågeformuleringar och därefter testas för validitet och reliabilitet i enlighet med rutiner vid utveckling av nya formulär. Målet är att ersätta de befintliga frågorna med de omarbetade, samt att kunna använda resultaten av item-response analysen för att ”räkna om” de data som redan finns insamlade i BOA-registret.

Publikationer i vetenskaplig tidskrift

Thorstensson, C.A., et al., Better Management of Patients with Osteoarthritis: Development and Nationwide Implementation of an Evidence-Based Supported Osteoarthritis Self-Management Programme. *Musculoskeletal Care*, 2014.

Diskussion

Artrosskolan fungerar

Artrosskolan leder till minskad smärta, bättre hälso-relaterad livskvalitet, minskad konsumtion av ledrelaterade läkemedel och ökad fysisk aktivitetsnivå. En opublicerad undersökning av vilka patienter som har bäst effekt av artrosskolan visar att artrosskolan verkar fungera lika bra oavsett ålder, kön, BMI, vilken led som är mest besvärande, hur svåra besvären är och aktivitetsnivå. Artrosskolan fungerar inte lika bra för alla patienter med artros, men de deskriptiva faktorerna som nämnts ovan påverkar inte hur stor andel av patienterna som förbättras eller hur stor förändringen blir i genomsnitt. Det är naturligtvis positivt, då vi på goda grunder kan rekommendera evidensbaserad behandling i form av artrosskola till alla med kliniskt diagnostiserad artros i höft eller knä. Vi har även gjort en ansats för att ta reda på vilket upplägg av artrosskola som ger bäst resultat. Inte heller här kan vi vid en grov första skattning se att det finns några tydliga tendenser till att ett upplägg ger bättre resultat än något annat. Dessa första analyser är ojusterade vilket kan dölja samband som orsakas av andra variabler. De fortsatta analyserna kommer att förfinas och justeras för faktorer som kan tänkas påverka utfallet, såsom exempelvis socioekonomi. Vi har även för avsikt att studera hur patientens följsamhet till artrosskolans innehåll eventuellt påverkar resultatet.

Nyheter i årets årsrapport

Indikatorer

I denna årsrapport har vi för första gången presenterat ett antal indikatorer som på sikt kan användas för att jämföra trend över tid och i förbättringsarbete, såsom exempelvis andel patienter som upplever tillräckligt stor minskning av smärta efter artrosskolan för att det ska vara kliniskt betydelsefullt, eller andel som faktiskt ökar sin fysiska aktivitetsnivå från otillräcklig till tillräcklig för att undvika ohälsa. Att jämföra andel som svarar på behandling, så kallade responders, ger ett resultat som inte direkt påverkas av enstaka värden på samma sätt som ett medelvärde. En nackdel med att rapportera andel patienter med förändring som är större än ett visst värde är den så kallade tak- och golfeffekten. Det innebär att de som redan har värden nära max- eller mingränsen inte kan förändras så mycket som krävs för att räknas

som förändrad. Dessa patienter kommer att hamna i gruppen oförändrade. För vissa indikatorer har vi därför valt att redovisa ”oförändrat bra” och ”oförändrat dålig”. BOA-registret har sedan tidigare valt målnivåer som kan användas för att mäta effekt på resultat och process: förbättring av EQ5D med 0,1 efter 12 månader, 80 % av patienterna ska uppnå 150 aktivitetsminuter efter 12 månader, medelåldern vid första besök ska sänkas till 58 år och andelen röntgade före artrosskolan ska minska. Socialstyrelsen har föreslagit att målnivån för andelen röntgade före artrosskola ska vara i intervallet 50 till 70 %. Dessa målnivåer är relativt högt satta och ”tröga” att förändra, det vill säga att det kan ta tid innan förändrings- och förbättringsarbeten ger effekt så att målnivåerna uppnås. Flera av indikatorerna är svåra att påverka genom det direkta arbetet i artrosskolan, exempelvis medelålder eller andel som röntgas. De nya föreslagna utvecklingsindikatorerna är i vissa fall mer relaterade till det kliniska arbetet på enheten. Vi kommer att gradvis testa och utvärdera indikatorernas validitet, för att på sikt kunna leverera några av dem till exempelvis Vården i siffror (läs mer om Vården i siffror på www.kvalitetsregister.se). För att stimulera till ökat användande av resultat ur registret pågår det ett arbete med att förbättra utdatafunktionerna och göra dem mer användarvänliga. Vår målsättning är att det ska finnas indikatorer riktade till beslutsfattare och verksamhetschefer, men också till användare, patienter och allmänhet, som stimulerar utveckling och förbättring.

Läkemedel

Fysisk aktivitet har lika god effekt på smärta vid artros som läkemedel. Förändring i patientrapporterad förbrukning av ledrelaterade läkemedel kan vara ett sätt att mäta effekt av artrosskolan. Det är dock inte så enkelt som att mäta andelen som säger att de slutat ta läkemedel. Somliga skulle behöva börja med smärtstillande läkemedel under en period och använda smärtlindringen till att komma igång med aktivitet. Många patienter med artros är emellertid rädda för att få biverkningar och vill därför inte ta läkemedel även om de har ont. De kan behöva lära sig när och hur man ska använda smärtstillande läkemedel för att kunna leva ett aktivt och bra liv. I BOA-registret frågar vi inte efter hur ofta eller hur mycket läkemedel som används. Inte heller om

läkemedlet har förskrivits av läkare eller köpts över disk. Detta är faktorer som behöver analyseras mer i detalj, tillsammans med vilka läkemedel som patienter slutar eller börjar använda, för att kunna dra några slutsatser om vad som är ett bra resultat. Landsting där en större andel slutar än börjar bör dock kunna sägas ha en god utveckling. Femtiofem procent av dem med knäartros tar fortfarande ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan men 20 % har slutat. Motsvarande siffra för höftartros är 60 % som fortfarande tar ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan och 15 % har slutat. Endast 6 % har börjat med ledrelaterade läkemedel efter artrosskolan.

Genusperspektivet

I år har vi valt att sammanställa och jämföra deskriptiva data och resultat för män och kvinnor i ett eget avsnitt, i syfte att belysa skillnader och likheter. Vi ser att kvinnor i BOA-registret oftare har besvär från hand och fingerleder än männen. Kvinnorna har också oftare besvär från både höft och knä eller andra sjukdomar som påverkar deras gångförmåga (Charnley C). Sammantaget kan detta tala för att kvinnor i större utsträckning har generaliserad artros, det vill säga artros som drabbar tre eller fler ledsystem vilket möjligen ger kvinnorna sämre förutsättningar för ett lyckat resultat efter artrosskola. Artrosskolan har emellertid en likvärdig effekt på smärtintensitet och aktivitetsnivå för män och kvinnor, vilket skulle tala för att de skillnader som finns initialt inte nämnvärt påverkar utfallet efter artrosskola. Skillnaderna mellan könen inför artrosskolan kan också tala för att kvinnor väntar längre innan de söker vård, eller att det tar längre tid innan de får adekvat hjälp. En större andel av männen är rädda att leden ska ta skada av fysisk aktivitet och en större andel anger att de helst vill bli opererade såväl inför som efter artrosskolan. Män avbryter också artrosskolan i större utsträckning, framför allt på grund av operation men även av andra orsaker. Kvinnor i artrosskolan tar till sig informationen och använder vad de lärt sig i större utsträckning än männen såväl efter tre månader som efter ett år. De könsskillnader som syns vid första besök skulle också kunna vara ett resultat av medvetna eller omedvetna skillnader i hur personal i vården bemöter patienter av samma eller motsatt kön. Det finns en rad studier som visar att sjukvården inte är könsneutral, bland annat har man påvisat skillnader i samtalstid, patientfokus och ordination av läkemedel mellan manliga och kvinnliga läkare. I artrosskolan liksom bland fysioterapeuter i primärvård arbetar företrädesvis kvinnor. Bland ortopederna är det en övervägande majoritet som är män. Två av tre patienter med

artros (i BOA-registret) är kvinnor. Om och hur denna könsfördelning eventuellt påverkar mäns och kvinnors följsamhet och inställning till behandling behöver belysas i större detalj och djup.

Allt fler patienter med artros får evidensbaserad behandling

Våra skattningar visar att mer än 80 000 personer, eller 1,9 % av befolkningen över 45 år, söker öppenvård årligen med diagnos artros i höft eller knä som orsak. Det är en liten ökning jämfört med registrets skattningar från tidigare år då siffran har legat på 1,5 %. Trots att detta handlar om personer med ont i lederna är det ändå glädjande att fler faktiskt söker vård. Andelen har ökat främst under 2014, då 3,2 % av befolkningen över 45 år sökte läkare i primärvård på grund av artros. Det finns ett stort mörkertal som aldrig söker eller har sökt hjälp för sina besvär i tron att det inte finns någon behandling att få. Beräkningar från Region Skåne visar att 25 % av befolkningen över 40 år har fått diagnos artros i någon led och att det uppskattningsvis finns många gånger fler individer som inte har sökt för sina besvär och således inte heller fått en diagnos.

Rätt information, inte bara *till* utan även *uppfattad av* mottagaren

Artros blir ett mer vedertaget begrepp för varje år och allt färre beskriver artros som "förslitning", vilket är glädjande. Fortfarande uppger dock var tredje patient att de inte fått någon information alls vad deras besvär kan bero på, eller fått veta att de har utslitna leder. Det är möjligt att vårdpersonal och läkare har informerat patienten på rätt sätt. Vad vården dessutom kan behöva säkerställa är att informationen också tas emot och förstås på rätt sätt. Av dem som påbörjade artrosskolan 2014 uppger många att de har fått information om att de har artros men de är inte säkra på vad artros är. Artros bör beskrivas som en allt vanligare (folk)sjukdom, med god prognos, som går att förebygga och behandla. De flesta och bästa behandlingarna är sådana som patienten själv kan lära sig att utföra, exempelvis i en artrosskola.

Optimering av resurser i vården

Fysioterapeuter är en relativt outnyttjad resurs i vården på många håll. Fysioterapeuter kan ställa diagnos artros enligt de kliniska kriterier som Socialstyrelsen föreskriver, samt initiera adekvat evidensbaserad behandling tidigt

i sjukdomsförloppet, och på så sätt avlasta primärvårds-läkare och ortopedmottagningar. Fortfarande vänder sig många patienter med ledbesvär till läkare. I genomsnitt sökte 3–4% av patienterna i BOA-registret fysioterapeut och artrosskolan direkt under 2014. Utvecklingen är blygsam i positiv riktning sedan föregående år. Det syns stora variationer mellan landstingen, vilket indikerar en förbättringspotential. I Örebro, Värmland och Halland kommer ungefär var tionde patient till artrosskolan direkt, utan att ha sökt vård tidigare. Även om detta är bäst hittills kan andelen öka betydligt. För att hänvisa patienter rätt i vården krävs såväl informationskampanjer till allmänheten som kunskap bland vårdpersonal och adekvat triagering. Flera landsting/regioner, bland annat Västra Götaland, Värmland och Västmanland, har infört vårdprogram för artros, där information och individuellt anpassad träning, som i artrosskolan, ingår som en väsentlig del. Patienter ska också ha träffat en fysioterapeut innan de hänvisas till ortopedmottagning. Med hjälp av data från Svenska Höftprotesregistret kan vi se att det finns stora variationer inom landet och även mellan sjukhus inom samma landsting/region. Andelen som uppger att de har gått artrosskola innan höftproteskirurgi varierar från noll till 75%. I genomsnitt har två av tre patienter träffat fysioterapeut för sina besvär innan de blir opererade med protes och var femte patient har gått artrosskola. Det är anmärkningsvärt att en tredjedel uppger att de aldrig har träffat en fysioterapeut innan det blir aktuellt med operation, med tanke på att undersökningar från bland annat Umeå och Västmanland visar att många patienter blir så hjälpta av information och individuellt anpassad träning att de avböjer eller skjuter upp operation. I Linköping, Arvika och Torsby har man de största andelarna patienter som har gått artrosskola preoperativt. I Värmland har artrosskolor för patienter med höftartros funnits relativt utbredd sedan 90-talet.

Totalt sett ökar belastningen på fysioterapimottagningar som kan behöva ökade resurser för att ta hand om en stor patientgrupp. I Socialstyrelsens riktlinjer från 2012 står det att det kommer att krävas mer resurser inom rehabilitering för att kunna implementera de nationella riktlinjerna för artros, där fokus till stor del är på insatser som kan erbjudas av fysioterapeuten. I Västmanland har man efter en omstrukturering och översyn av artrosvården sett att det totala remissinflödet till ortopedkliniken med höft-/knäartros har minskat med 25% sedan artrosskolor infördes på bred front i primärvården. Även väntetiden till ortoped har minskat från 100 dagar till <50 dagar. Liknande resultat har

tidigare visats i Jämtland. Rimligen bör detta generera besparingar som mer än väl räcker till att finansiera fler fysioterapeuter och artrosskolor. Enligt tidigare beräkningar från Gottsunda vårdcentral kostar artrosskolan runt 1 500 kronor per patient, att jämföra med en höftprotesoperation som kostar runt 70 000 kronor.

Västmanland har genom sin satsning på att förbättra vårdprocessen kring artros gjort årets uppräckning då det gäller andel patienter som tas omhand i artrosskola och registreras i BOA. Antalet registreringar har tredubblats sedan 2013, vilket gav den största ökningen både procentuellt och i absoluta tal i landet. Även Örebro och Sörmland, som tillsammans med Västmanland låg i botten då det gällde andel patienter som togs om hand i artrosskola (och registrerades i BOA-registret) för två år sedan, har nu dragit iväg och intar topp tre i procentuell ökning av antal registreringar under 2014. Västerbotten har gjort årets djupdykning (minskning med 37%). Orsaken till denna nedgång är inte helt klar. Tidigare undersökningar visar att bristande intresse hos ledning och chefer tillsammans med fokus på produktion snarare än resultat sannolikt bidrar till att enheter som driver artrosskola slutar rapportera. Därmed tappar ledningen möjligheten att följa upp om resurser används på ett optimalt sätt och genererar ett bättre resultat för patienterna. Idag diskuteras begreppet värdebaserad vård, det vill säga att förändra från dagens fokus på process till fokus på hur mycket patientvärde i form av hälso-utfall per krona som faktiskt åstadkoms med behandlingen. Med värdebaserad vård vill man veta om vården resulterar i bättre hälsa för patienten, vilket betyder att vi måste mäta utfall i större utsträckning och organisera vården utifrån detta. Oavsett vad man tycker om detta eller andra begrepp bör alla chefer vara intresserade av att resurserna används optimalt. Om vi inte mäter kan vi inte veta. Att enbart fokusera på resultat kan dock vara vilseledande. Tid och resurser ska användas till effektiva åtgärder, det vill säga åtgärder som ger så optimalt resultat som möjligt i relation till den kostnad de medför. Enkelt uttryckt bör en dyr eller mer resurskrävande behandling ge ett bättre resultat än en billigare för att motivera användandet av mer resurser. Resultatet behöver å andra sidan inte märkas omedelbart, utan kan behöva utvärderas under en längre period och med fler mått, exempelvis genom minskat vårdbehov eller minskad sjukskrivning. Det är väsentligt att i verksamheten kontinuerligt fundera över vad som är ett bra resultat, vad som kan bli bättre och hur det kan uppnås. Därefter handlar det om att utvärdera effekten av förändring;

en förändring leder inte alltid till en förbättring. Det handlar förstås också om att mäta och utvärdera rätt saker. Ytterst handlar det inte främst om processen utan om vad som verkligen betyder något för patienten. I BOA-registret har vi initierat ett arbete som syftar till att utreda vad patienter anser är viktiga faktorer att mäta för att utvärdera artros och behandlingseffekter. Därefter behöver vi ta ställning till om och hur vi bäst kan fånga dessa aspekter av sjukdomen i registret.

Förbättringspotential

Flera enheter och landsting/regioner har i sin strävan att jobba med förbättringsarbete upptäckt betydelsen av välfungerande rutiner för att kunna uttala sig om resultat och förändringar. Att genomföra en artrosskola tar cirka tre månader. Uppföljning ska ske tre månader efter första besök, alternativt när träningsperioden på sex veckor är avslutad. Alla patienter, även de som inte deltar i övervakad träning, ska följas upp med ett individuellt besök. Enheterna har upp till sex månader på sig att få in ett uppföljningsbesök, vilket ger utrymme för eventuella långhelger, semestrar och annat. Uppföljning i registret sker i genomsnitt efter 110–112 dagar, vilket får anses acceptabelt, även om variationen är stor, från 92 till 131 dagar. Andelen som följs upp med ett individuellt besök av alla som påbörjar artrosskolan är 68 %. De patienter som avbryter av någon anledning, eller inte dyker upp till ett bokat besök, markeras som avbrutna i registret. Sex procent av patienterna avbryter artrosskolan innan tremånadersuppföljningen och 1 % avbryter på grund av protesoperation. Andelen som avlider innan tremånadersuppföljning är liten (0,1 %). De patienter som saknar data efter tre månader på grund av att fysioterapeuten av någon anledning inte kallar dem eller inte registrerar besöket kallar vi för bortfall. Bortfallet i registret totalt är 25 % och varierar mellan 5 % för Gotland som får in flest kompletta data och 51 % för Gävleborg som har lägst andel kompletta data efter tre månader. Att uppgifter helt saknas på så många kan göra det svårt att göra rättvisa bedömningar och jämförelser av resultat och bortfallet utgör en stor förbättringspotential.

En tänkbar orsak till bortfall kan vara att ifyllda formulär inte registreras. Denna faktor påverkar dock troligen första besöket i större utsträckning och kan medföra att enheter väljer att inte rapportera alls. I BOA-registret finns 45 inaktiva enheter som har haft inloggning under minst ett halvår men inte registrerat någon patient.

Skälet att de inte registrerar bör följas upp av kontaktpersonerna i respektive landsting. Det finns också ett antal enheter som har rapporterat tidigare men inte registrerat någon patient under 2014. I denna grupp återfinns emellertid även de enheter som slutat bedriva artrosskola (exempelvis ortopedkliniker), enheter som upphört att existera, bytt namn eller slagits ihop med någon annan enhet.

BOA-registret arbetar för att under 2016 kunna erbjuda digital inmatning till patienterna, med direktöverföring till registret. Överföringen av uppgifter måste ske på ett säkert sätt, patienten behöver en säker inloggning och får inte ha åtkomst till andra uppgifter i registret. Planen är att använda tjänsten Mina vårdkontakter. Arbetet med att koppla ihop Mina vårdkontakter med kvalitetsregister pågår på nationell nivå och BOA har valt att inte driva någon egen linje i frågan utan avvaktar denna lösning. Hur stor andel av patienterna som verkligen har eller kommer att skapa ett konto i Mina vårdkontakter är oklart och kan under en övergångsperiod komma att bli en begränsande faktor. Dock utvecklas tjänsten Mina vårdkontakter gradvis till att innehålla allt mer uppgifter och fler funktioner, vilket kan skapa ett behov och intresse hos allt fler patienter att på sikt använda tjänsten i olika sammanhang.

Ett av BOAs mål är att nå patienter tidigare i sjukdomsförloppet. Eftersom vi vet att artros i många fall debuterar redan i 40–45 årsåldern bör vi därmed kunna sänka medelåldern för patienter som inkluderas i BOA-registret från dagens 65 år för patienter med knäartros och 67 år för patienter med höftartros. Målnivån för medelåldern i artrosskolan har (arbiträrt) satts till 58 år. Oavsett ålder ska patienter givetvis erbjudas ett snart omhändertagande i artrosskolan. Medelåldern för en höftprotesoperation är cirka 67 år och för en knäprotes knappt 69 år. Det är rimligt att patienter får ett adekvat omhändertagande med information och individuellt anpassad träning många år innan operation överhuvudtaget blir aktuell. Dessutom är det endast runt 20 % av alla med diagnos artros i höft eller knä som kommer ifråga för proteskirurgi, medan artrosskolan bör erbjudas till alla. Vi ser ingen tendens till en minskning av medelåldern ännu, då den totalt sett har ökat sedan 2013.

På gång i BOA

Ett kvalitetsregister är inte statistiskt. Förbättringsarbeten pågår även internt, baserat på de resultat vi ser och i syfte att underlätta och stimulera utveckling av en bättre vård av patienterna. Förutom arbetet med att introducera digital direktinmatning kan vi nämna ytterligare några punkter som vi arbetet med under året.

Förändringar av variabler i registret

I BOA används Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) för att mäta förändring i tilltro till den egna förmågan att påverka smärta och symtom. Tilltron till den egna förmågan att påverka sina symtom har i studier visat sig vara av stort värde för att initiera och framgångsrikt genomföra livsstilsförändringar som att bli fysiskt aktiv. ASES går från 10 (låg tilltro) till 100 (stor tilltro) och en meningsfull förändring bör vara större än 10. Patienterna har länge upplevt att frågorna är svåra att besvara. Ett kvalitativt forskningsprojekt, där patienterna fyllde i formuläret medan de resonerade högt hur de tänkte när de besvarade frågorna, indikerade att flera av frågorna inte är valida för patientgruppen. Andra forskningsprojekt i BOA har emellertid visat att tilltro till den egna förmågan har ett samband med patientens följsamhet och även förändring av fysisk aktivitetsnivå efter artrosskolan (mer info om dessa projekt finns under Forskningsprojekt på www.boaregiset.se). Detta har resulterat i ett styrgruppsbeslut att behålla variabeln tilltro till sin förmåga i registret. Det finns andra instrument som mäter tilltro till sin förmåga som är utvecklade för att mäta specifikt hantering av sjukdom eller fysisk aktivitet. De är dock inte validerade för patienter med artros i höft och knä. Genom att introducera ett nytt instrument skulle den information som redan finns i registret gå förlorad. Styrgruppen har därför beslutat att arbeta om frågorna i ASES och med hjälp av item-response analys bestämma vilka dimensioner av instrumentet som är informationsbärande. Statistiska metoder kan då också användas för att jämföra de nya och de redan insamlade resultaten. Det omarbetade formuläret, med färre frågor och svarsalternativ, kommer att testas för validitet och reliabilitet och avsikten är främst att göra det lättare för patienten att besvara frågorna.

Styrgruppen har beslutat att stryka frågan om symtomduration ur registret, då uppgiftens validitet är tveksam. Frågan ställs och besvaras ibland med tid sedan symtomdebut över huvudtaget och ibland som duration av de nu aktuella besvaren. Symtomdebut sker oftast smygande och i många fall inträffade den för flera decennier sedan, vilket

gör det svårt för patienten att ange någon direkt tidpunkt. Att fråga efter duration av aktuella besvär baseras också på patientens uppgift och är svår för vården att påverka. Den kanske viktigaste ledtiden, tid från första besök i vården till start av behandling, kan inte mätas idag. Inte heller tid från första besök till diagnos eller från diagnos till start av behandling. Främsta orsakerna till det är att besök (hos fysioterapeut) i primärvård inte registreras i patientadministrativa register, samt stora skillnader och osäkerheter avseende användandet av diagnoskod. Många fysioterapeuter använder inte diagnoskod och läkare sätter fortfarande sällan diagnos M16 (höftartros) och M17 (knäartros) utan röntgen. Det saknas också fortfarande en åtgärdskod (KVÅ) för artrosskola, något som BOA-registret har påtalat för Socialstyrelsen med stöd av Fysioterapeuterna, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Svensk Ortopedisk Förening.

Mäter vi rätt saker?

Under 2015 kommer vi att genomföra fokusgrupper med patienter, fysioterapeuter och verksamhetschefer för att utröna om vi mäter rätt saker i registret. Vi vill exempelvis veta om patienterna tycker att vi fångar adekvata aspekter av sjukdomen genom de patientrapporterade formulär vi använder. Vi vill också veta vad fysioterapeuter anser att de behöver veta för att kunna arbeta för patientens bästa och vad verksamhetschefer behöver för uppgifter ur registret för sitt arbete med styrning och ledning. Som en del i detta arbete avser vi också att utröna om patienter vill ha beslutsstöd för kunna välja var de går artrosskola och vad de i så fall skulle önska för information för att fatta beslut.

BOA 2.0

Under 2016 ämnar BOA lansera BOA-registret 2.0. I samband med denna lansering kommer uppdateringar och effektiviseringar som inte direkt syns för användaren att introduceras. Det handlar bland annat om att använda en istället för två dataplattformar och därmed slippa kostsamt underhåll, samt effektivare användarhantering och rutiner kring ettårsutskick. De förändringar som blir synliga för användarna berör främst mer användarvänliga utdatorapporter.

Regionalt förbättringsprojekt i Västra Götaland

Västra Götalandsregionen har satsat pengar ur rehabmiljarden för att regionen ska bli bäst på att ta hand om patienter med artros. BOA-registret har fått dessa medel för att under två år arbeta med att lyfta Västra Götaland till en lysande förebild. Vi planerar nu för hur arbetet ska

läggas upp på bästa sätt och hoppas att andra landsting/regioner ser det som en utmaning att visa vem som verkligen är bäst.

BOA för fler leder

Sedan tidigare har styrgruppen beslutat att patienter med enbart handartros, som redan kan gå artrosskolan, också ska kunna lämna uppgifter till registret. Intresset för att införa handartros i registret är stort bland landets arbetsterapeuter, men det råder brist på både personella och ekonomiska resurser för genomförandet. En svårighet har också varit knyta intresserade handkirurger till utvecklingen, för att på så sätt knyta ihop vårdkedjan. De första stegen i arbetet är att nå konsensus i professionen om vad som ska registreras, samt hur interventionen ska läggas upp för dem som enbart har handartros. Reumatikerförbundet har skjutit till en mindre summa för att initiera arbetet.

Svenska skulder- och armbågsregistret har inlett diskussioner med BOA-registret om att införa artrosskola för patienter med skulderbesvär och att registrera i BOA. Även här behövs en projektledare för att driva utvecklingen och styrgruppen ställer sig positiv till att BOA växer och omfattar patienter med artros från fler av kroppens leder.

Internationalisering

BOA har sedan ett par år tillbaka ett ”syster-register” i Danmark – GLAiD (Godt Liv med Artrose i Danmark) www.glaid.dk. Under 2014 initierades ett samarbete med Norge, som nu genererat en norsk motsvarighet – AktivA (Aktiv med Artrose, www.aktivmedartrose.no). Vi har också haft studiebesök från Holland och USA som är intresserade av möjligheten att lära av eller ta efter modellen, samt varit inbjudna av det cypriotiska ”department of health” och deras professionsorganisation fysioterapeuter för att presentera BOA på Cypern. Under hösten 2015 kommer ett team från Hong Kong, och det pågår diskussioner med den iranska ambassadören om möjligheterna att ta hand om personer med höft- och knäartros på ett mer systematiskt sätt.

Digitalisering

Artrosskolan når uppskattningsvis 17 % av alla som söker vård på grund av höft- eller knäartros idag. Vi når goda resultat på kort sikt, men det saknas effektiva rutiner för att bibehålla en ökad fysisk aktivitetsnivå över tid. För att nå fler personer med ledbesvär i ett tidigare skede och för att bibehålla motivationen till att fortsätta med

enkla övningar för artros även efter avslutad artrosskola har vi utvecklat en digital applikation i samverkan med Lunds universitet, Jojnts. I Jojnts får användarna enkla övningar för höft och knä under sex veckor, samt korta föredrag om artros och livsstilsförändringar. De kan också få individuell coachning av en fysioterapeut och på sikt kommer även gruppfunktioner att byggas in så att deltagarna kan interagera med och stötta varandra.

BOAs tre verksamhetsgrenar

BOA står för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. BOA består av tre verksamheter: utbildning av patienter (artrosskola), utbildning av sjukvårdspersonal för att leverera och utvärdera artrosskola på ett likvärdigt sätt, och det Nationella Kvalitetsregistret, BOA-registret. BOA-registret är ett interventionsregister för patienter med besvär från höft och knä och utvärderar resultaten efter en fysioterapeutisk intervention – artrosskola.

Syfte och mål med BOA

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

1. Utbildning av patienter – artrosskola

Målgrupp

Artrosskolan vänder sig till patienter med besvär från höft eller knä av sådan grad att de söker sjukvård. Röntgenundersökning eller diagnos sedan tidigare är inte nödvändigt. Alla patienter som bedöms ha nytta av artrosskolan träffar fysioterapeut för ett individuellt besök före artrosskolan. Patientens sjukhistoria och fysioterapeutens undersökning utgör underlaget för en klinisk diagnos, alternativt uteslutande andra orsaker till besvären. Detta förfaringsätt är helt i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar inklusive artros, som utkom i maj 2012. Enligt dessa riktlinjer ska diagnos

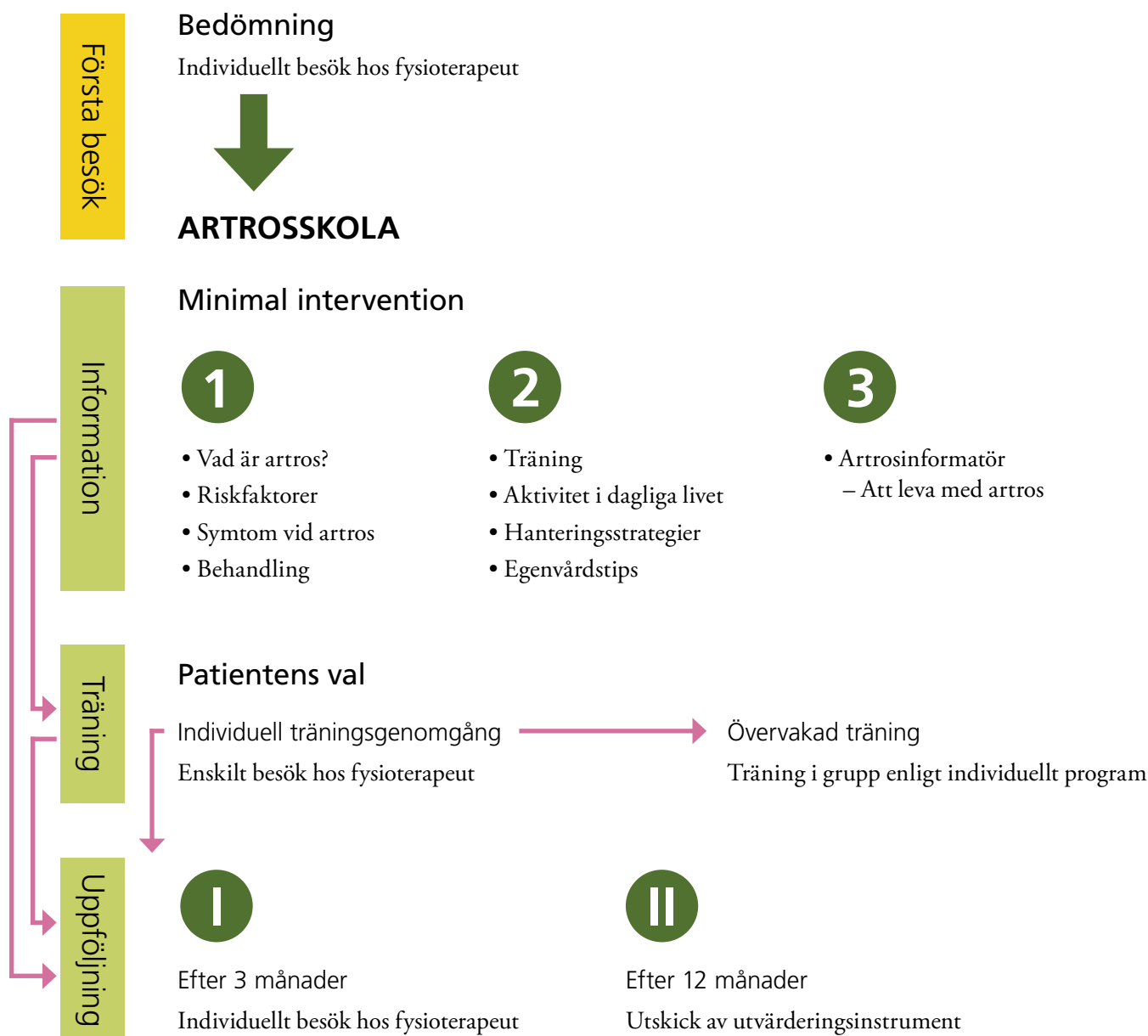
artros ställas med hjälp av anamnes, typiska symtom och klinisk undersökning. Röntgen ska endast användas vid oklara fall eller då specialistremiss övervägs. Även om det senare skulle visa sig att besvären inte berodde på artros riktar sig behandlingen som erbjuds i artrosskolan – information och träning – mot funktionshindren och riskerna med behandling är försumbara. Patienter med inflammatorisk ledsjukdom, annan sjukdom som ger mer symtom än artros (exempelvis malignitet eller generaliserad smärta), eller havererad collumfraktur behöver primärt ett annat omhändertagande och exkluderas därför ur artrosskolan och registret. Patienter som inte förstår svenska bör få ett individuellt omhändertagande, eventuellt med tolk, för att säkerställa att de tillgodogör sig informationen på ett korrekt sätt. De behöver inte heller besvara frågeformulären som registreras i BOA-registret. Under 2015 införs möjligheten att registrera om artrosskola genomförs med tolk.

Information

Artrosskolan har tagits fram mot bakgrund av aktuell forskning inom området, samt patienternas tankar och önskemål om behandling av artros. Artrosskolan i BOA innehåller en ”minimal intervention” som bedrivs på liknande sätt på alla enheter (Figur 55). Innehållet omfattar information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar, samt egenvårdstips. Skolan leds av fysioterapeut och på vissa håll deltar även arbetsterapeut, båda med speciell utbildning och gedigen kunskap om artros. Dessutom inkluderar artrosskolan ett tillfälle som leds av en ”expertpatient”, det vill säga en patient med artros som har genomgått en speciell utbildning för att kunna tala om hur det är att leva med artros och om sina erfarenheter av grundbehandling. Dessa artrosinformatörer är utbildade av Reumatikerförbundet. Syftet med deras medverkan är att deltagare i artrosskolan lättare ska kunna identifiera sig med den som levererar råd och rekommendationer och på så sätt gemensamt hitta lösningar på de svårigheter som kan upplevas i samband med fysisk aktivitet i vardagen.

På de platser där den lokala reumatikerföreningen har resurser och aktiviteter för patienter med artros kan deltagare ur artrosskolan få fortsatt fördjupning av artroskunskaperna genom studiecirklar eller föreläsningar i den lokala föreningen, samt erbjudas kontinuerlig träning i föreningens regi. Medverkan av artrosinformatörer i skolorna sker helt utan kostnad för sjukvården. Artrosinformatören medverkar på ideell basis men får reseersättning för sin medverkan.

Figur 55. Upplägg av artrosskola.



Individuellt anpassad träning

Efter teoridelen i artrosskolan erbjuds patienten ett individuellt utprovat träningsprogram, samt möjligheten att träna detta program regelbundet tillsammans med andra under handledning och övervakning av fysioterapeut. Träningen kan innehålla moment för att förbättra rörlighet, kondition, muskelstyrka och funktion. Träning av muskelfunktion baseras inte på ett visst antal specifika övningar, set eller repetitioner, utan snarare på neuro-muskulär kontroll och rörelsekaraktär. Smärta under träning är inget hinder, men ska inte överskrida gränsen för vad som upplevs som acceptabel smärta av patienten. En eventuell ökning av smärtan efter träning ska också vara borta efter 24 timmar, annars bör duration och/eller intensitet justeras. Intervjuer med patienter har visat att feedback upplevs som ett särskilt viktigt inslag i träningen. Fysioterapeuten är närvarande och tillgänglig för kontinuerlig feedback av såväl rörelsens kvalitet och utförande som val av övningar och dosering vid varje träningstillfälle.

Träningsdelen är frivillig, men målet är att så många som möjligt, efter den teoretiska delen i artrosskolan, ska känna lust och behov att lära sig mer om hur man på bästa sätt kan ta hand om sin sjukdom och de besvär den för med sig genom att träna på rätt sätt och vara fysiskt aktiv i sin vardag. Uppföljning sker av alla patienter tre månader efter första besök, eller då träningsdelen är avslutad. Diskussioner kring lämplig hemträning och planering för fortsatt fysisk aktivitet/träning efter avslutad artrosskola utgör en viktig del i upplägget och bör introduceras tidigt och ske parallellt med den övervakade träningen. Träning kan effektivt lindra symtom vid artros, men effekten är kortvarig. För att få varaktig effekt av träning som behandling krävs att träningen planeras långsiktigt och utförs kontinuerligt. Fysisk aktivitet på recept (FaR) kan vara ett lämpligt verktyg för sjukvården för att stimulera till ökad aktivitetsnivå hos patienterna. Långvarig sjukdom kräver långvarig behandling.

2. Utbildning av professionen

Fysioterapeuter och intresserade arbetsterapeuter utbildas genom BOA för att kunna leverera och utvärdera artrosskolan på ett likvärdigt sätt. Tvådagarsutbildningen omfattar aktuell evidens inom området och syftar till att ge en djupare kunskap om artros och den icke-kirurgiska behandlingen av artros. I utbildningen ingår även grundläggande registerkunskap, då kvalitetsregister inom fysioterapeutisk verksamhet fortfarande är ett tämligen nytt och okänt fält.

3. Nationellt Kvalitetsregister

Artrosskolan syftar till att påverka patientrapporterad hälsorelaterad livskvalitet, smärta, fysisk aktivitetsnivå, rörelserädsla, motivation till operation och tilltron till den egna förmågan att kunna påverka symtom. Dessa variabler registreras i BOA-registret, tillsammans med bland annat patientnöjdhet. Fysioterapeuten som håller artrosskolan är i de flesta fall också den som rapporterar in data i registret. Utvärdering sker inför artrosskolan, efter tre månader (vid avslutad artrosskola) samt efter ett år. Etthundra patienter som besvarade ettårsuppföljningen föregående år väljs slumpvis ut varje år för årlig uppföljning så länge de lever.

Fakta om BOA

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

Organisation

BOA-registret drivs på uppdrag och med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting, Fysioterapeuterna, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Svensk Ortopedisk Förening. Registret finansieras i huvudsak med anslag från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister samt Västra Götalandsregionen. BOA-registret är knutet till kompetenscentrat vid Registercentrum Västra Götaland.

Styrgrupp

Ny medlem är Patrik Andersson, leg fysioterapeut, Västmanland (ersätter Malin Jönsson-Lundgren).

Registerhållare

Carina Thorstensson docent, sjukgymnast, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Leif Dahlberg, professor, avdelningschef. Avd. f. ortopedi, Inst. f. klin. vetenskaper, Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus, Lund

Ledamöter

Beryl Svanberg patientrepresentant, Reumatikerförbundet, Stockholm

Göran Garellick professor, överläkare, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Ingrid Lundin sjukgymnast, Ortopedkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Kjell Nilsson professor, överläkare, Ortopedkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Lillemor Nyberg doktorand, distriktsläkare, Karolina vårdcentral, Region Örebro län, Karlskoga

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

Patrik Andersson sjukgymnast, Herrgårdets vårdcentral, Västerås

Per Kristiansson docent, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

Pernilla Chowdary arbetsterapeut, Mottagningen för smärtrehabilitering Varberg, Hallands sjukhus

Thérèse Jönsson doktorand, sjukgymnast, Ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Koordinatorer

Inga-Lill Robertsson, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Ingrid Stenhagen, Registercentrum Västra Götaland, Göteborg

Kontaktpersoner

Målet är att det i varje region/landsting ska finnas minst en så kallad kontaktperson för BOA-registret. Denna kontaktperson ska jobba för att på regional nivå förbättra täckningsgrad, uppfylla registrets målnivåer och identifiera förbättringsområden. Detta innebär mer specifikt, till exempel:

- Inventera antalet artrosskolor och vid behov initiera uppstart av artrosskola
- Arbeta för att de som driver artrosskola ska ha utbildning i artrosskola
- Arbeta för att alla artrosskolor i landstinget/regionen rapporterar till BOA-registret
- Inventera hinder för registrering
- Erbjud support
- Initiera utbildning i registerkunskap
- Skapa nätverk för dem som håller artrosskola
- Stimulera till användande av egna resultat i verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring
- Exempelvis jämföra och diskutera resultat mellan enheter på nätverksträffar
- Följa upp och diskutera datakvalitet på enhetsnivå
- Vara språkrör
- Förmedla information mellan registerledning och användare, samt till beslutsfattare, verksamhetschefer och vårdgivare i landstinget/regionen
- Stimulera marknadsföring av BOA på vårdenheter
- Uppmuntra enheterna att informera läkare och distriktssköterskor om artrosskola i syfte att nå patienterna så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet

För att underlätta support och diskussion av resultat och datakvalitet bör kontaktpersonen få ett delegerat uppdrag från primärvårdsnämnden eller motsvarande. Detta uppdrag berättigar till att ansöka om behörighet för åtkomst av data från olika enheter med gemensam huvudman (landsting/region). Behörig företrädare för huvudmannen undertecknar avtalet. En mall för avtals-skrivning kan erhållas av registret. Privata vårdgivare kan delegera denna behörighet till kontaktperson för landsting/region (för privat vårdgivare gäller endast en vårdgivare per avtal).

Nedan finns en förteckning över de kontaktpersoner som idag finns i BOA-registret.

Tabell 27. Kontaktpersoner landsting/regioner.

Landsting	Namn	E-postadress
Blekinge	Patrik Lind	patrik.lind@ltblekinge.se
Dalarna	Renée Carlberg	renee.carlberg@ltdalarna.se
Gotland	Gittan Wegelius	gittan.wegelius@gotland.se
Gävleborg	Kajsa Flink	kajsa.flink@regiongavleborg.se
Halland	Gunnel Caesar	Gunnel.Caesar@regionhalland.se
Jämtland	Rita Sjöström	rita.sjostrom@regionjh.se
Jönköping	Irene Tengberg Herrstedt	irene.tengberg.herrstedt@rjl.se
Kalmar	Helen Lilja	helen.lilja@ltkalmars.se
Kronoberg	Maria Jönsson	maria.jonsson@ltkronoberg.se
Norrbottn	Vakant	
Skåne	Thérèse Jönsson	therese.jonsson@med.lu.se
	Malin Jönsson-Lundgren	malin.jonssonlundgren@skane.se
Stockholm	Vakant	
Sörmland	Anja Lahti	anja.lahti@dll.se
Uppsala	Kerstin Ahlqvist	kerstin.ahlqvist@lul.se
Värmland	Maria Klässbo	maria.klassbo@liv.se
Västerbotten	Ingrid Lundin	ingrid.lundin@vll.se
Västernorrland	Kerstin Fränell	kerstin.franell@lvn.se
Västmanland	Patrik Andersson	patrik.andersson@ltv.se
Västra Götaland	Ulrik Gerdin*	ulrik.gerdin@vgregion.se
Örebro	Marie Hamping	marie.ekelius-hamping@regionorebrolan.se
Östergötland	Karin Vind	karin.vind@regionostergotland.se
	Annica Tomasson	annica.tomasson@regionostergotland.se

*Område 1.

”Case-mix” profil

Patientsammansättningen, case-mix, kan variera både geografiskt över landet och mellan kliniker. Det är en väsentlig faktor att ta hänsyn till när man studerar resultat. Variationer i ålder, könsfördelning och samsjuklighet kan påverka utfallet av en och samma behandling.

Case-mix profilen består av sex variabler:

- Andel som har mest besvär från höft. Det verkar som om artrosskolan har något mindre effekt på höftartros.
- Andel med handbesvär. Att ha besvär från händerna kan tyda på en mer generaliserad form av artros som drabbar flera leder.
- Andel Charnley kategori C. Charnley C betyder att patienten har gångsvårigheter av andra orsaker än artros, eller har besvär från både höft och knä. För dessa patienter kan artrosskolan ha begränsad effekt på hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitet eftersom det finns en annan sjuklighet med i bilden.
- Andel 65 år eller äldre. Vi vet ännu inte om artrosskolan har bäst effekt för yngre eller äldre. Hypotesen är att en intervention tidigt i sjukdomsförloppet har störst potential för förbättring.
- Andel som står på väntelista för operation. Patienter med svårare artros som väntar på operation har sämre utfall. Själva det faktum att man väntar på operation kan också påverka förväntningarna.
- Andel män. I BOA-registret har vi sett en tendens till att män är svårare att nå med interventionen, har sämre följsamhet samt svarar sämre på behandling. Vi har därför i år valt att byta ut etiketten för könsrelaterad case-mix till män.

Den vänstra spalten nedan visar grafiskt hur patientdemografien (case-mixen) ser ut i riket (gul) och på de olika enheterna (blå). En stor blå yta motsvarar en ”svårare” case-mix och en liten yta betyder i det här fallet ”bäst” förutsättningar för lyckade resultat. Gränsvärdena är satta till respektive variabels största respektive minsta värde ± 1 standarddeviation (SD). Case-mix presenteras för de patienter som utgör underlag för värdekompass. Vid tolkning av klinikens värdekompass och resultat måste case-mixen beaktas.

Indikatorer/ värdekompass

I värdekompasserna visas rikets resultat efter tre månader (rött) avseende fem variabler (indikatorer) och resultat per klinik (blått). Det bästa värdet är i periferin och det sämsta värdet är i origo. En stor blå yta betyder således ett bra resultat. Gränsvärdena är satta till respektive variabels största respektive minsta värde ± 1 SD. Kliniker med bättre värden än rikets genomsnitt täcker rikets färgkompass. De ackumulerade resultaten för höft och knä kombineras för att få ett större patientunderlag. Endast kliniker med kompletta registreringar på minst 50 patienter på samtliga variabler efter tre månader presenteras.

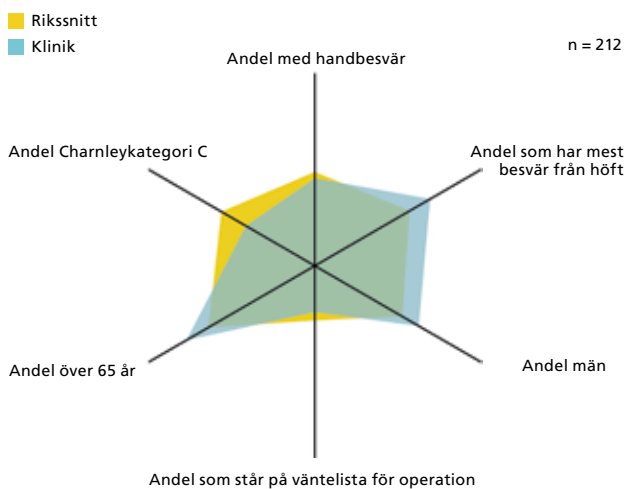
Värdekompassen innehåller följande variabler:

- EQ5D-vinst efter 3 månader.
- Förändring av smärta efter tre månader. Ett värde i periferin betyder en minskning av smärta.
- Förändring i rörelserädsla efter tre månader. Ett värde i periferin representerar en större andel med minskad rörelserädsla.
- Tillämpning av kunskap representerar andelen som säger att de använder det de lärt sig i artrosskolan varje vecka, varje dag eller flera gånger dagligen.
- Tillfredsställelse med artrosskolan motsvarar andelen som tyckte att artrosskolan var bra eller mycket bra.

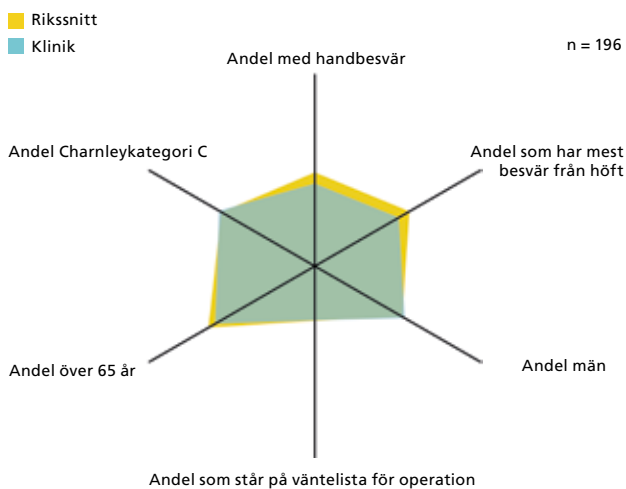
För närmare information om värdena för varje variabel, se Tabell 28 (sid 120).

Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

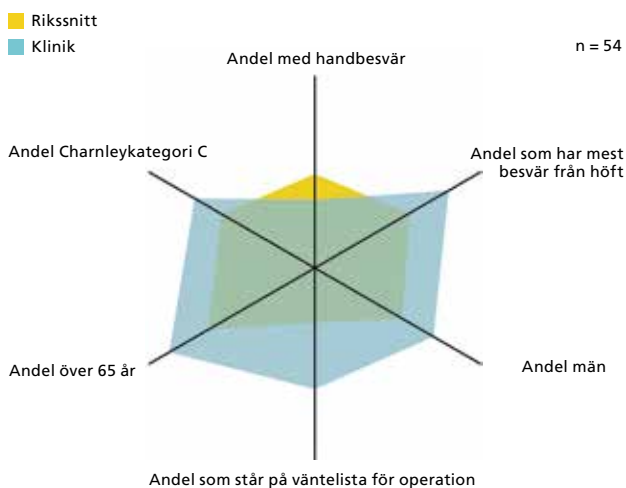
Karlskrona Rehabcenter



Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn

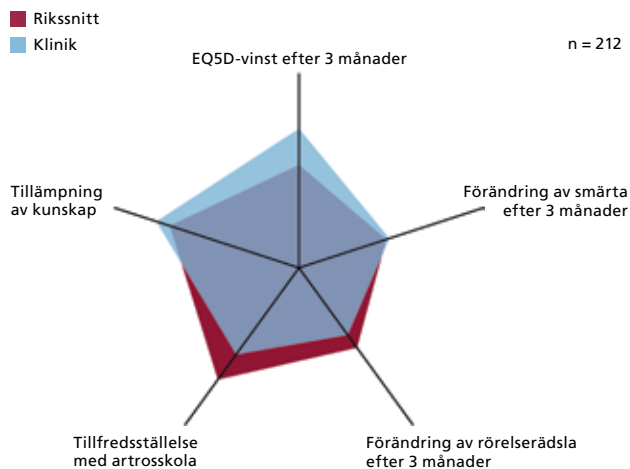


Primärvårdsrehab Jakobsgårdarna, Borlänge

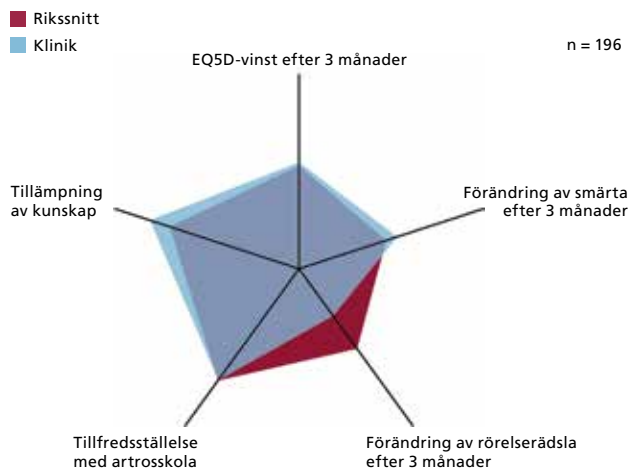


Figur 56. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

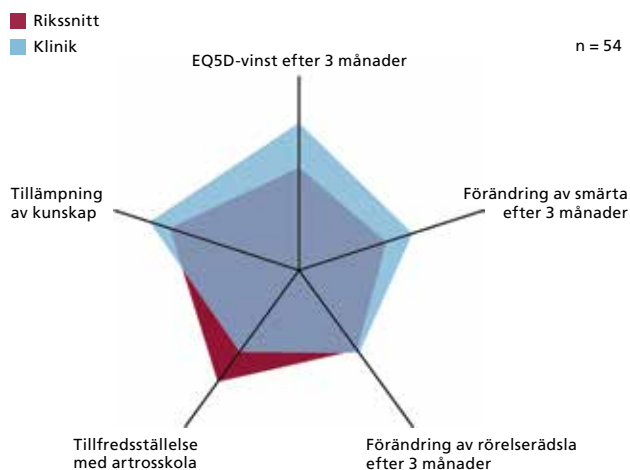
Karlskrona Rehabcenter



Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn

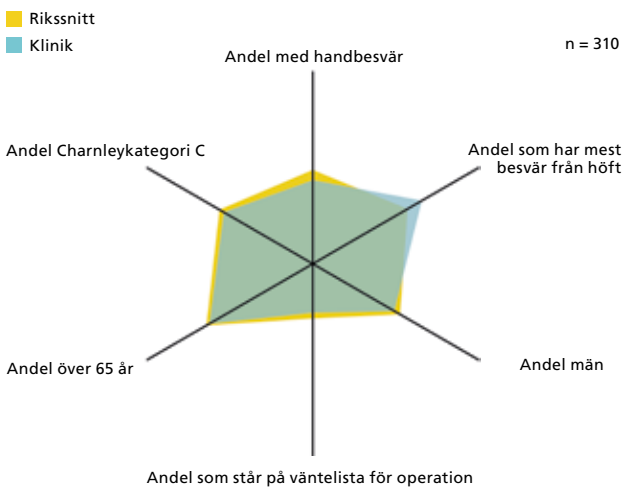


Primärvårdsrehab Jakobsgårdarna, Borlänge

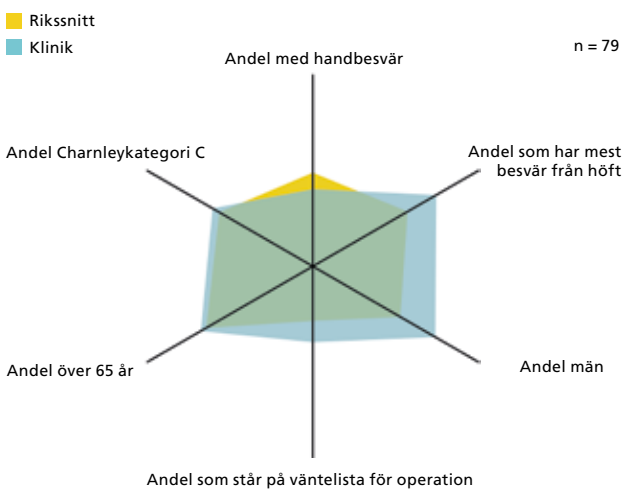


Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

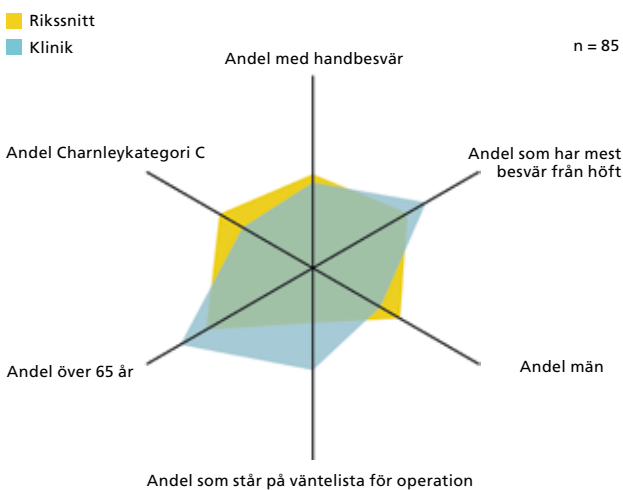
Primärvårdsrehab, Falun



VC Sälen-Lima

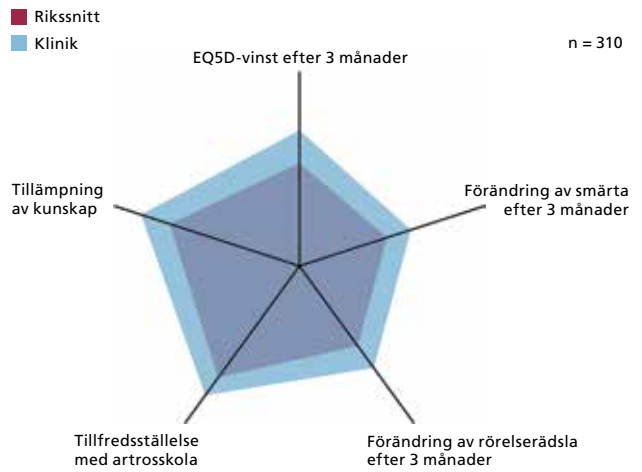


Vårdcentral Avesta

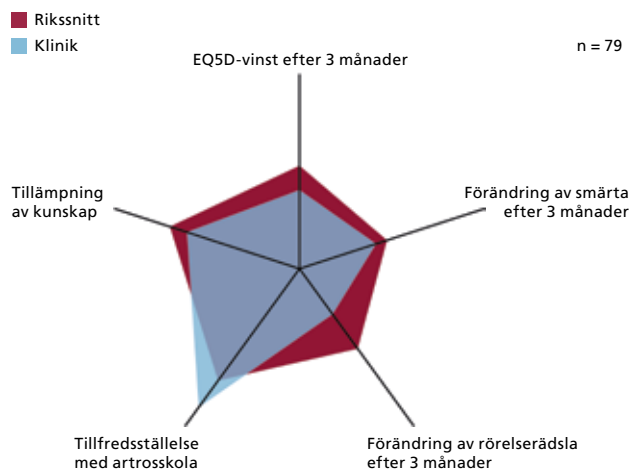


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

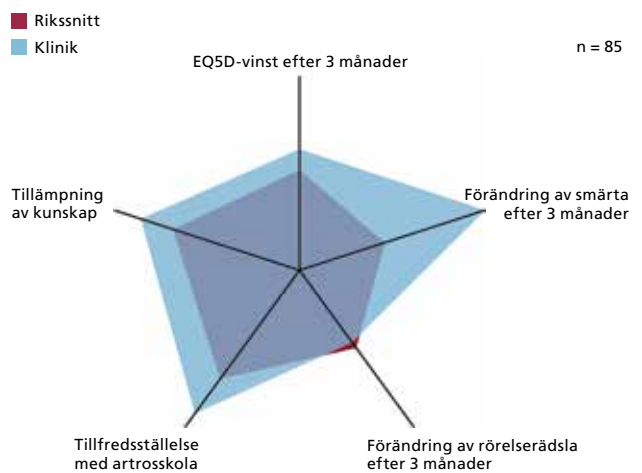
Primärvårdsrehab, Falun



VC Sälen-Lima

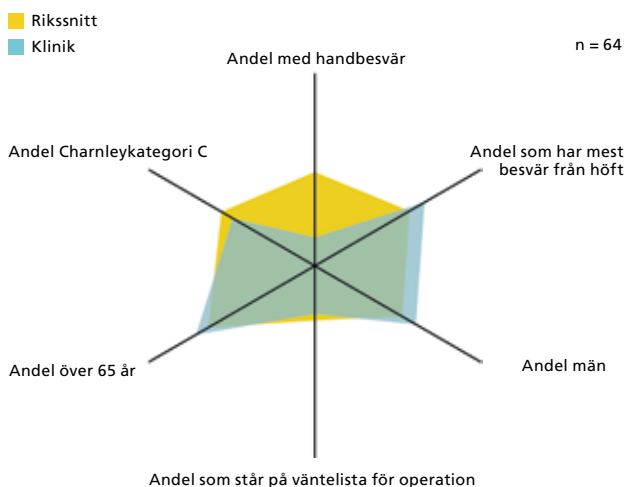


Vårdcentral Avesta



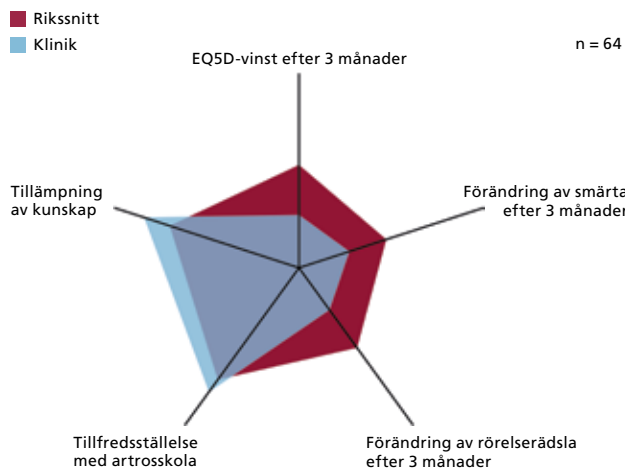
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Vårdcentral Säter

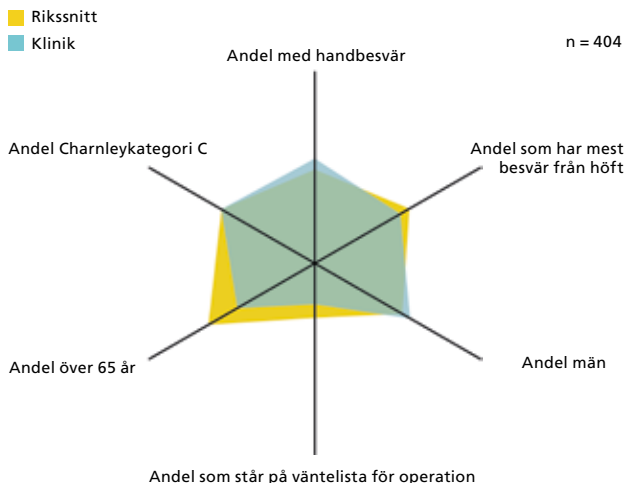


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

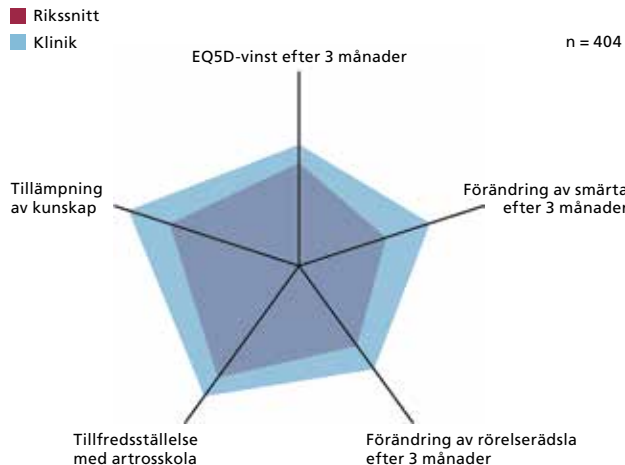
Vårdcentral Säter



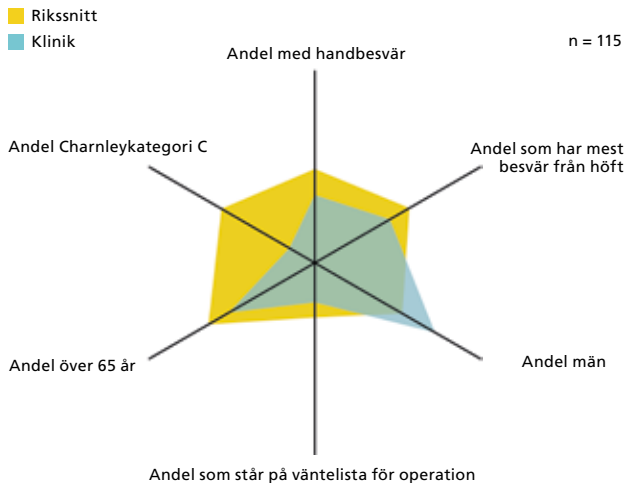
HabRehab Gotland



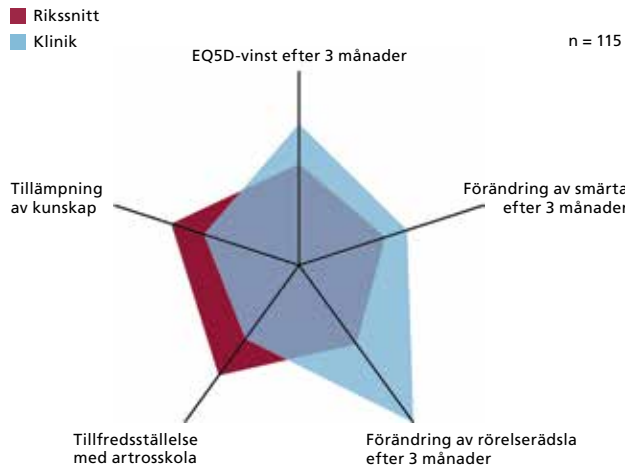
HabRehab Gotland



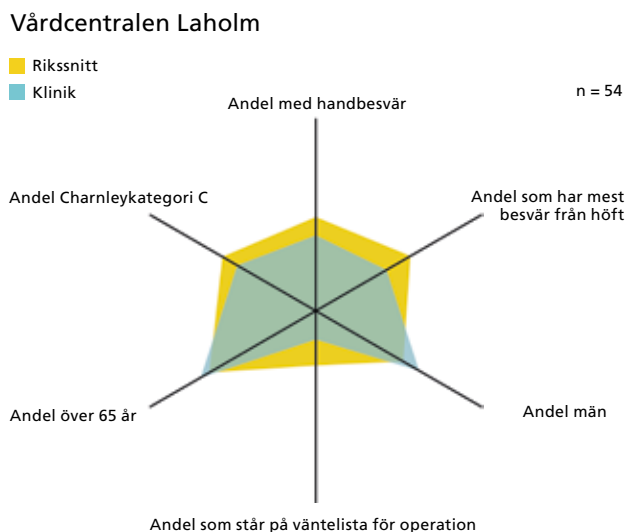
Hälsa & Rehab, Kungsbacka



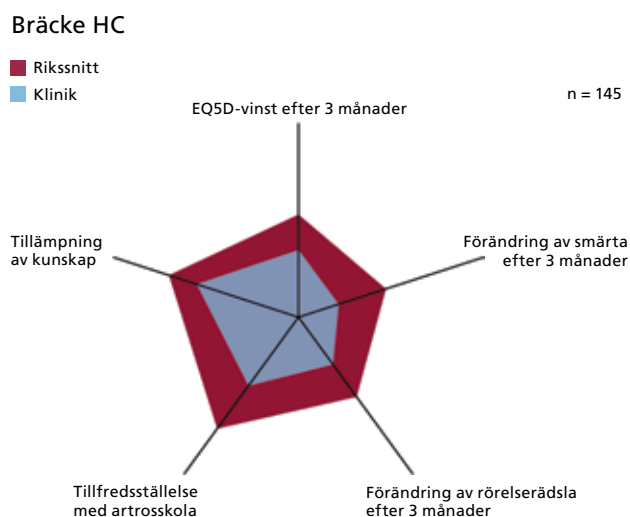
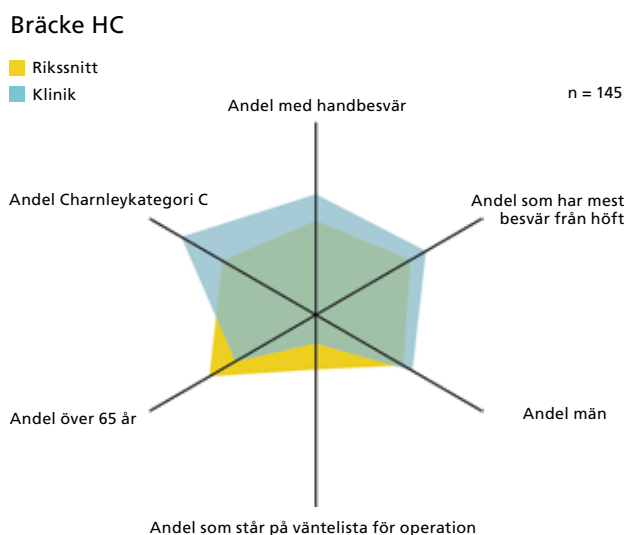
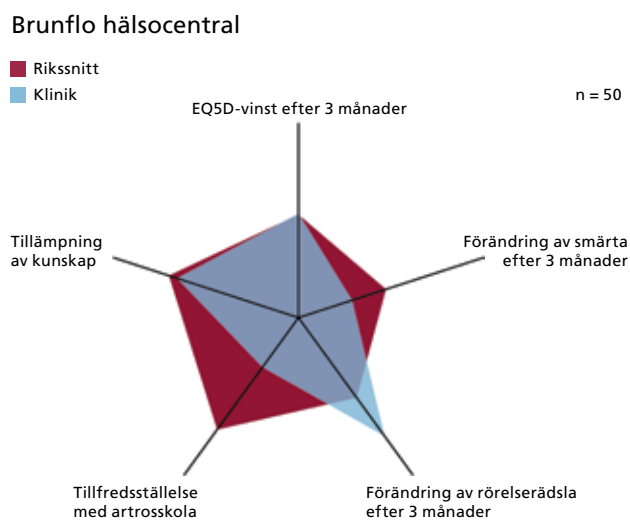
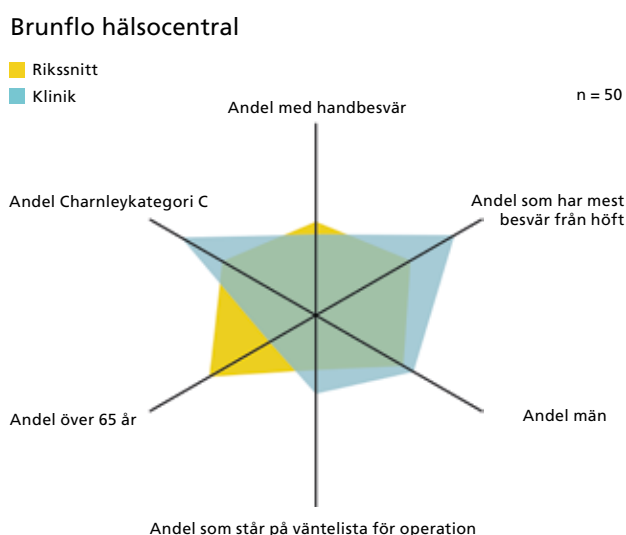
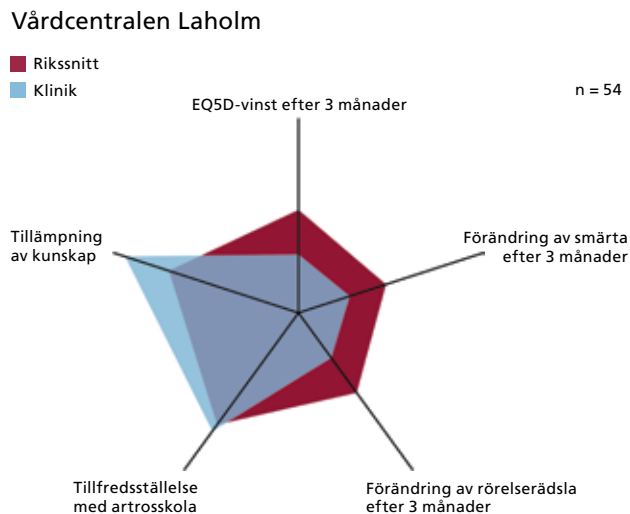
Hälsa & Rehab, Kungsbacka



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

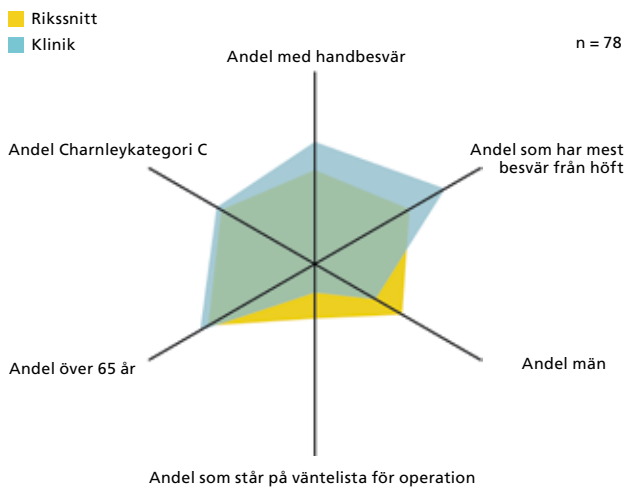


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



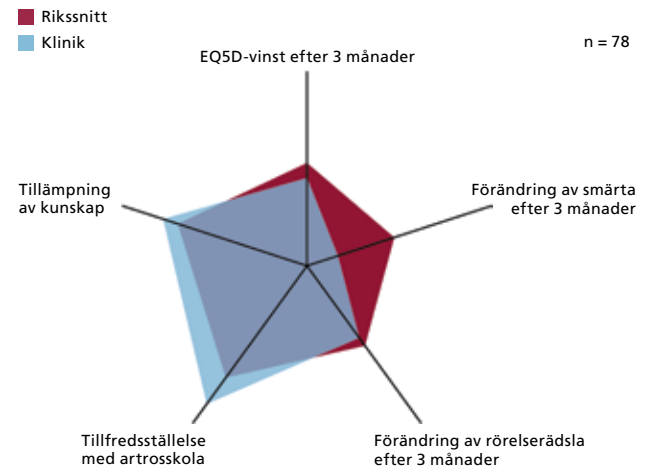
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Frösö Hälsocentral, Östersund

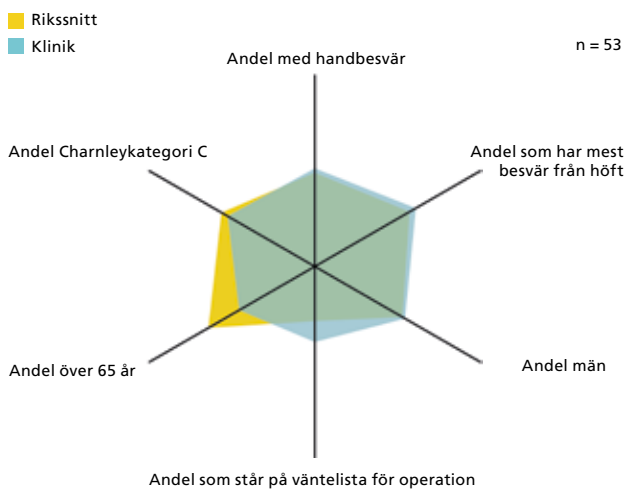


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

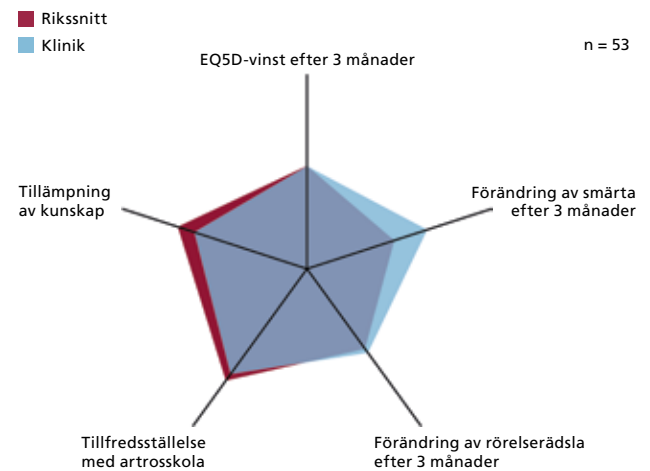
Frösö Hälsocentral, Östersund



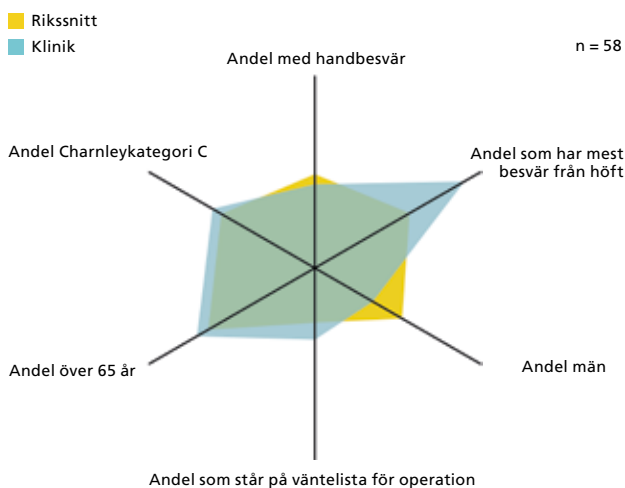
Föllinge Hälsocentral



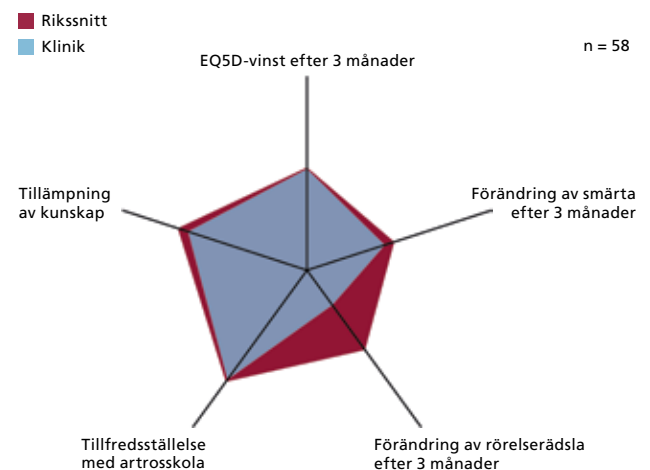
Föllinge Hälsocentral



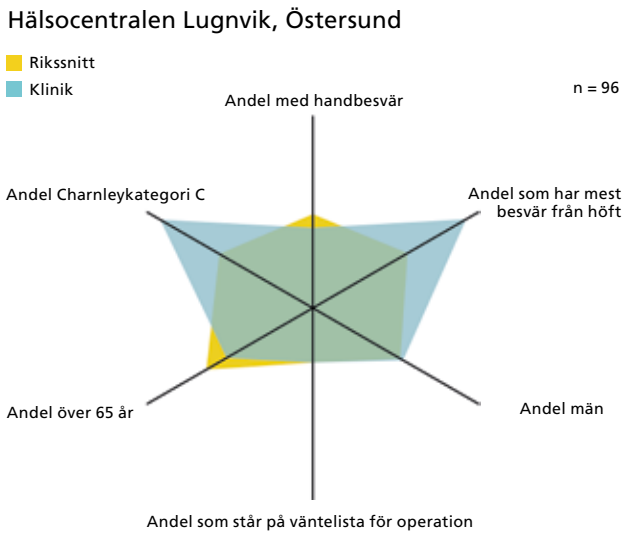
Hammarstrands Hälsocentral



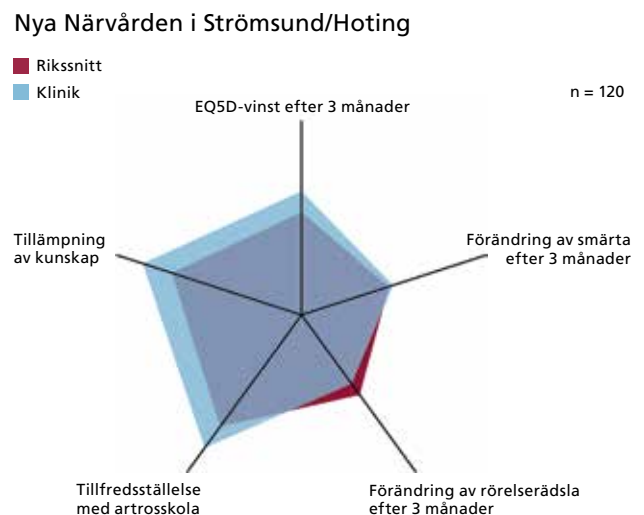
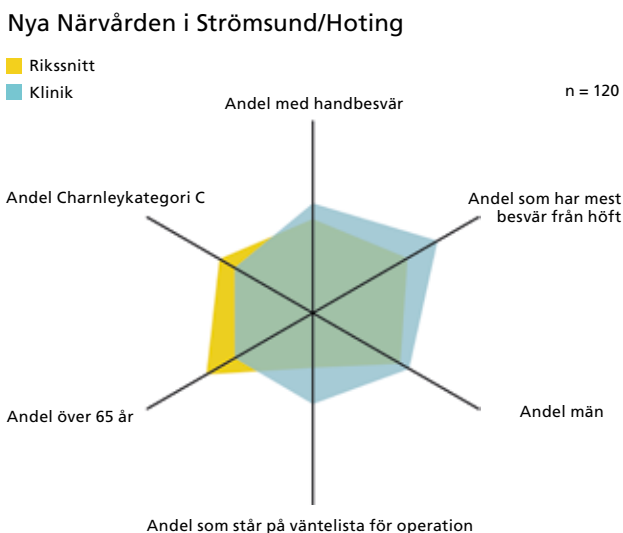
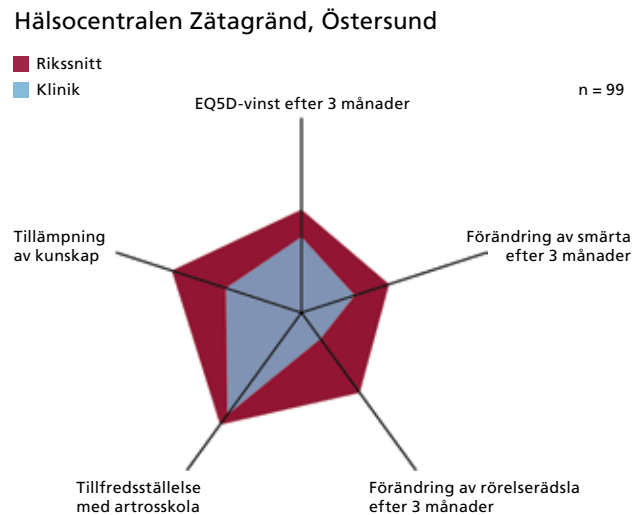
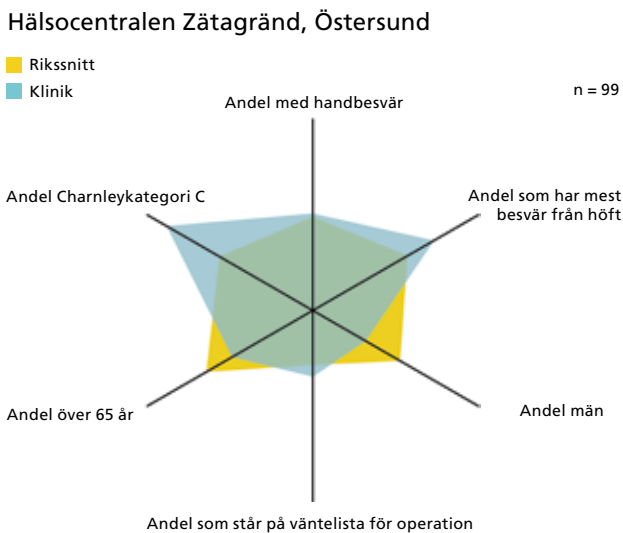
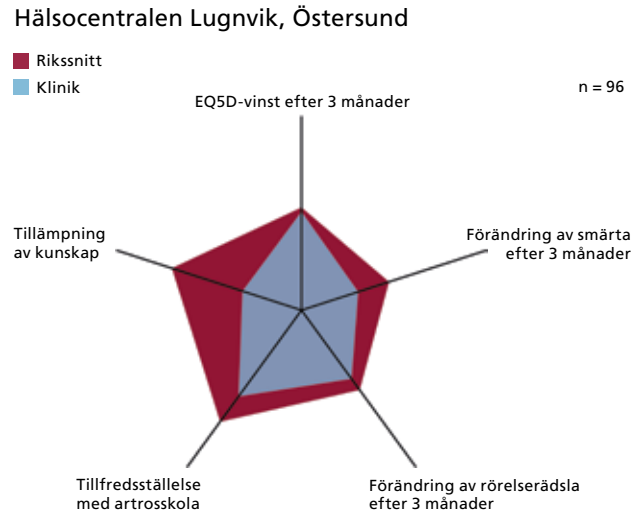
Hammarstrands Hälsocentral



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

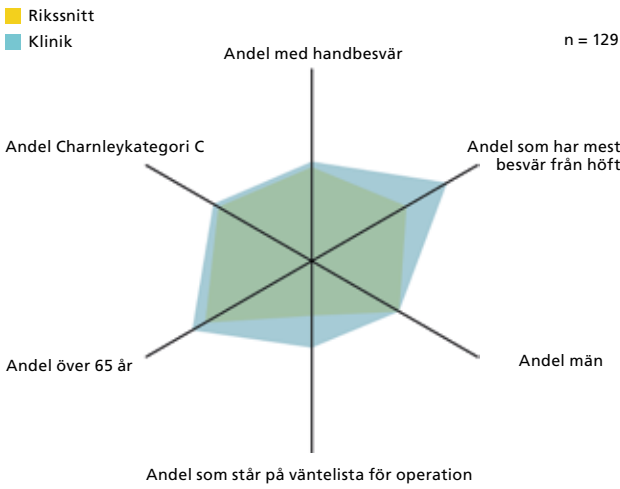


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



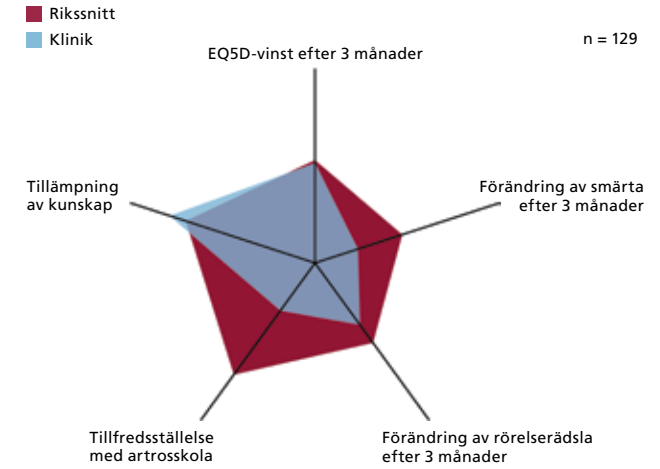
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Odensala HC, Östersund

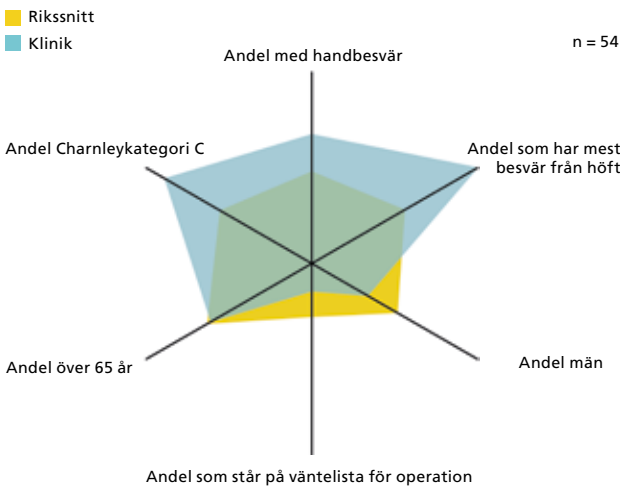


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

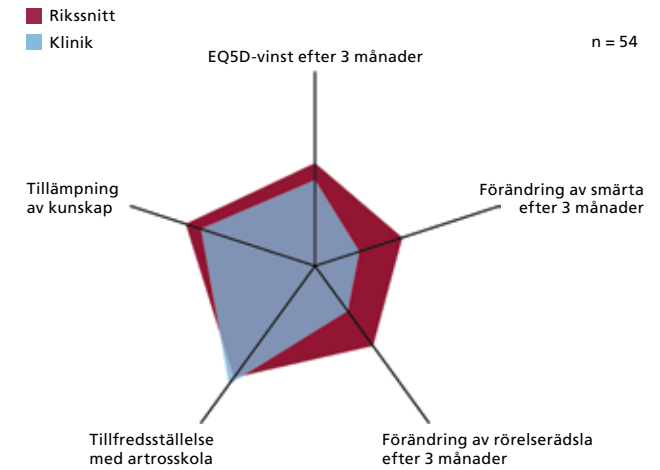
Odensala HC, Östersund



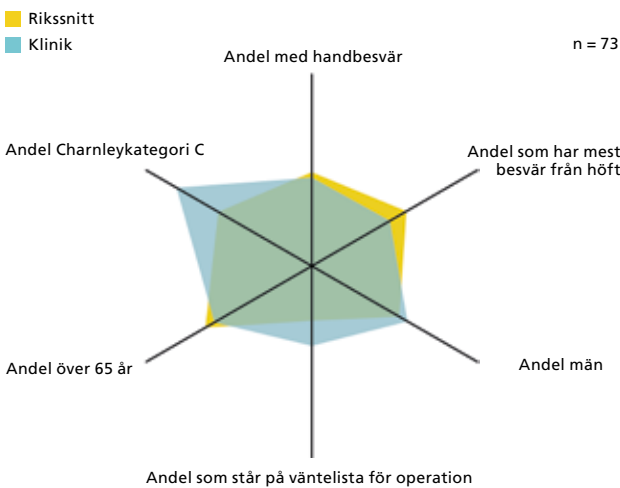
Offerdals hälsocentral



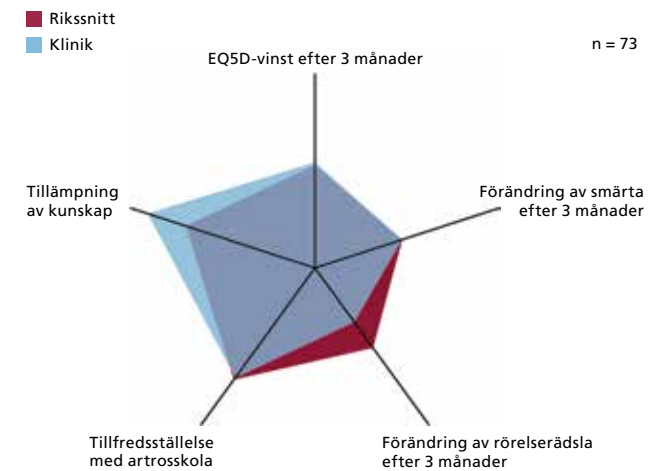
Offerdals hälsocentral



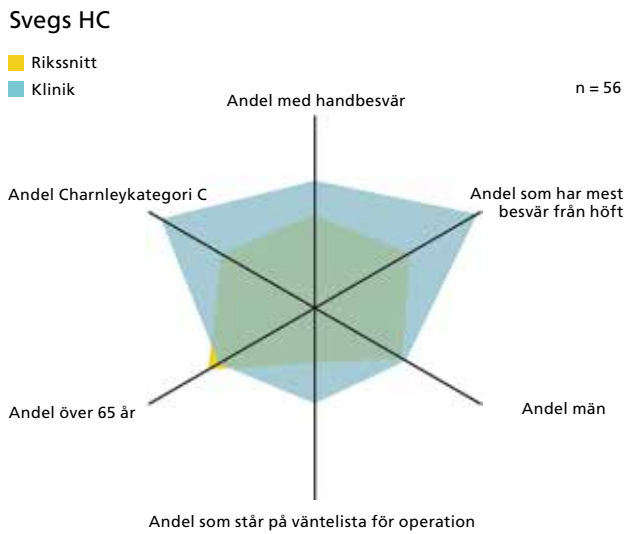
Strömsunds hc



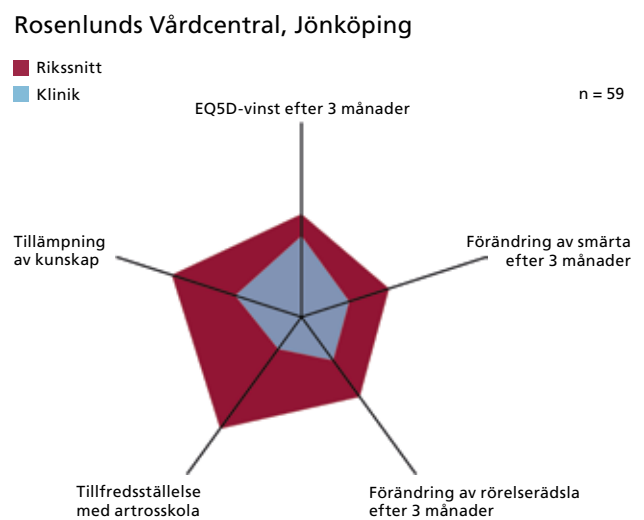
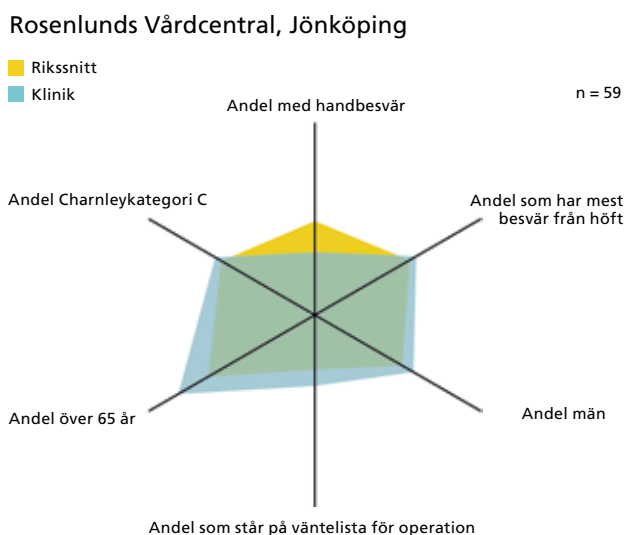
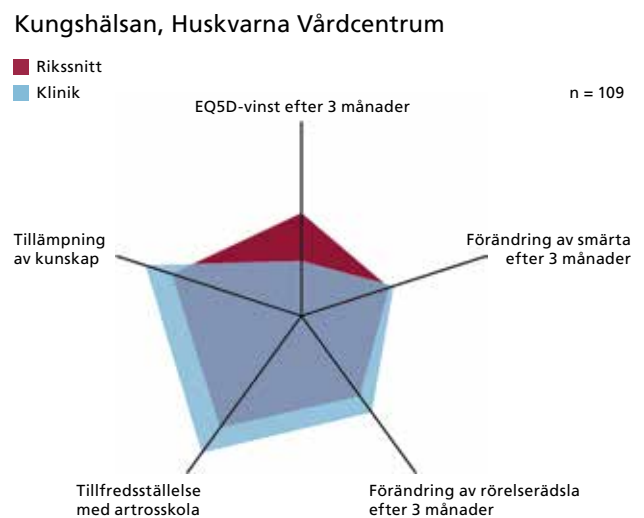
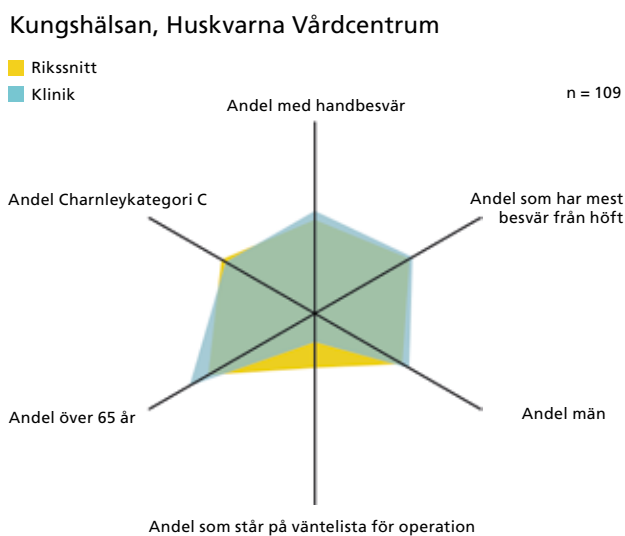
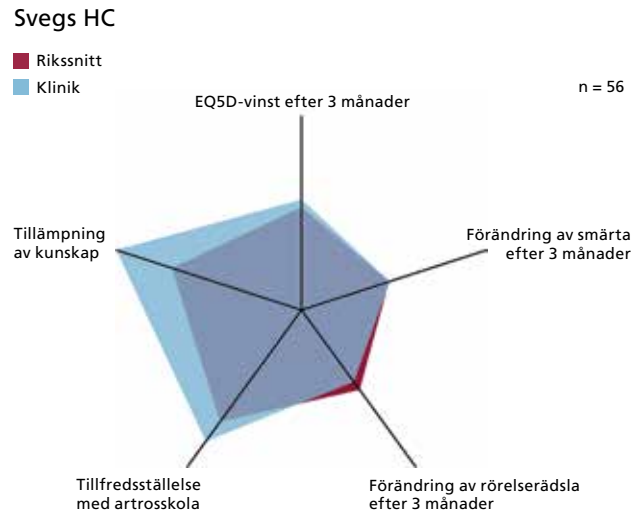
Strömsunds hc



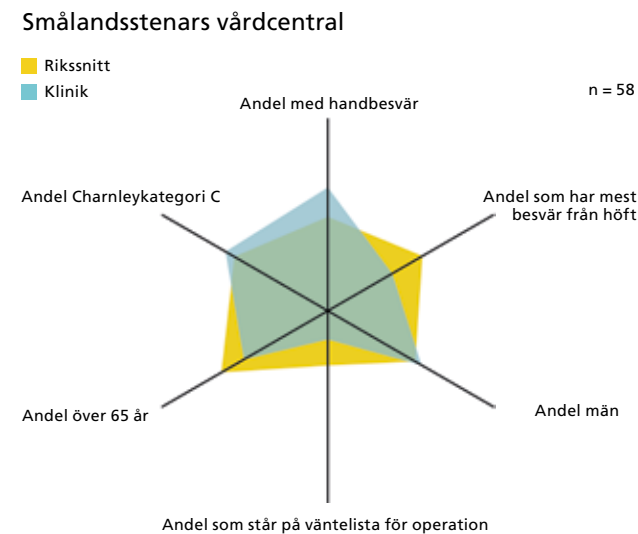
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



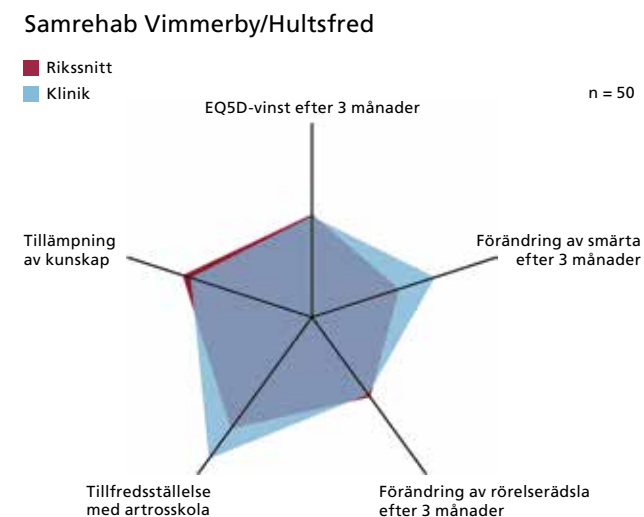
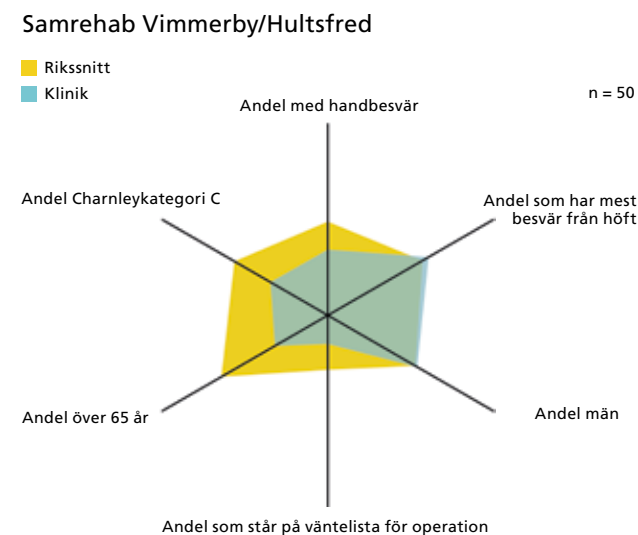
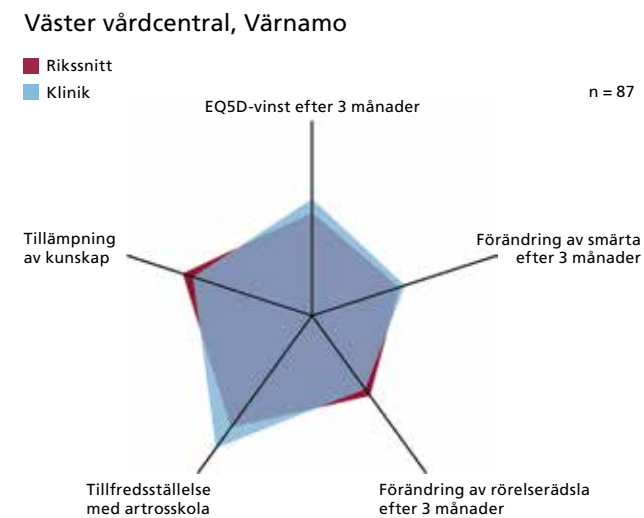
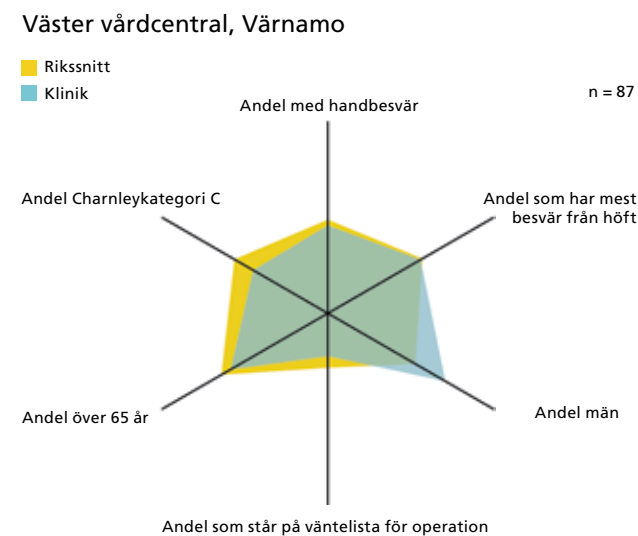
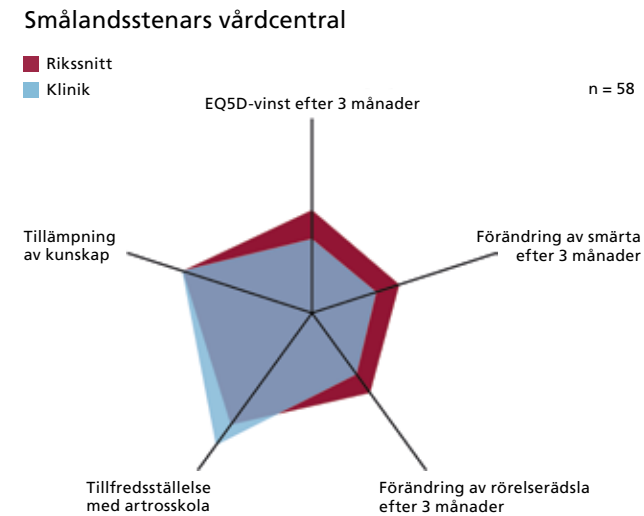
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

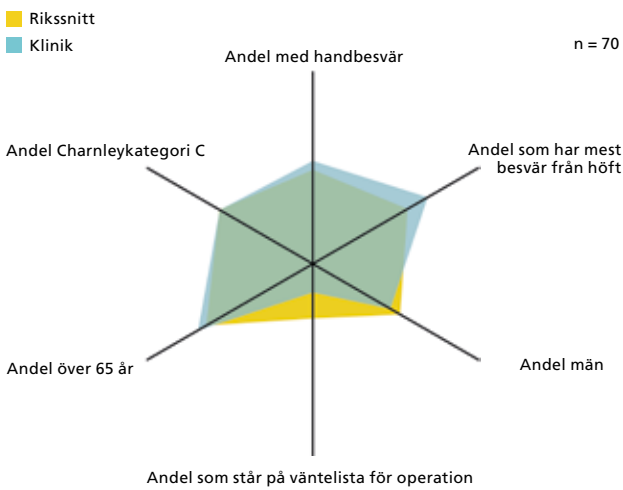


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



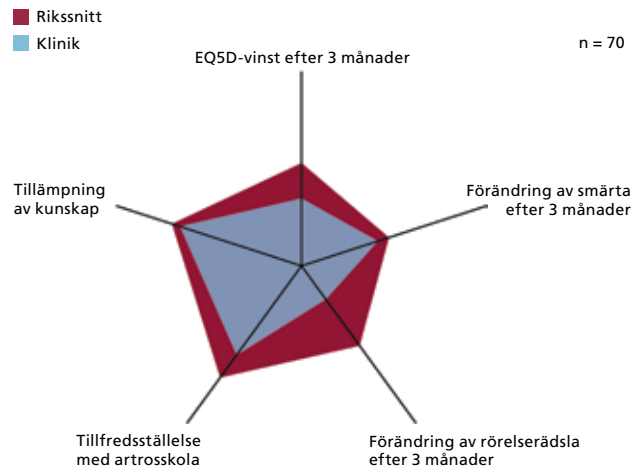
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Samrehab, Mönsterås

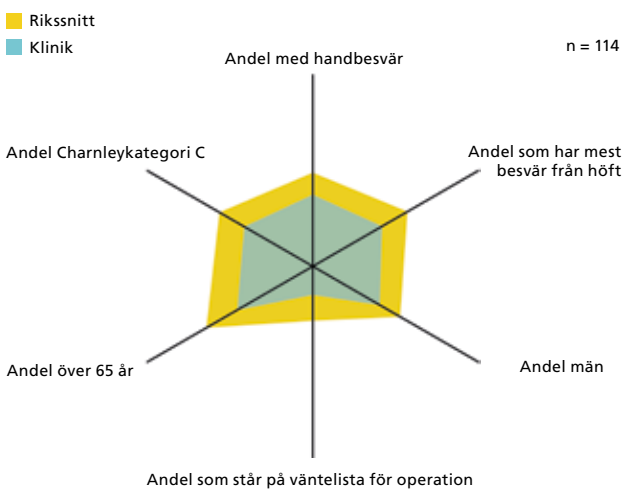


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

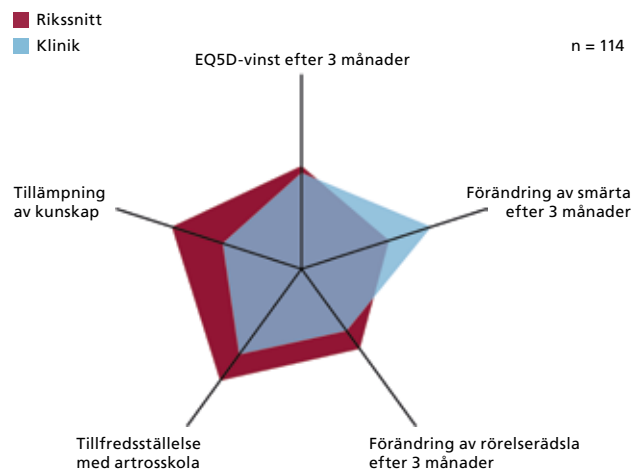
Samrehab, Mönsterås



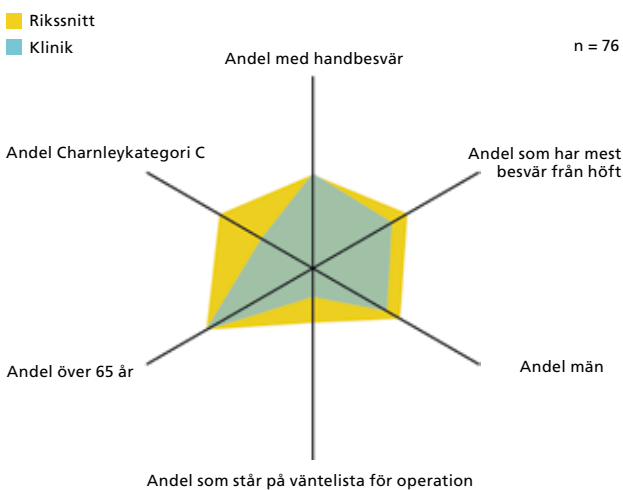
Samrehab, Oskarshamn



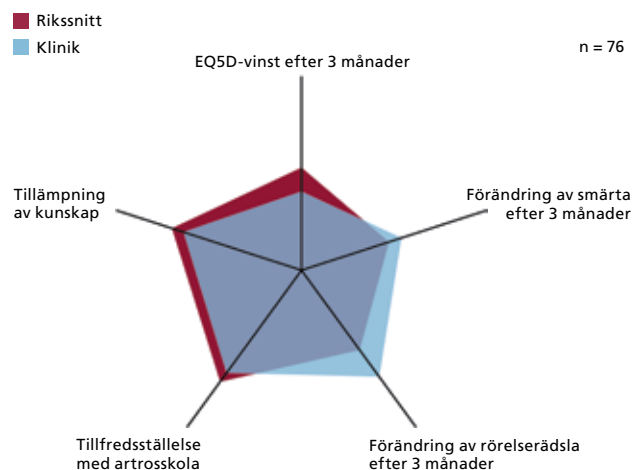
Samrehab, Oskarshamn



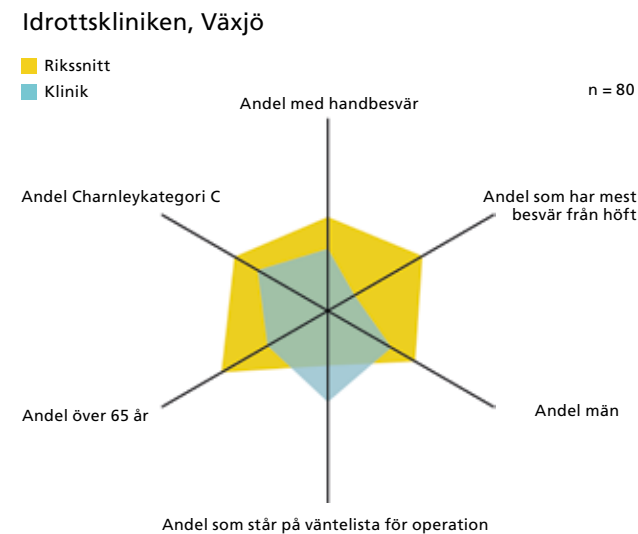
Västerviks sjh



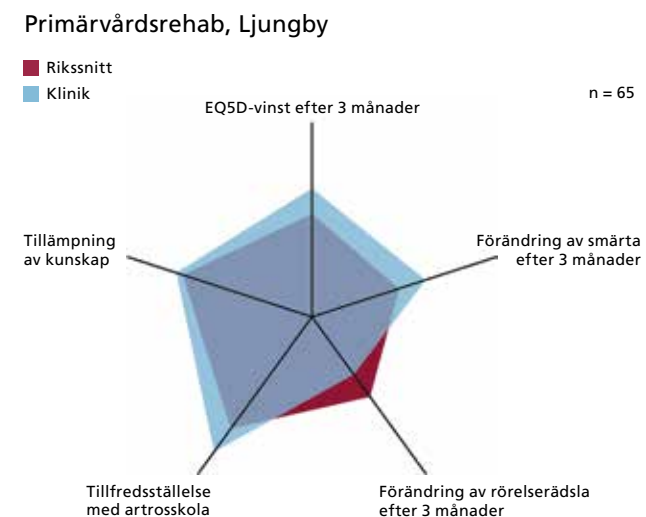
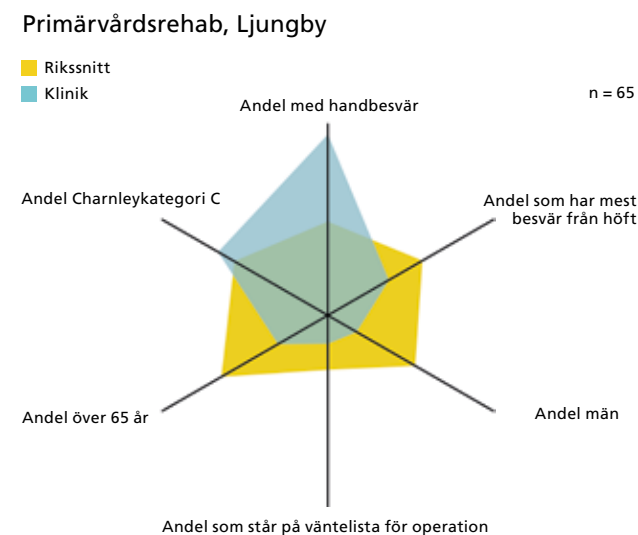
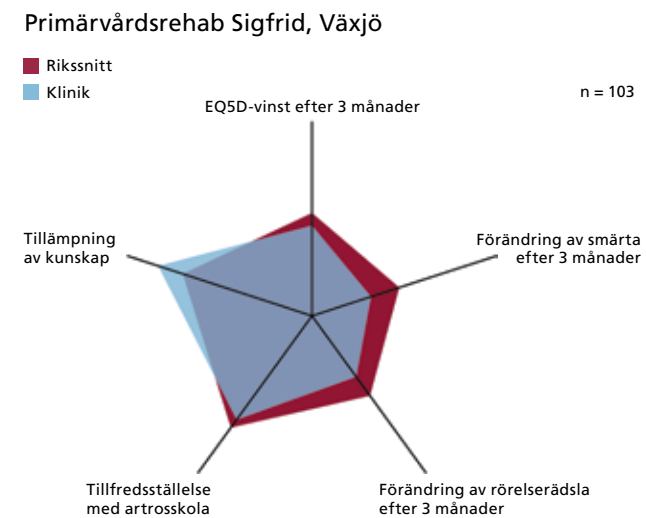
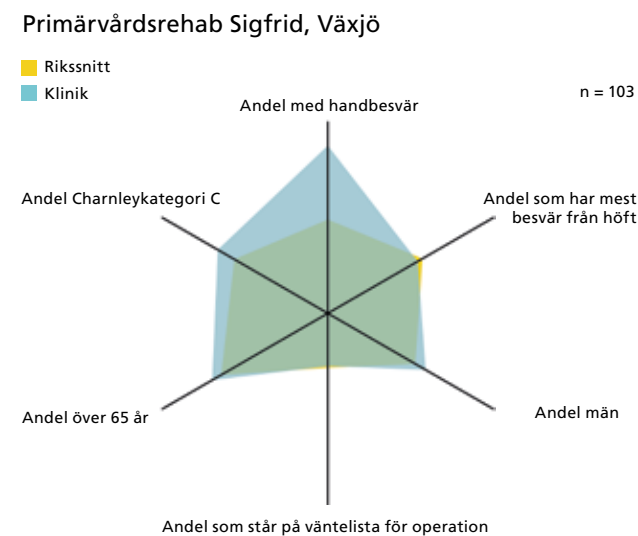
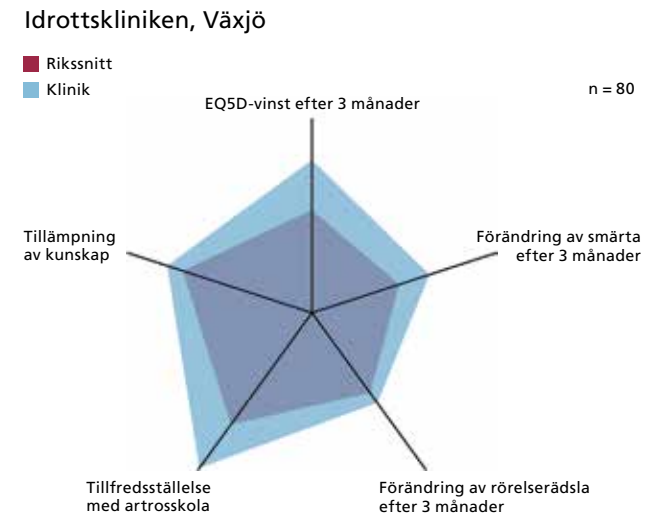
Västerviks sjh



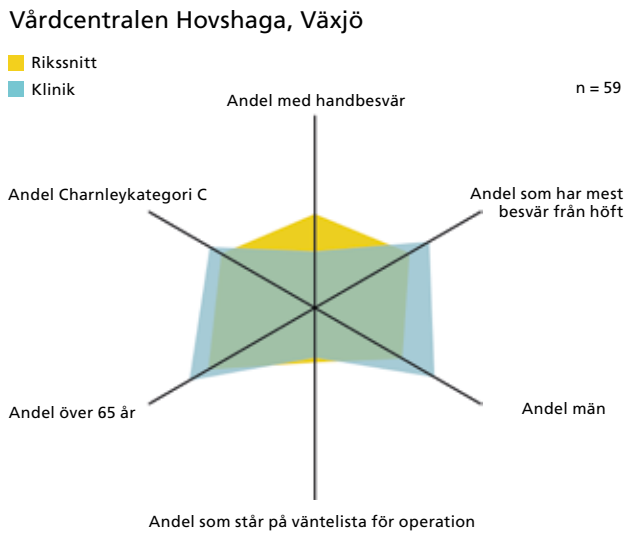
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



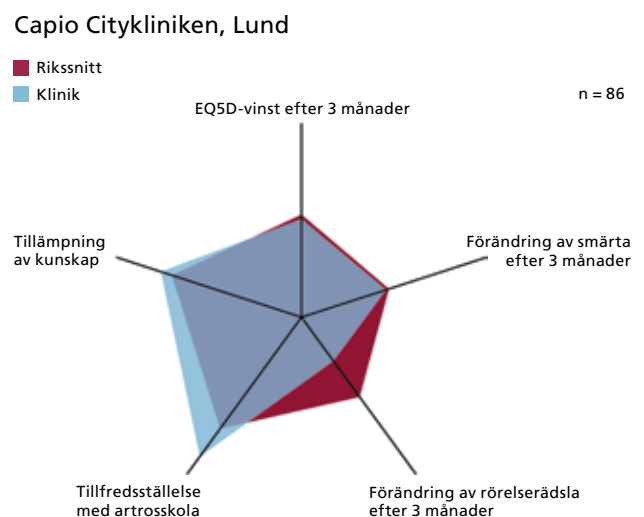
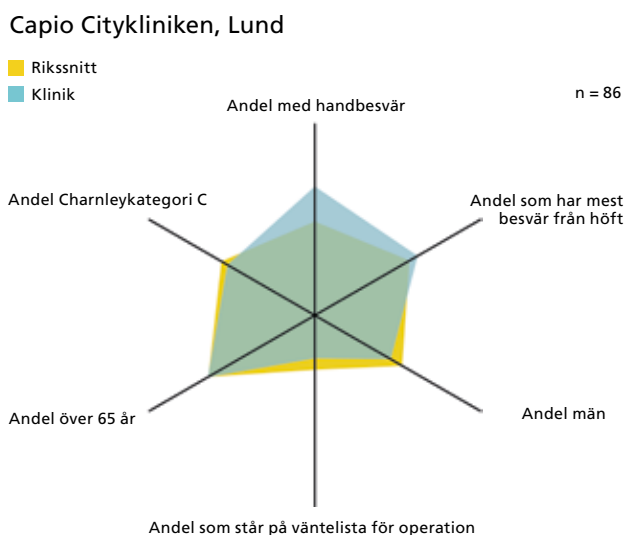
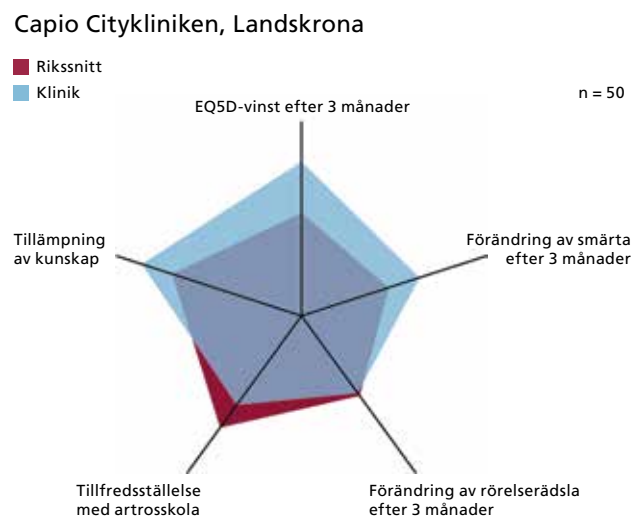
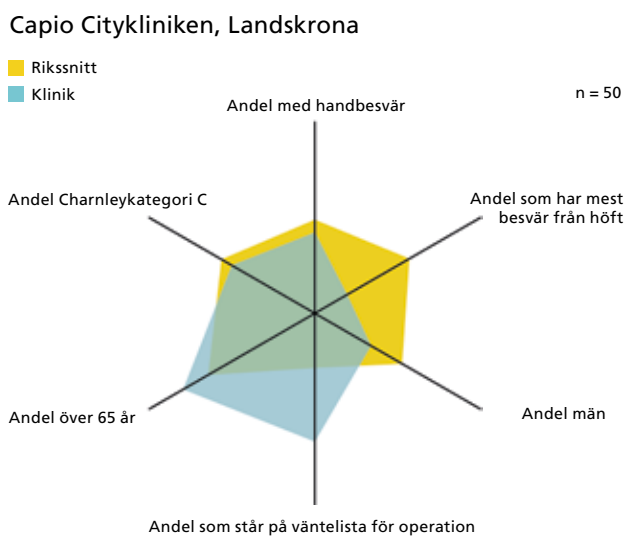
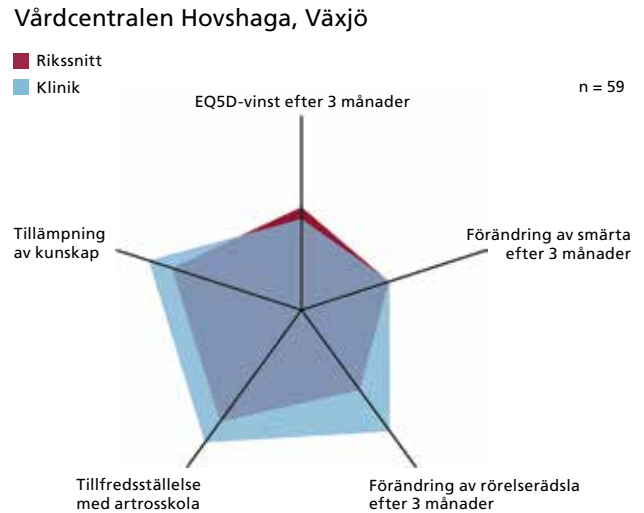
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



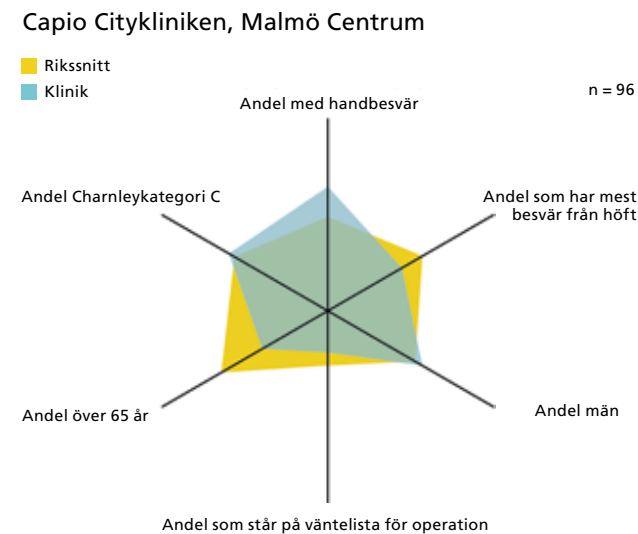
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



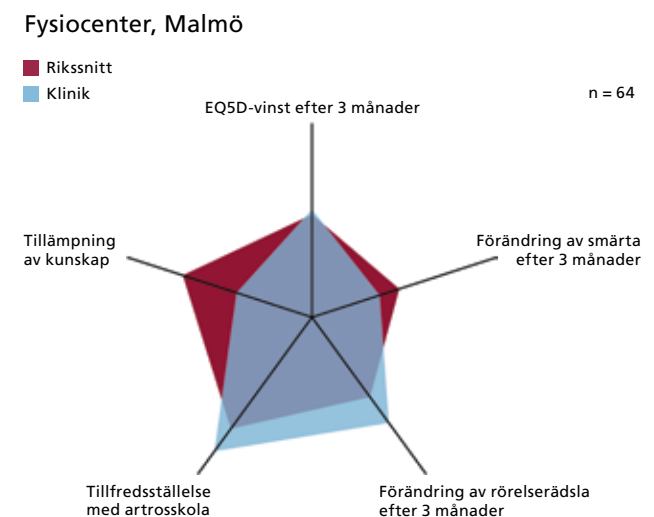
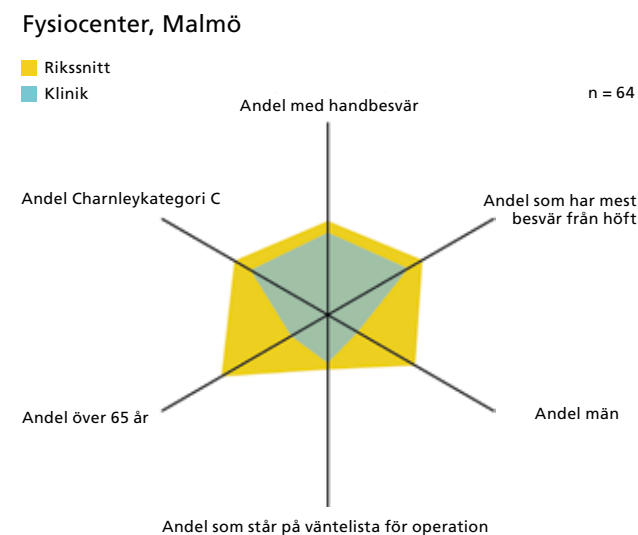
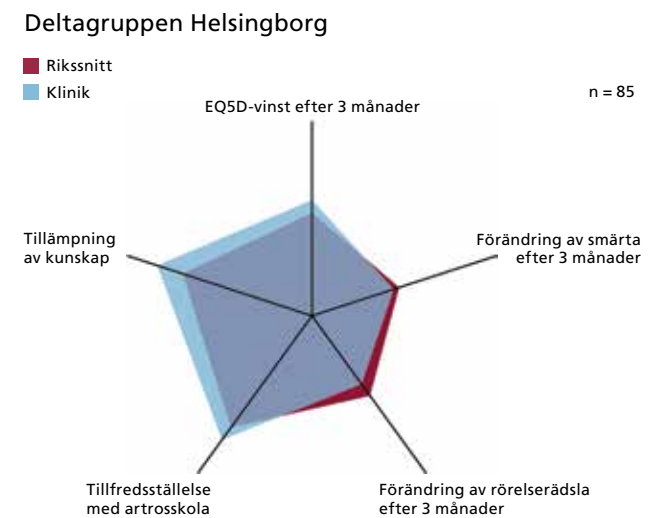
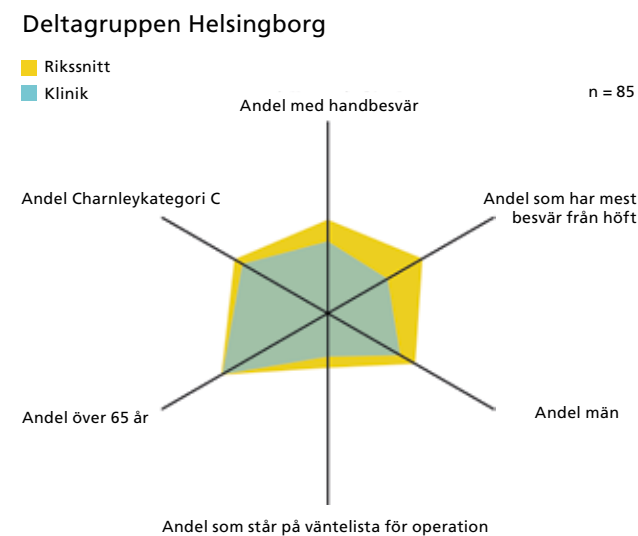
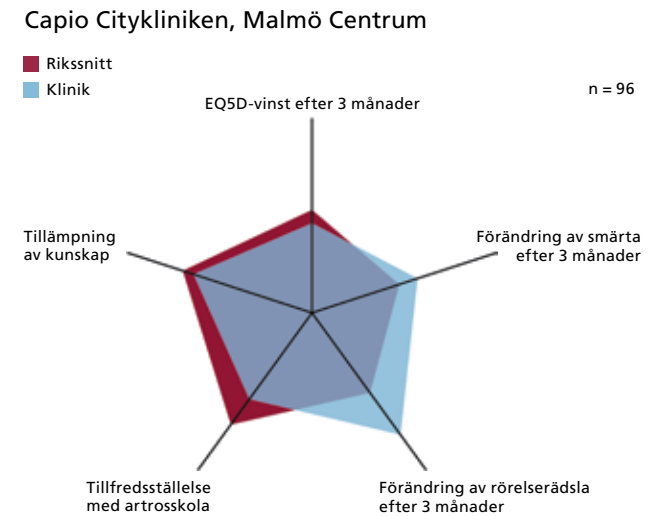
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



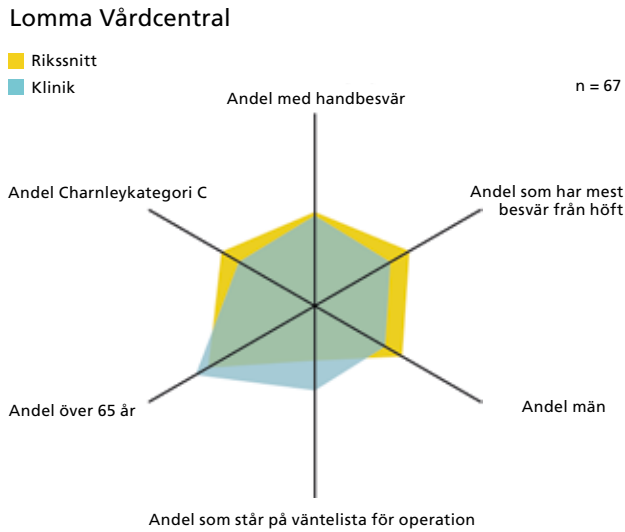
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



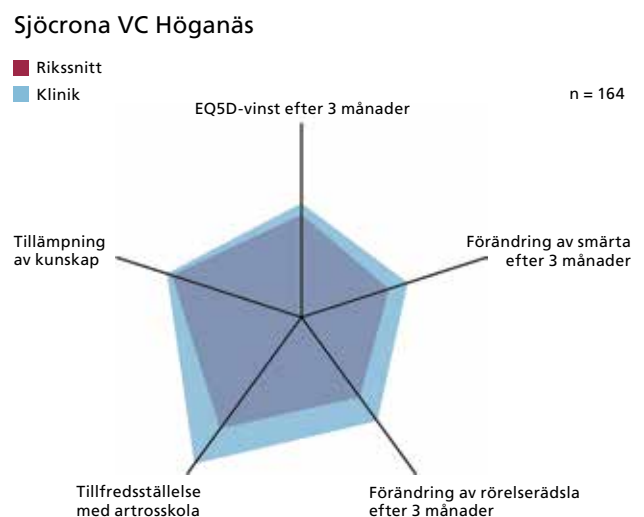
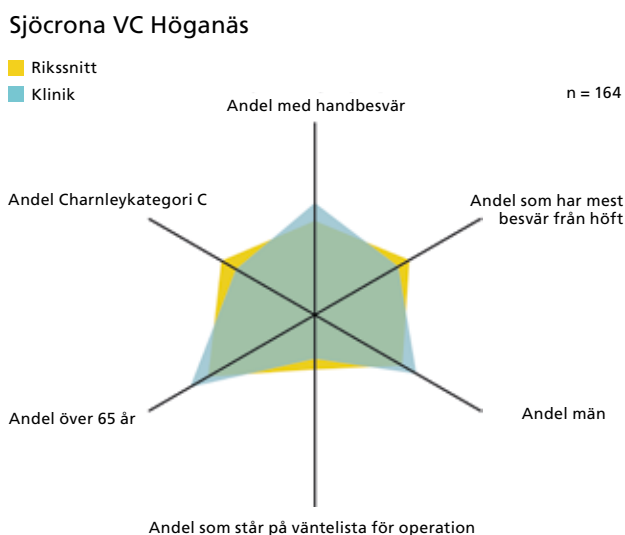
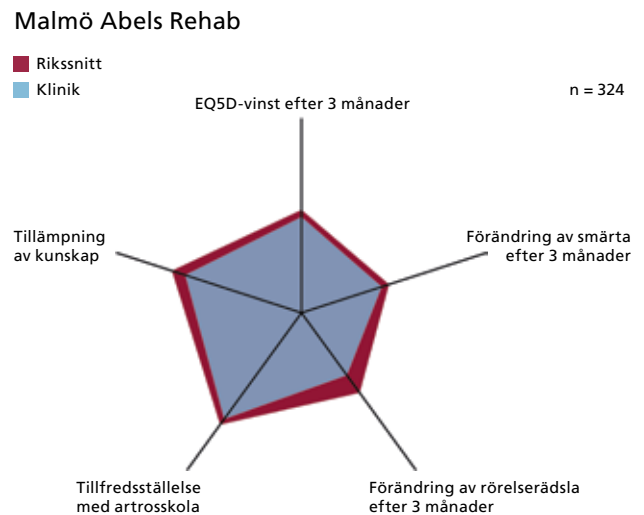
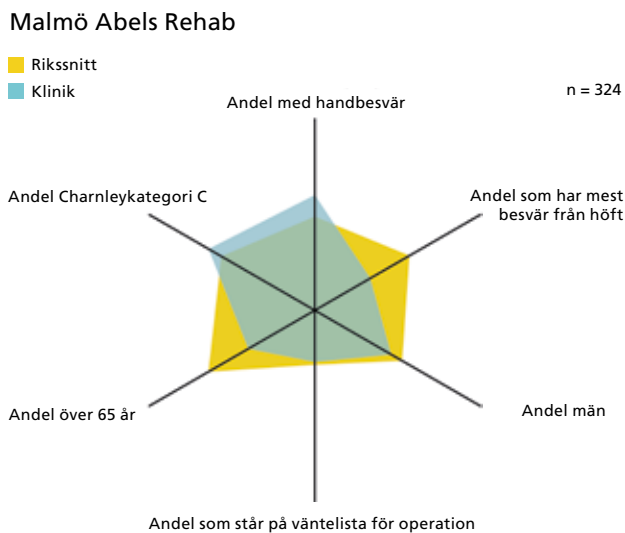
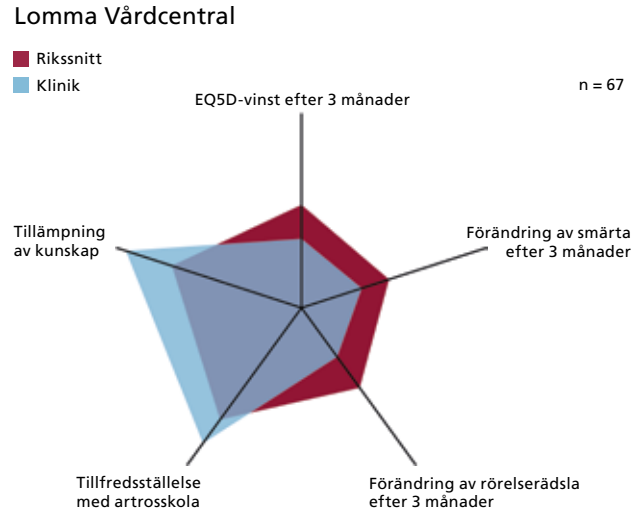
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

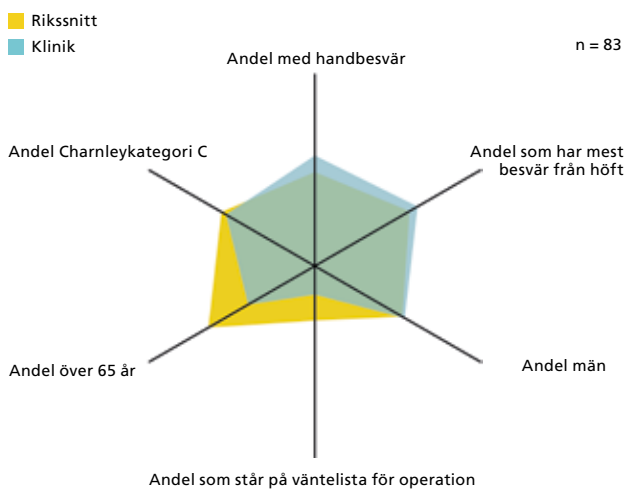


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



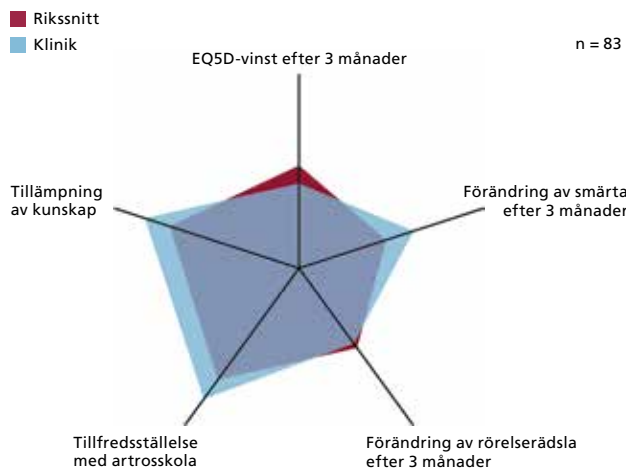
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

VC Hörby

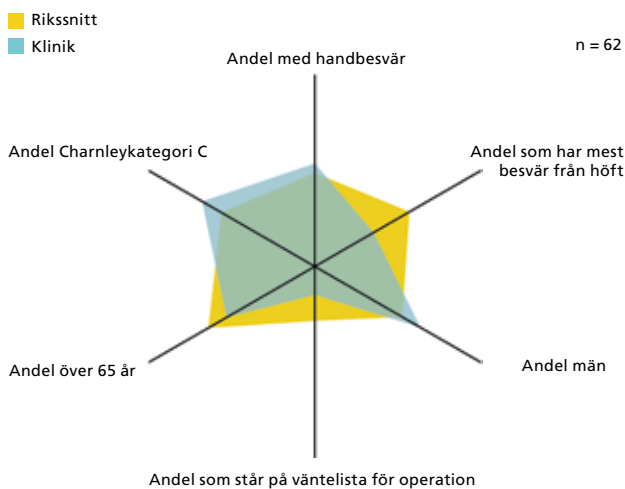


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

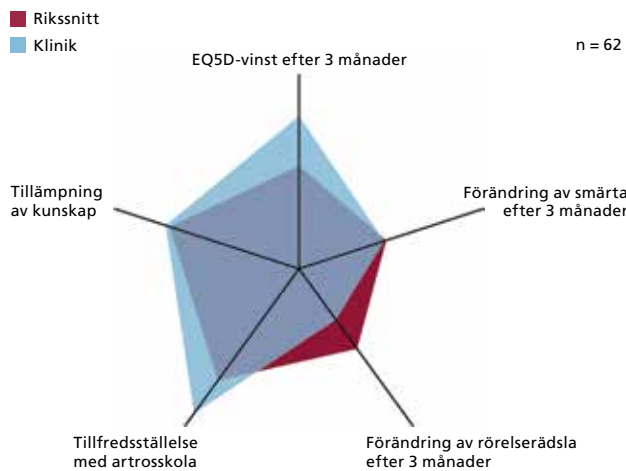
VC Hörby



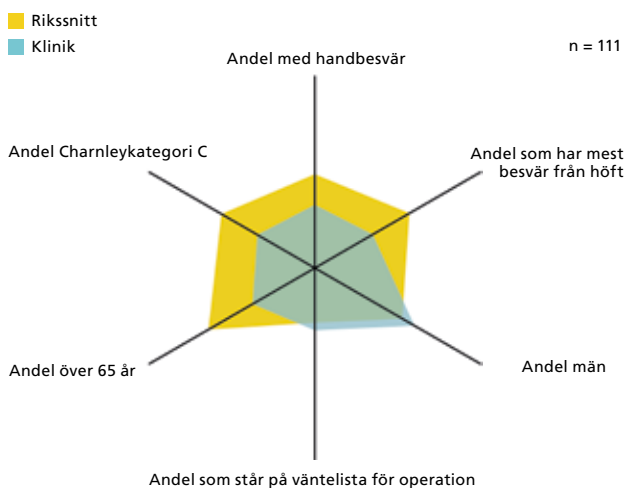
Vårdcentralen Centrum, Landskrona



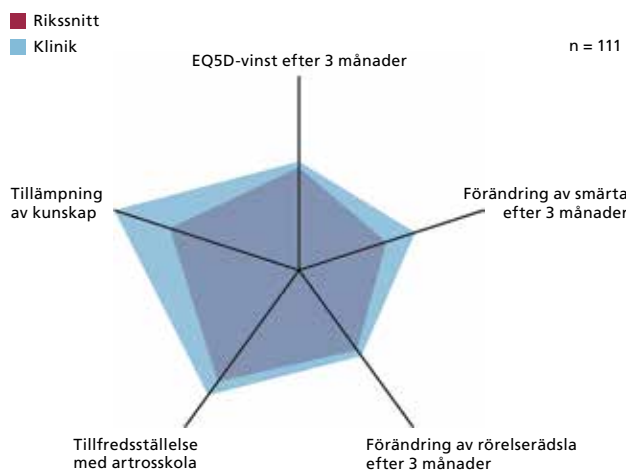
Vårdcentralen Centrum, Landskrona



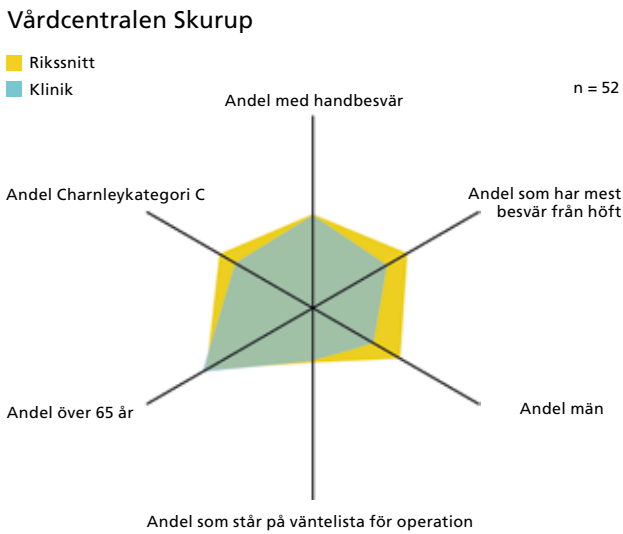
Vårdcentralen Sjöbo



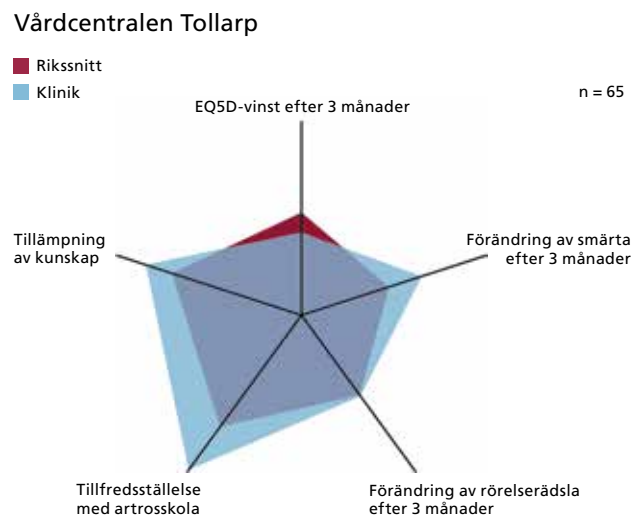
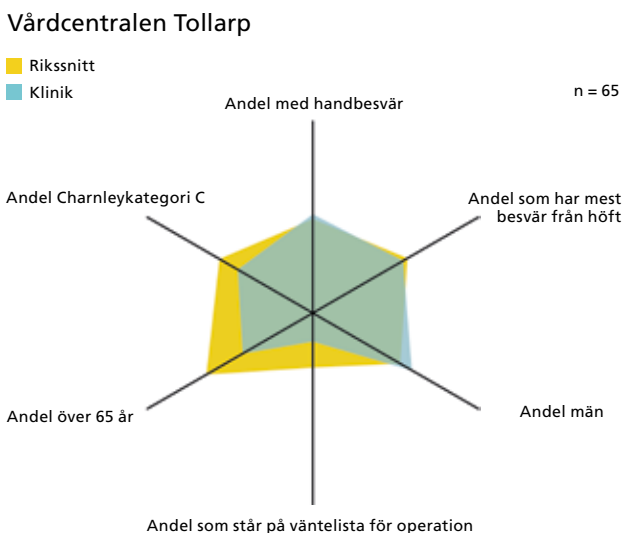
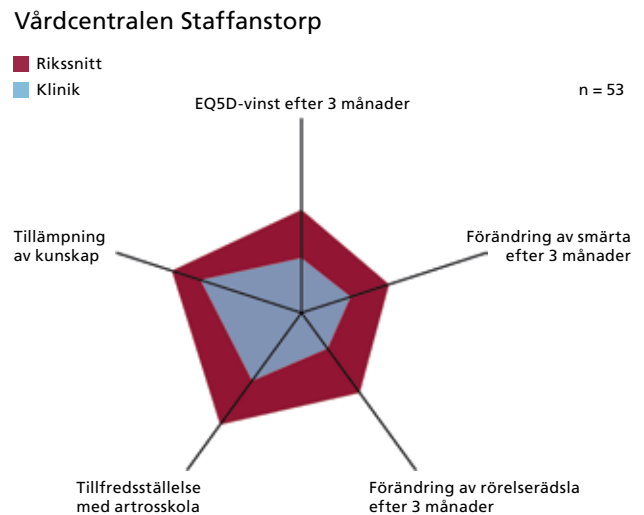
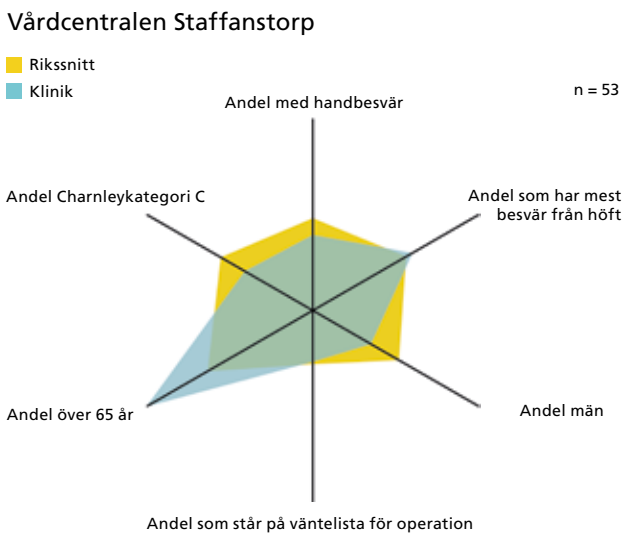
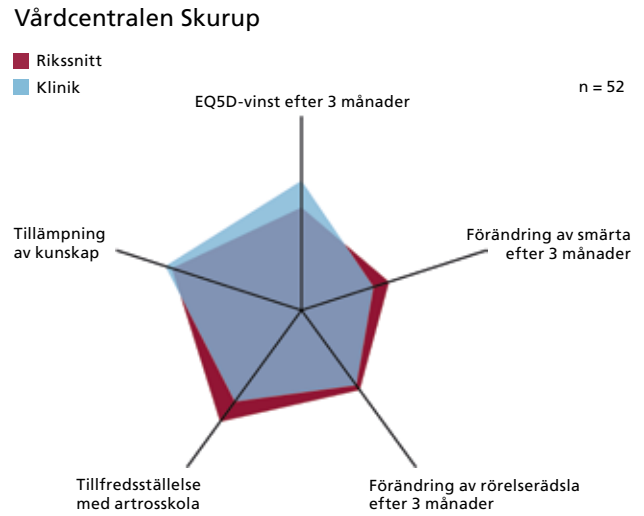
Vårdcentralen Sjöbo



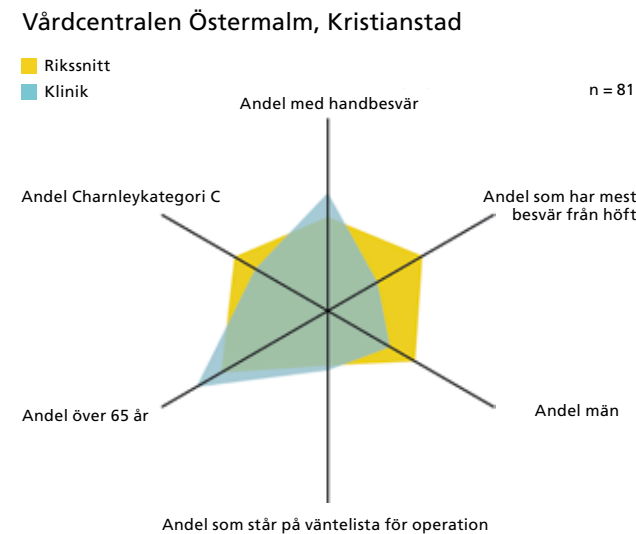
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



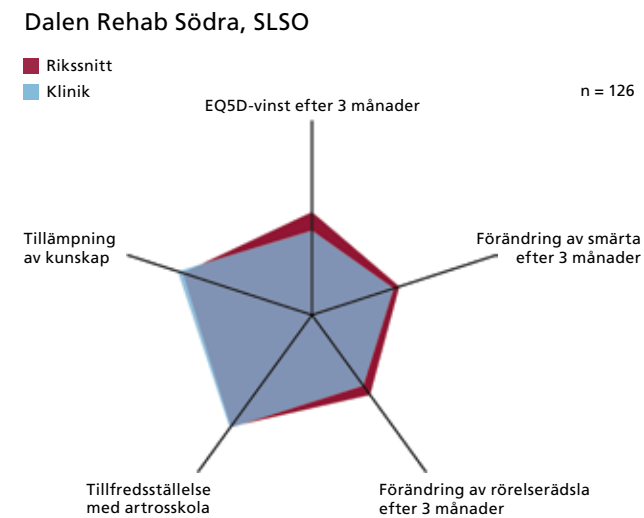
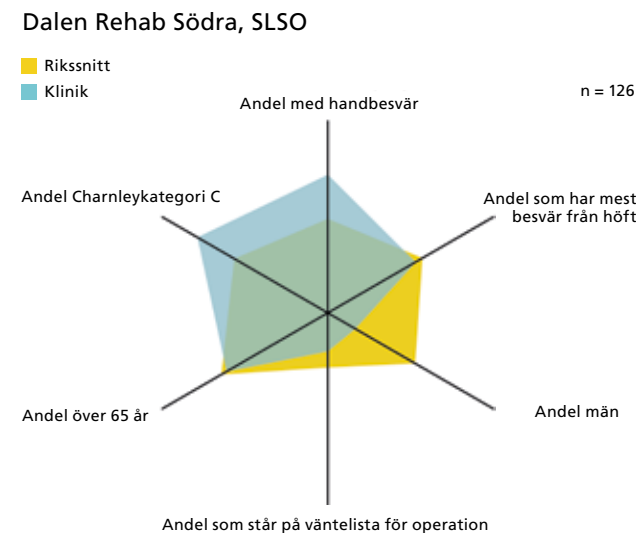
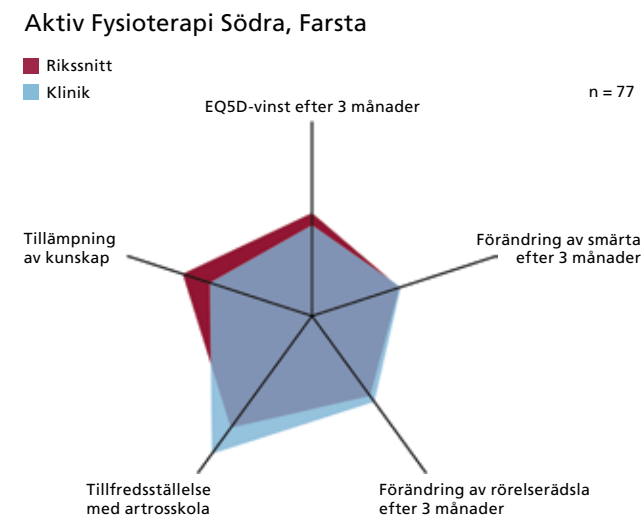
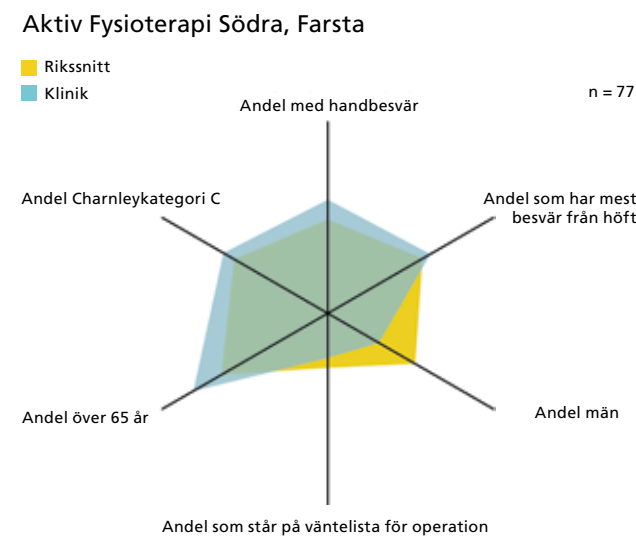
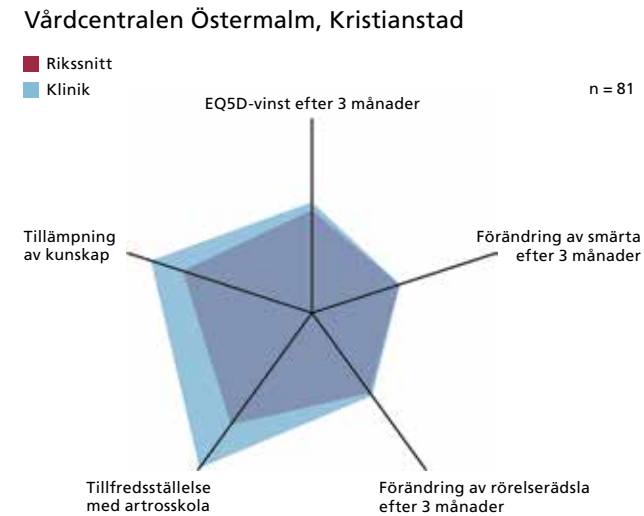
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



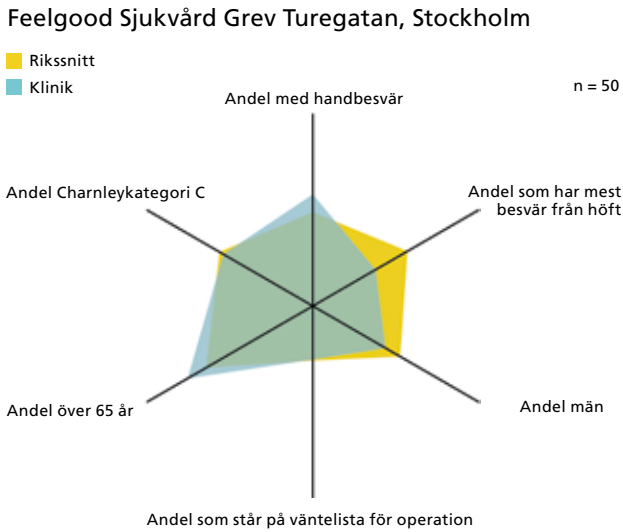
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



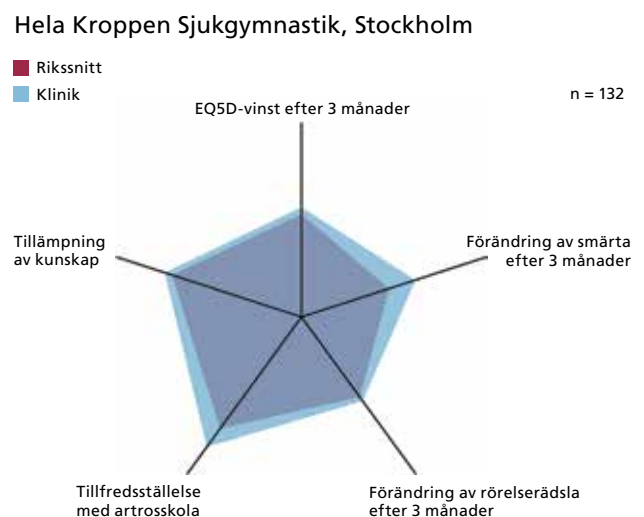
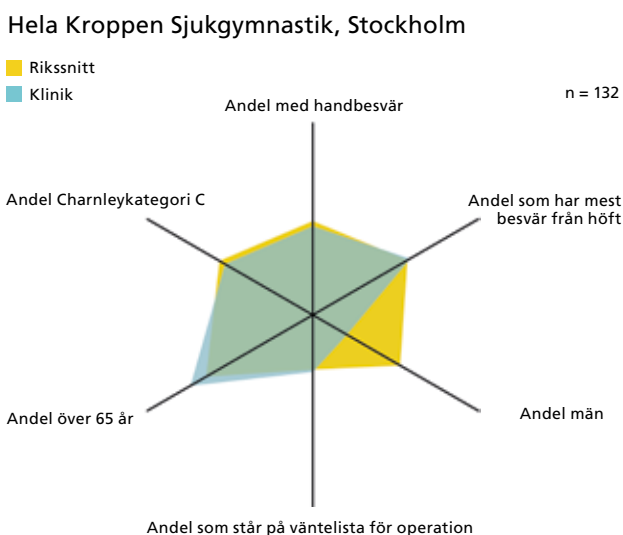
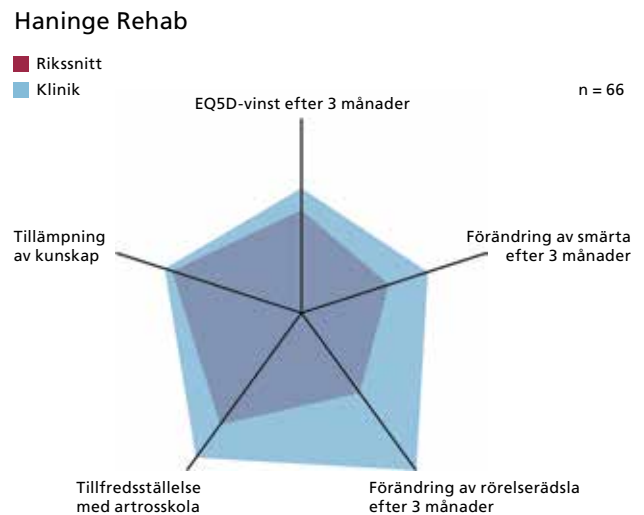
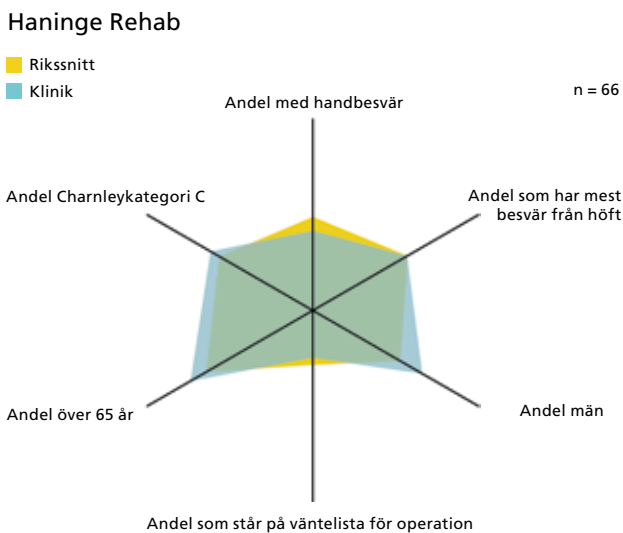
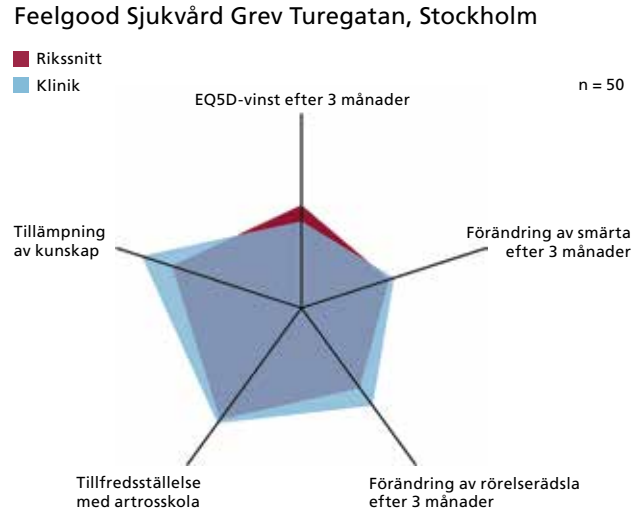
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



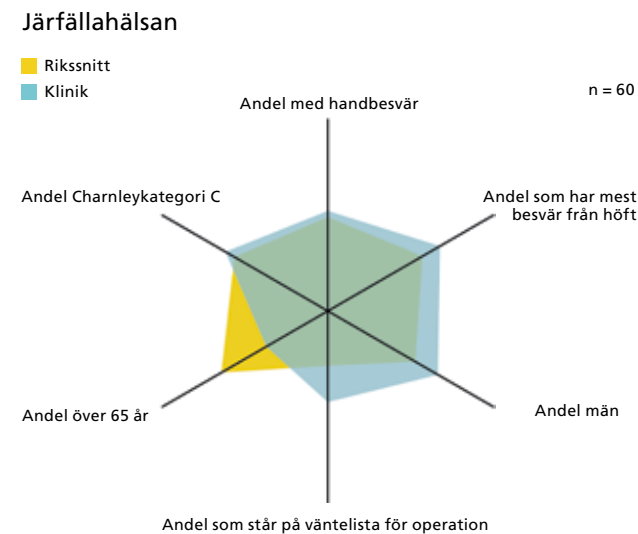
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



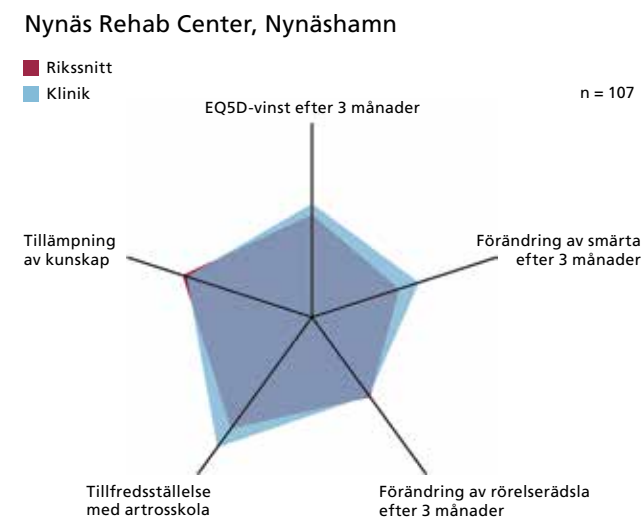
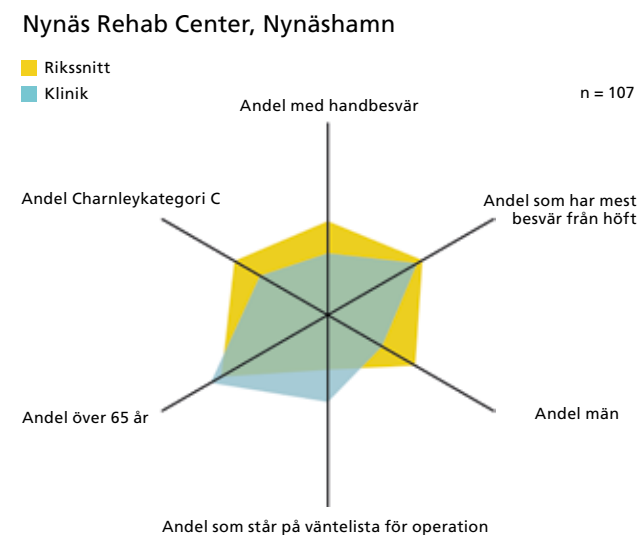
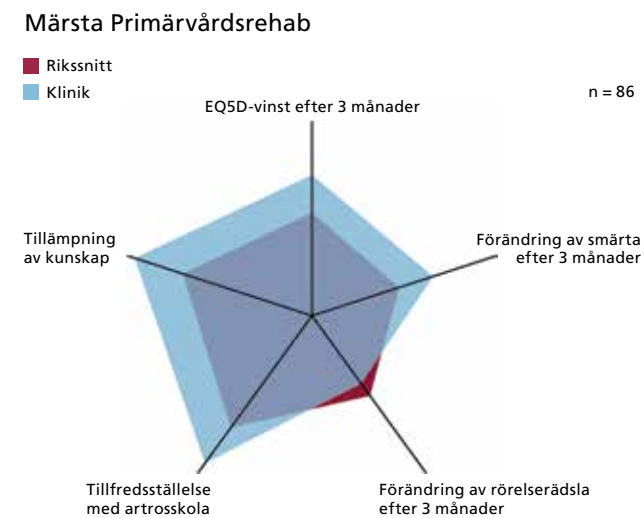
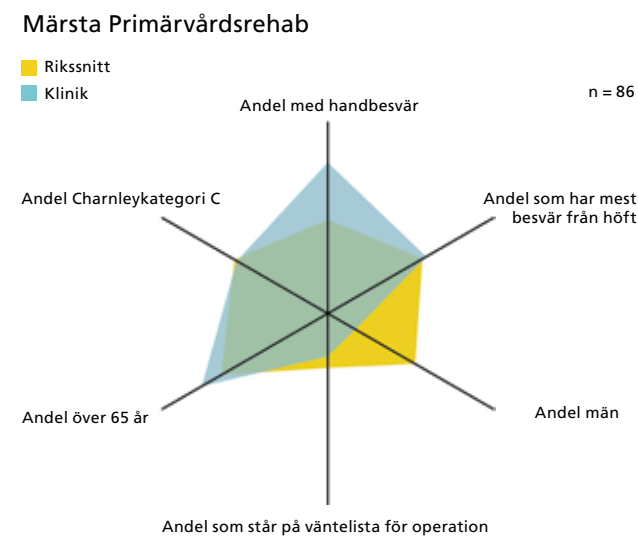
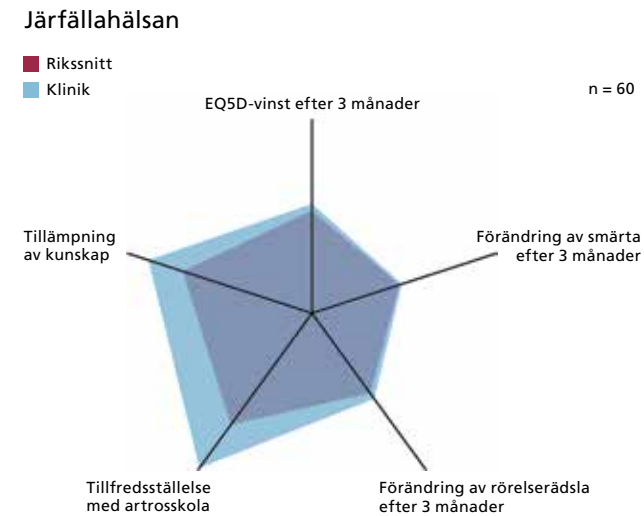
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



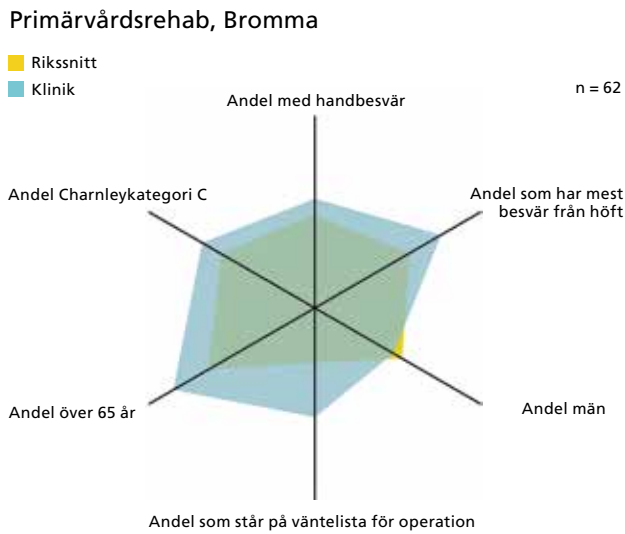
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



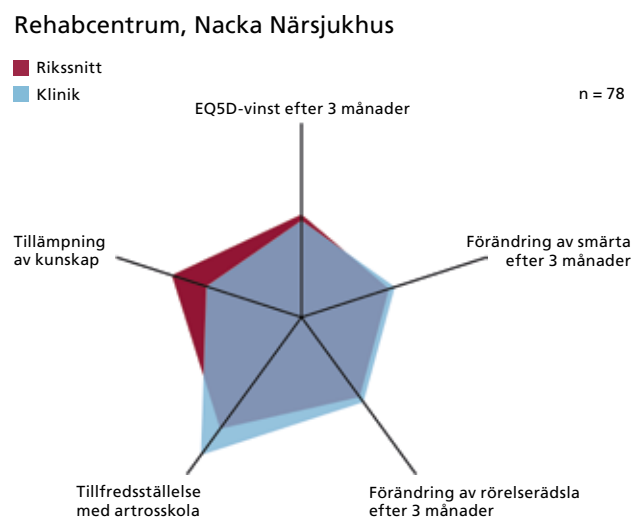
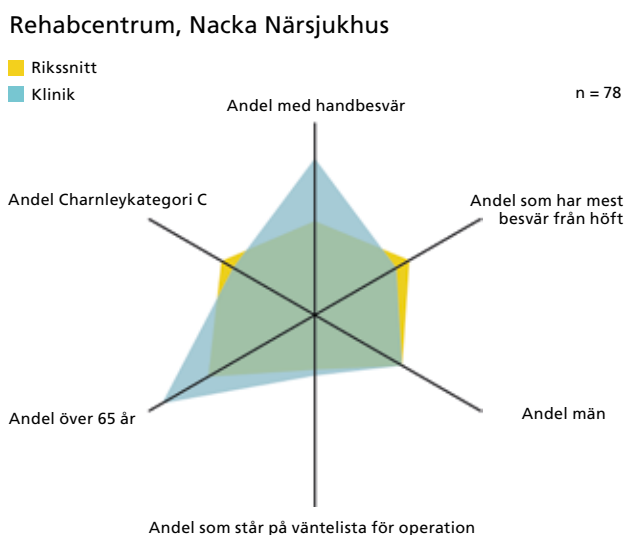
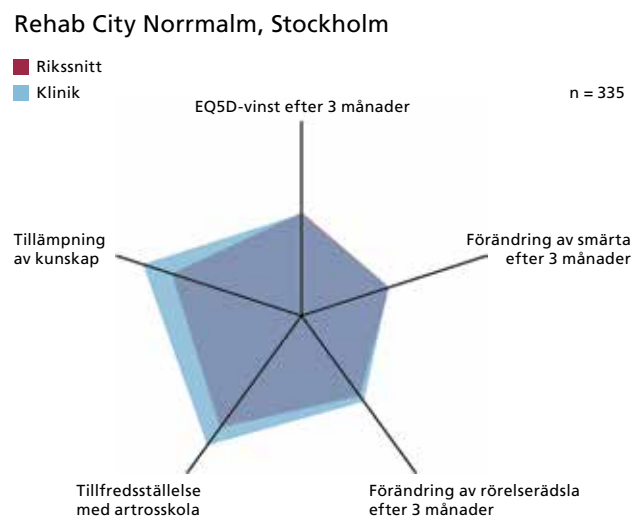
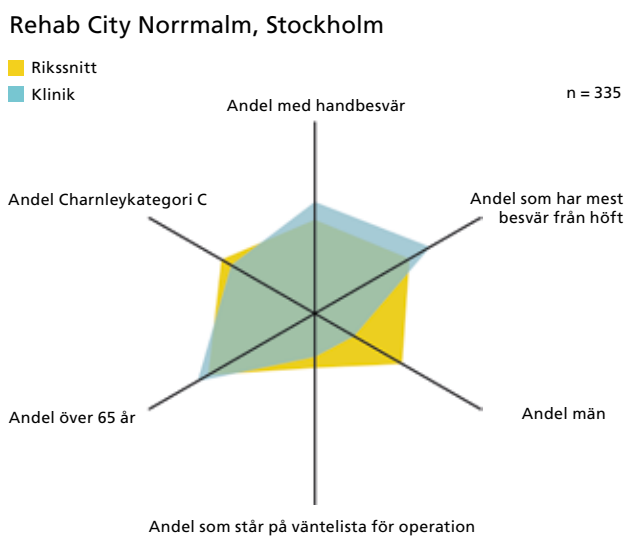
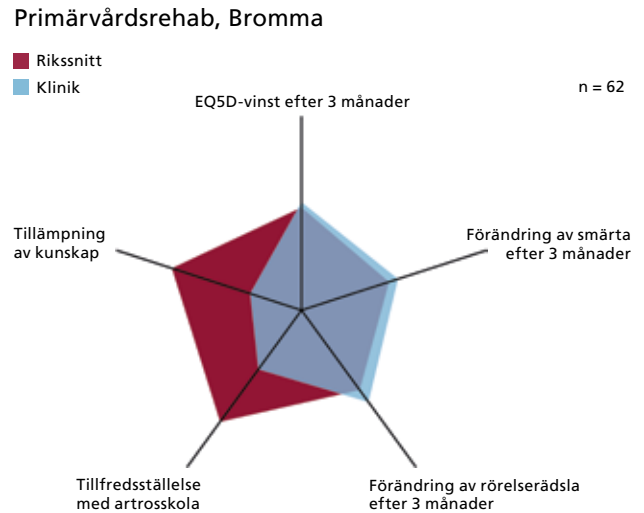
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

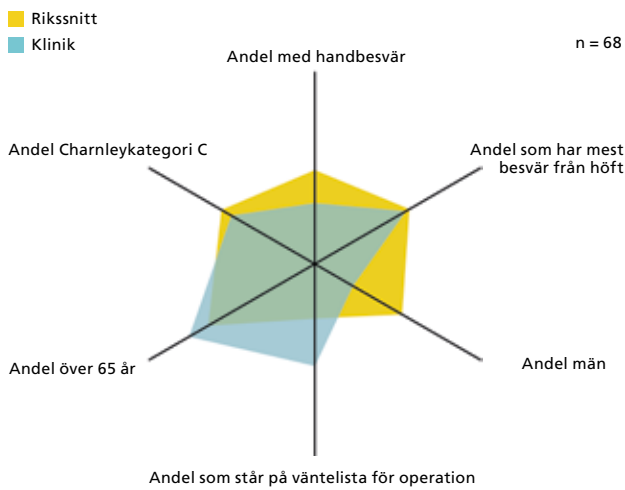


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



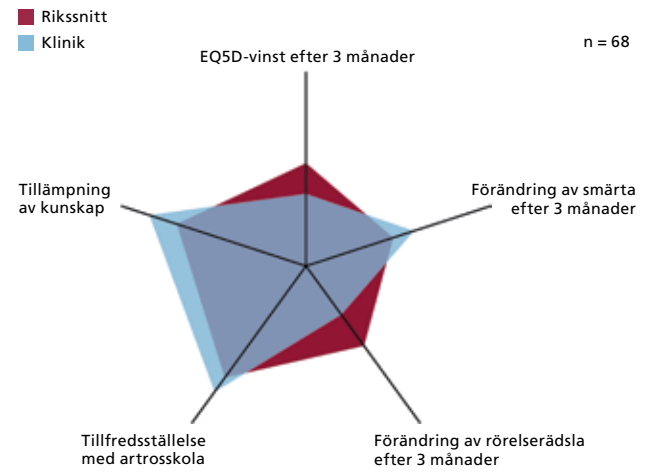
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje

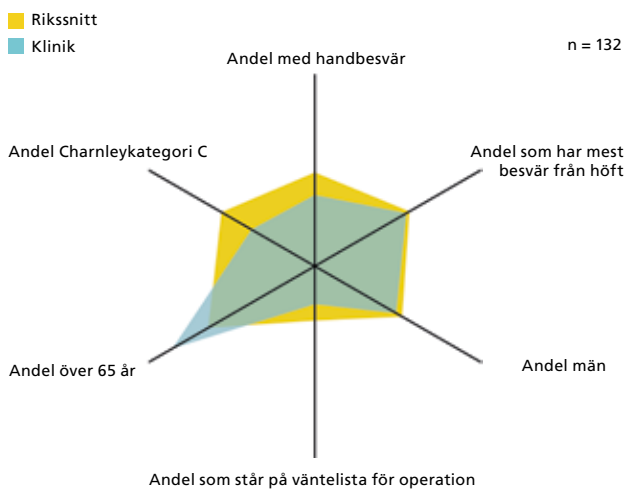


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

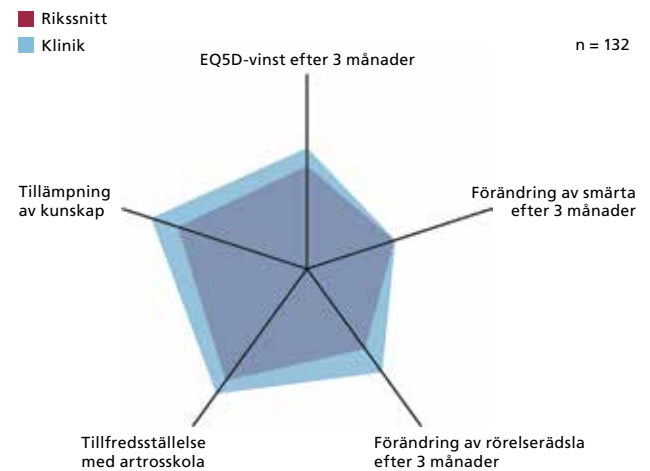
Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje



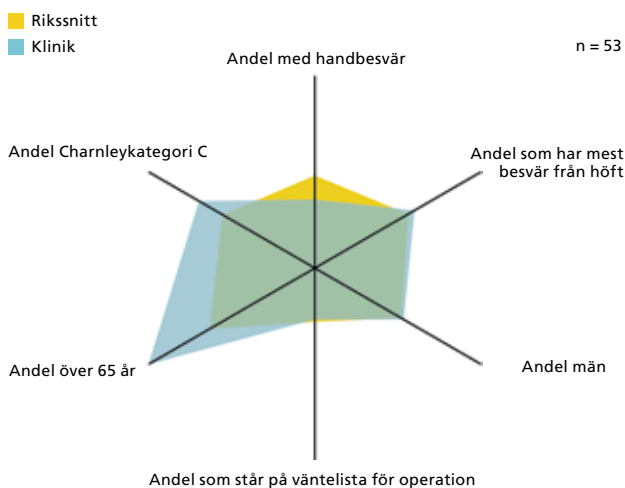
Team Aktiv, Hässelby



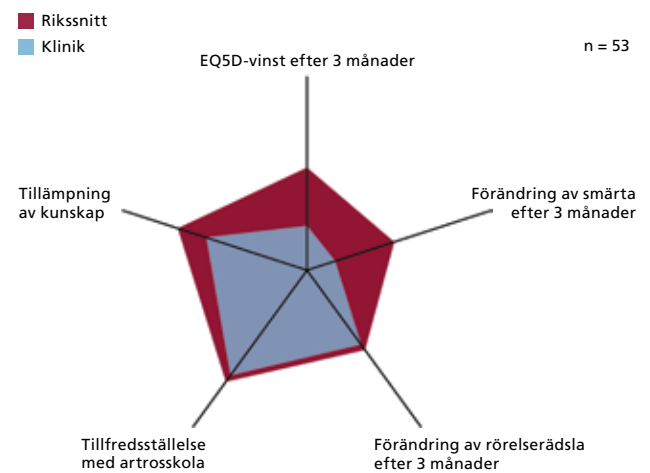
Team Aktiv, Hässelby



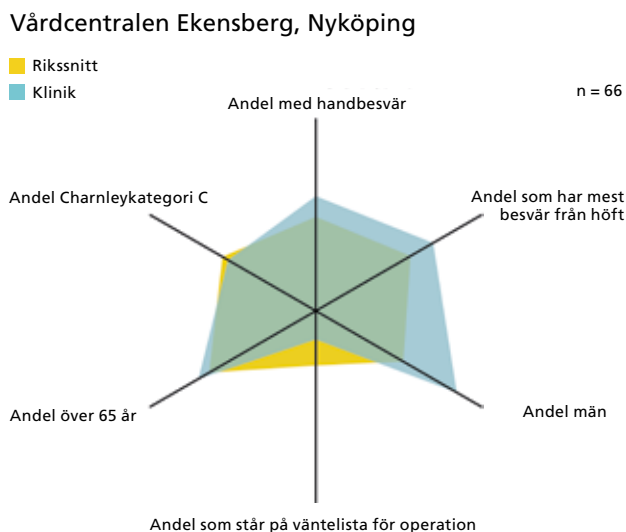
Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping



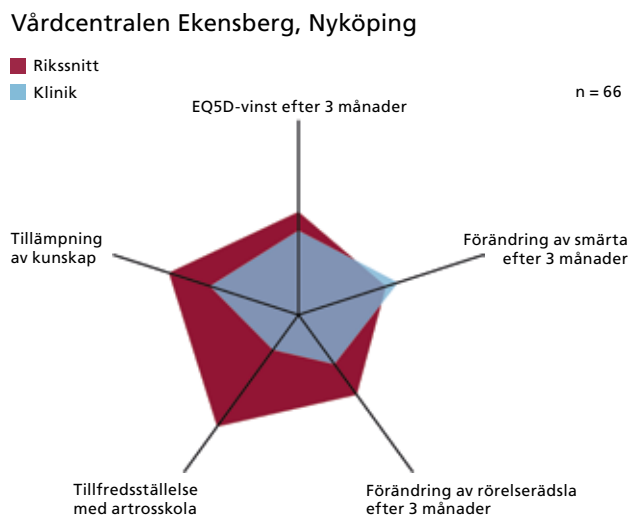
Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping



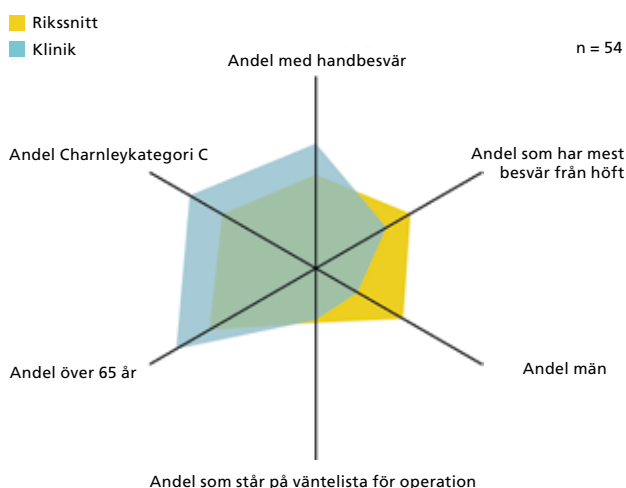
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



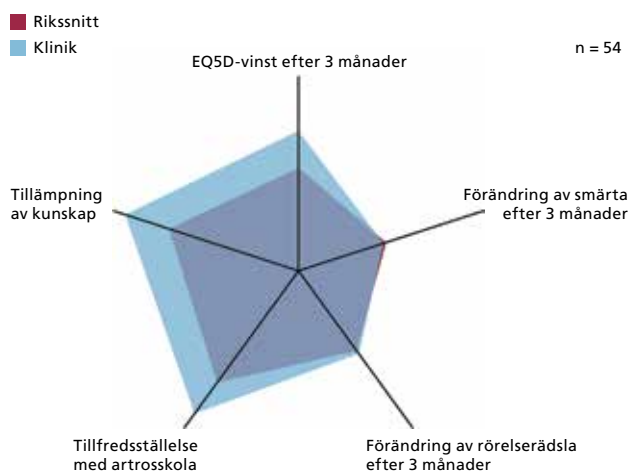
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



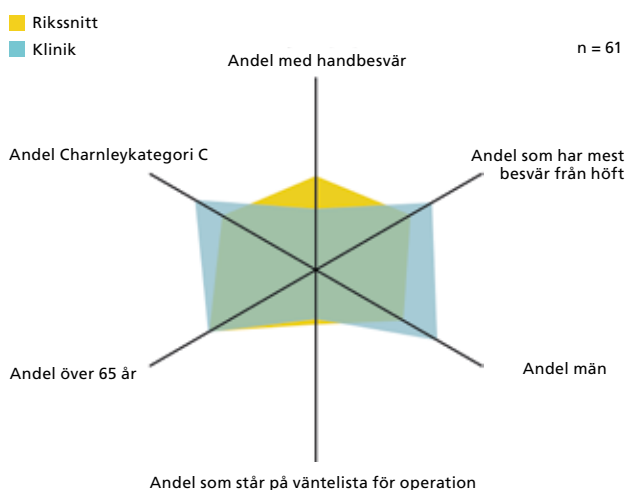
Gimo Vårdcentral



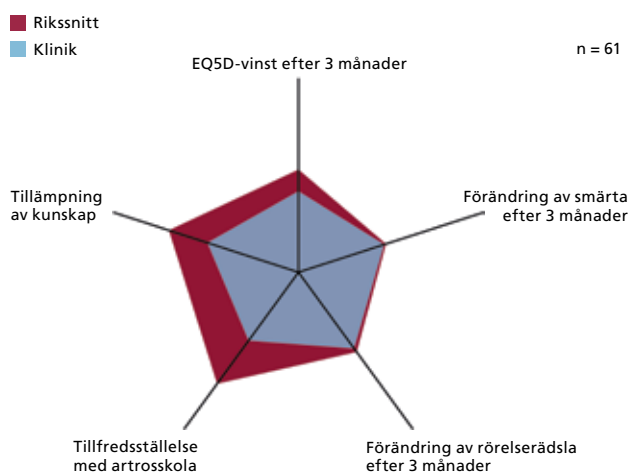
Gimo Vårdcentral



Hagfors VC

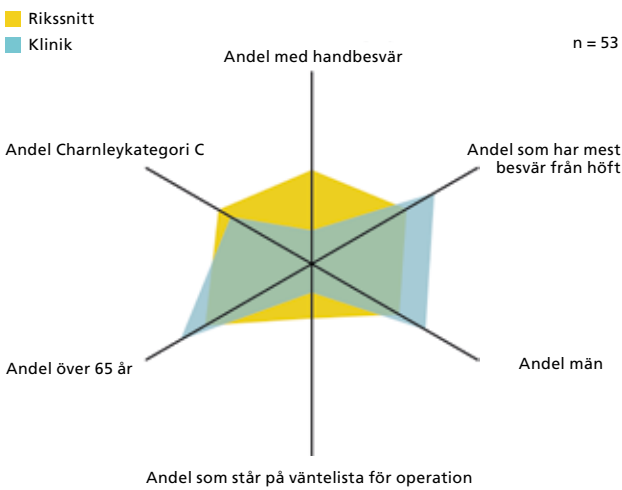


Hagfors VC



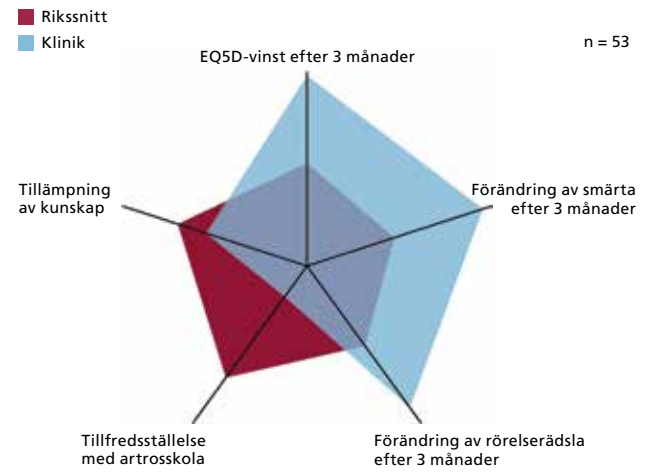
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Rehabenheten, Kristinehamn

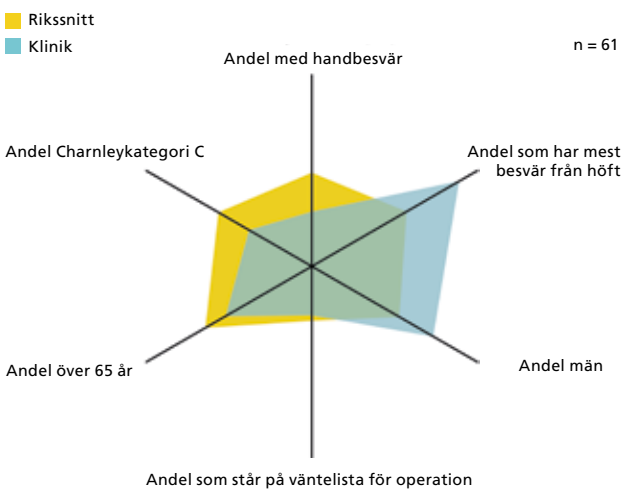


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

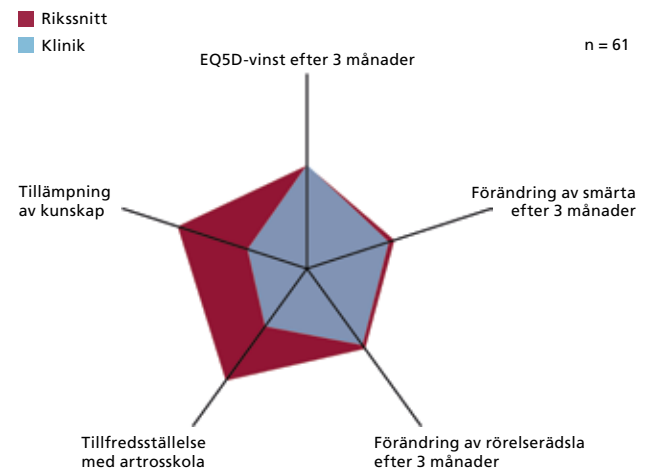
Rehabenheten, Kristinehamn



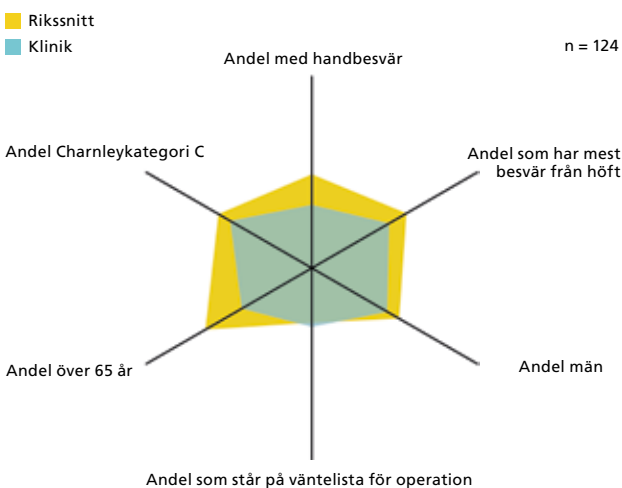
Rehabiliteringsenheten, Säfle



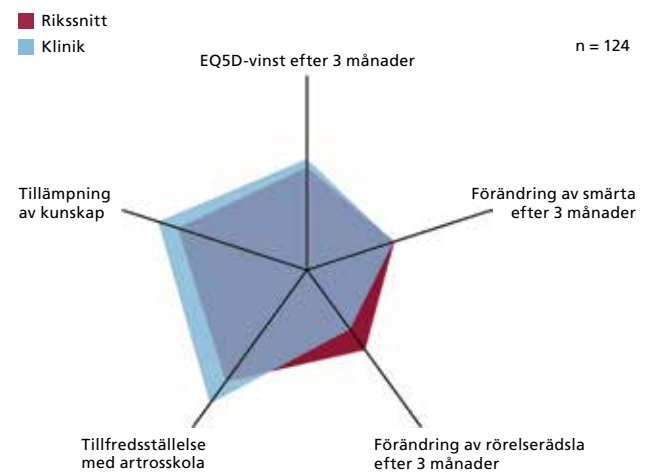
Rehabiliteringsenheten, Säfle



Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika

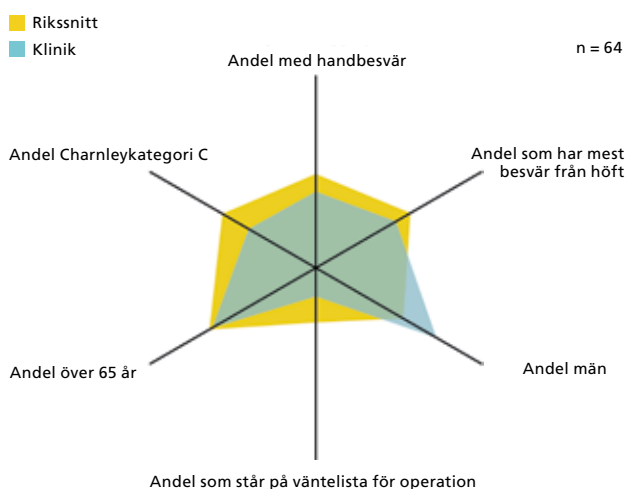


Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika



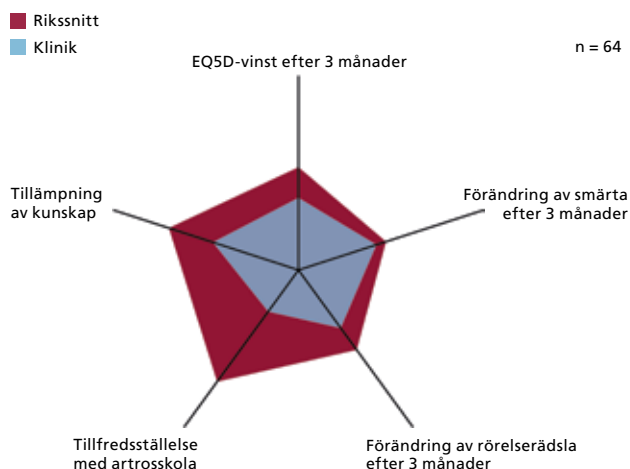
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Sjukhuset Torsby

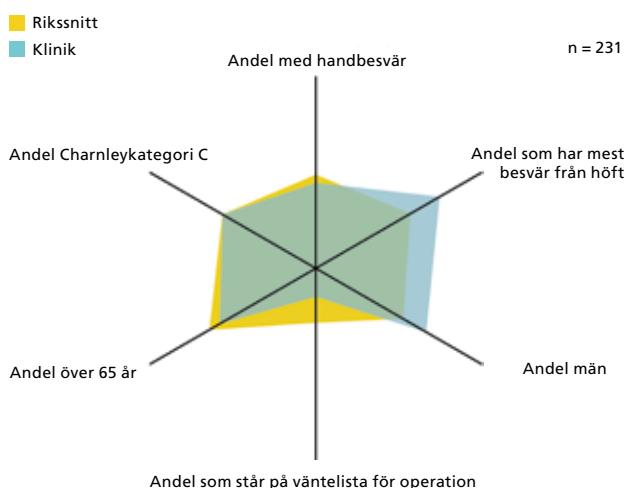


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

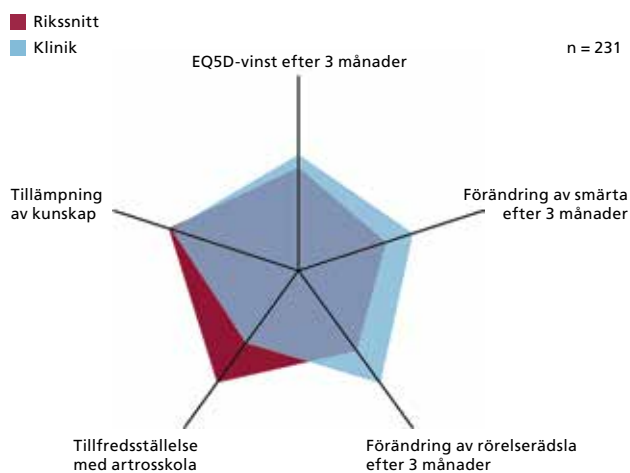
Sjukhuset Torsby



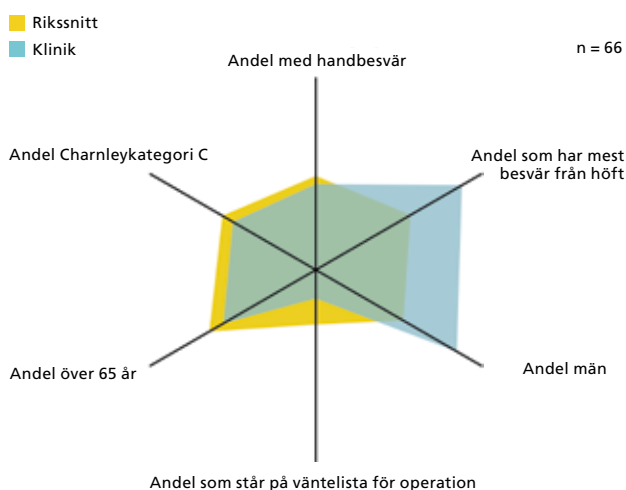
VC Gripen, Karlstad CSK



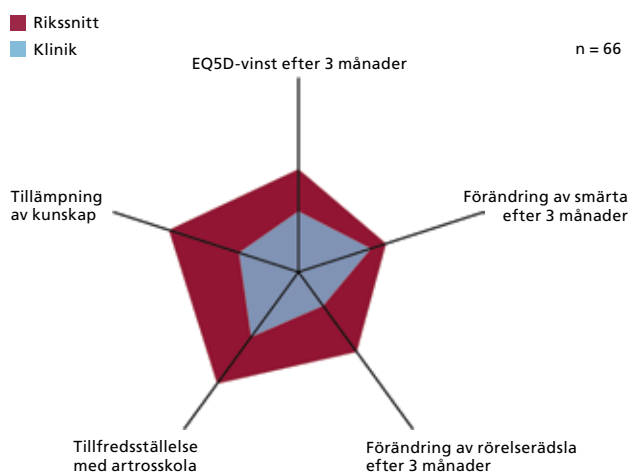
VC Gripen, Karlstad CSK



Vårdcentralen Sunne

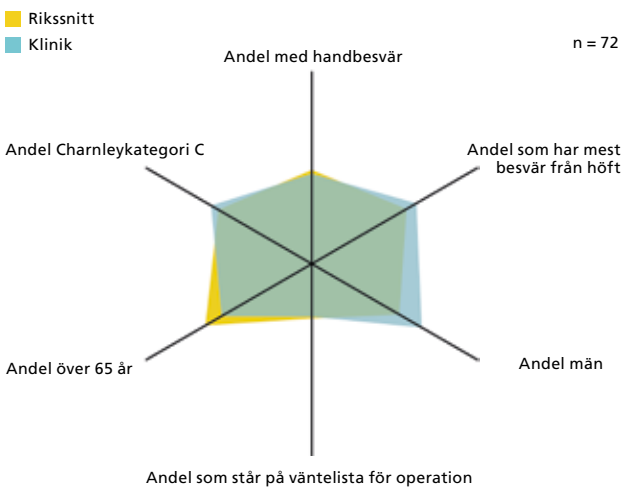


Vårdcentralen Sunne



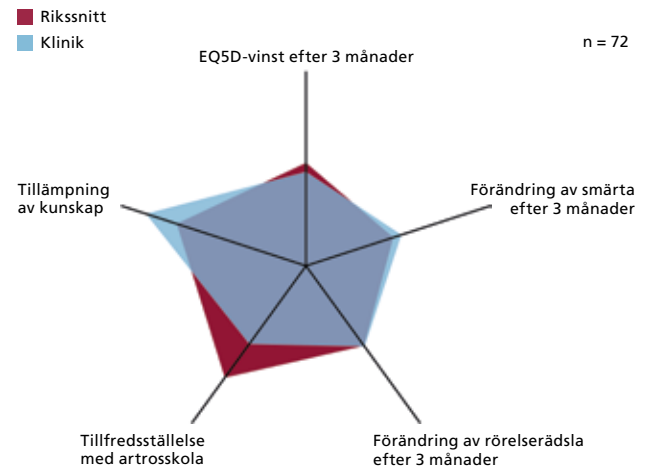
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Capio hälsocentral Dragonen, Umeå

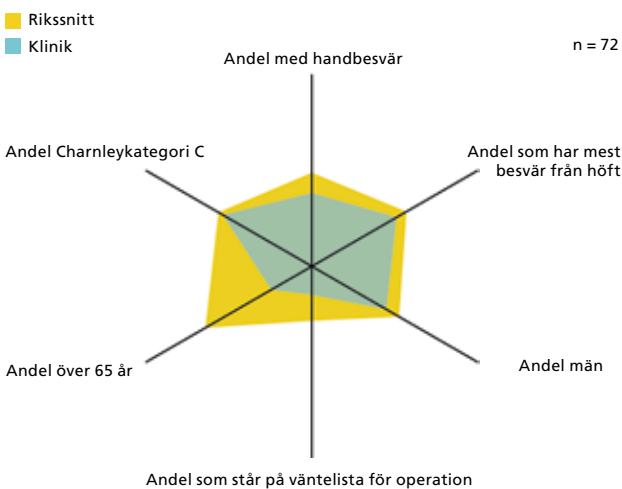


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

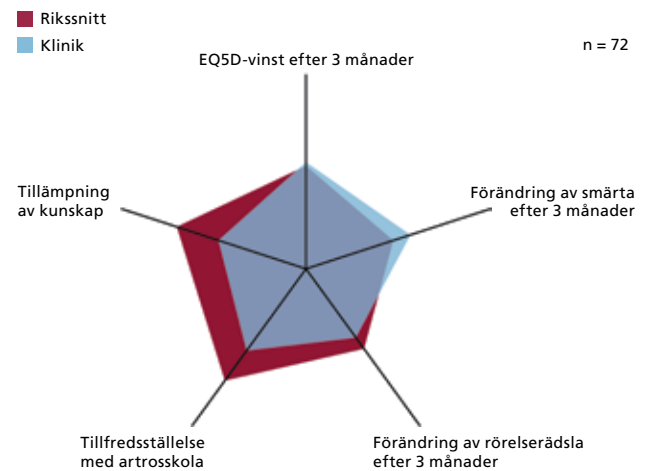
Capio hälsocentral Dragonen, Umeå



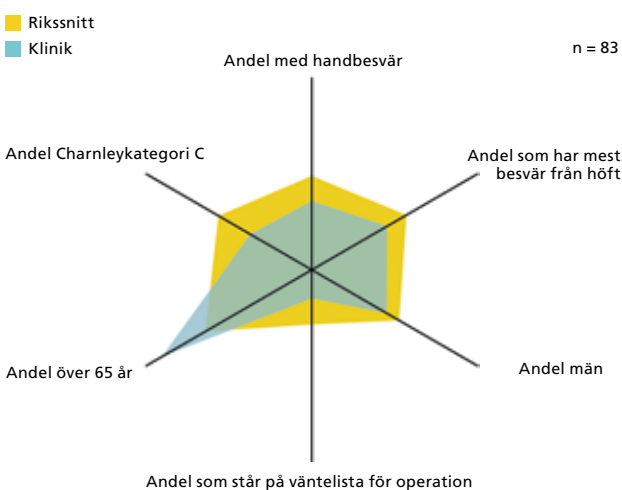
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå



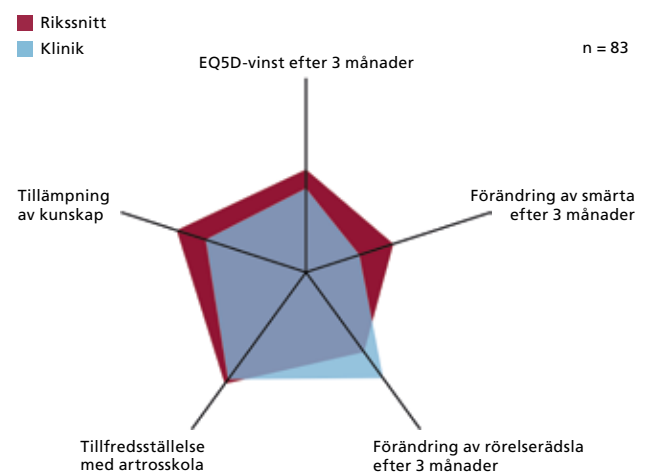
Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå



Tegs Hälsocentral, Umeå

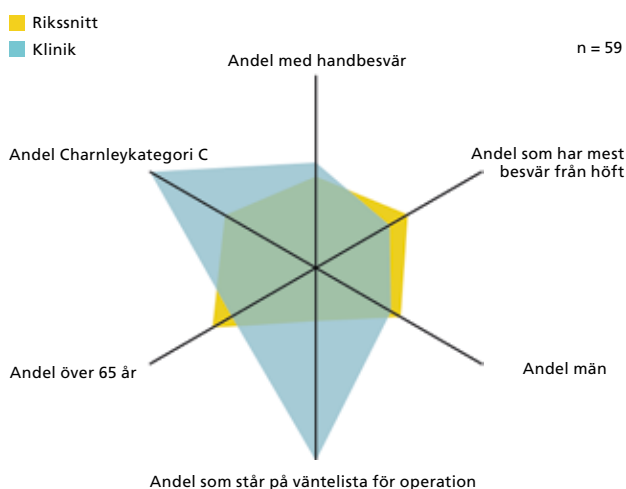


Tegs Hälsocentral, Umeå



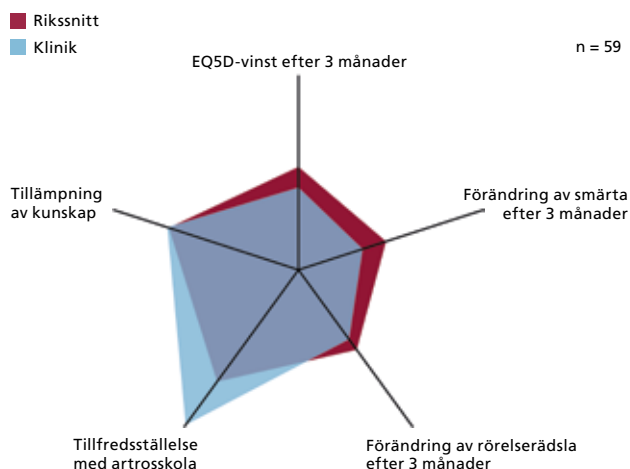
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Vilhelmina sjukstuga

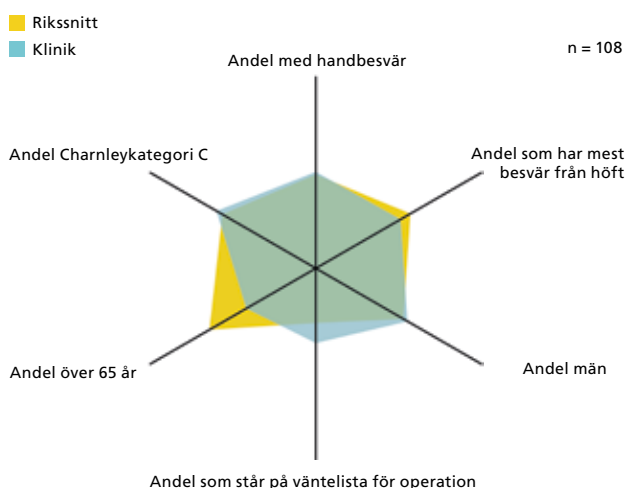


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

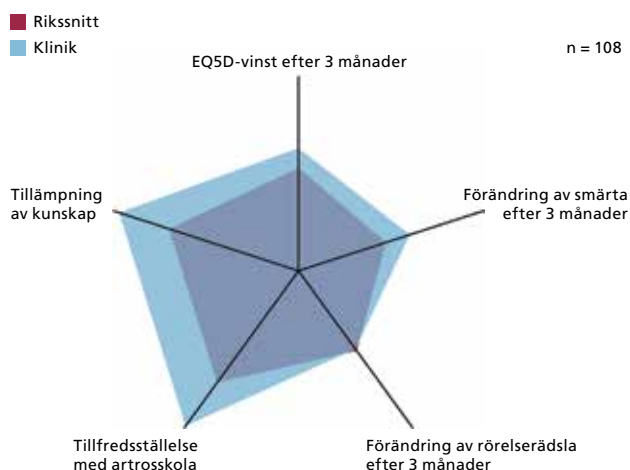
Vilhelmina sjukstuga



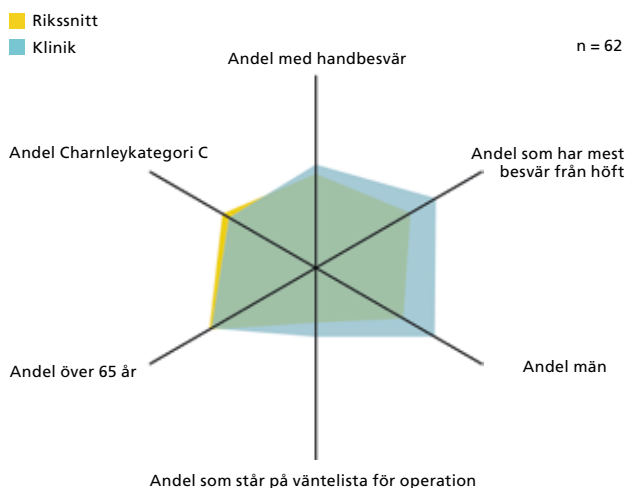
Häsocentralen Matfors



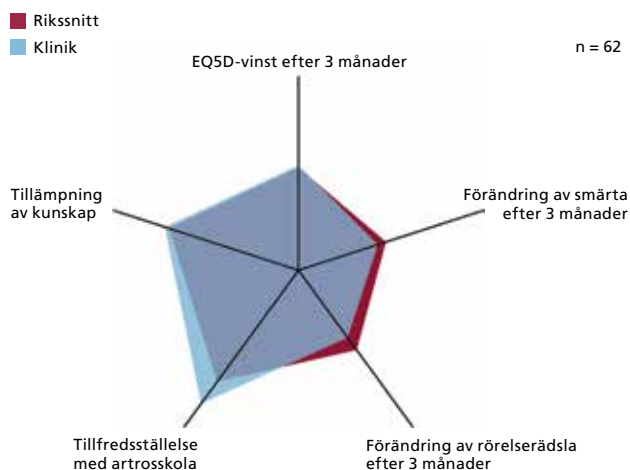
Häsocentralen Matfors



Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall

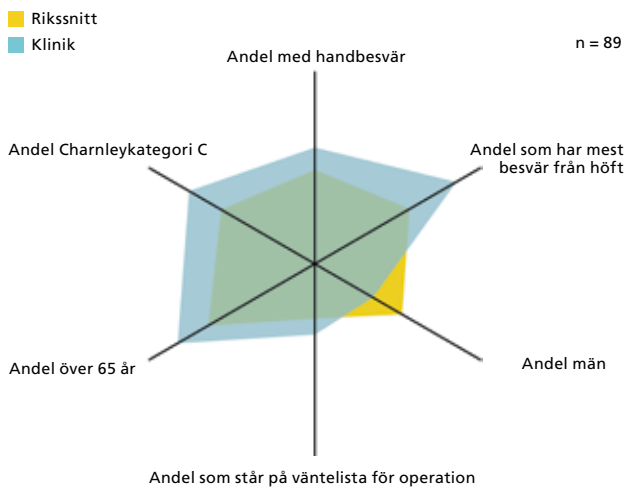


Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall



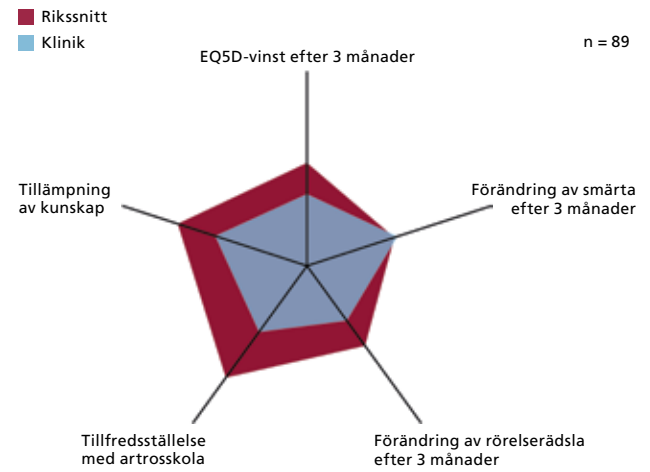
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta

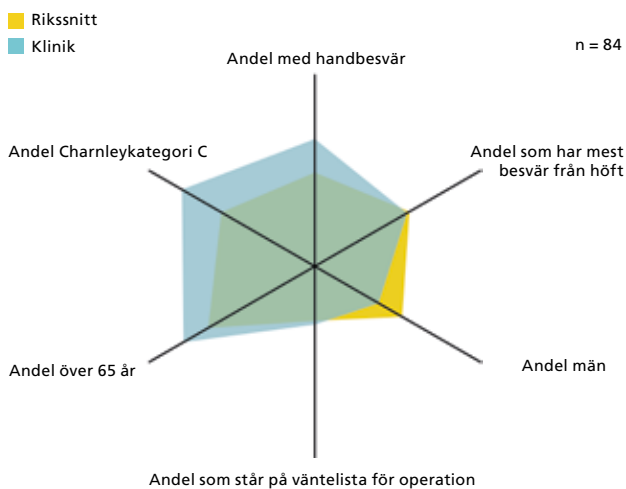


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

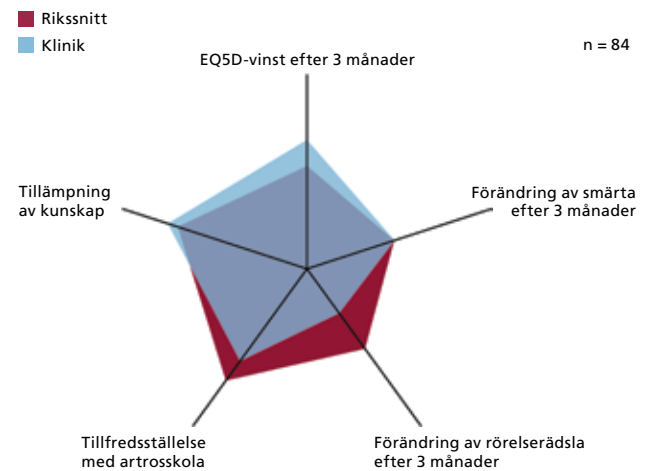
Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta



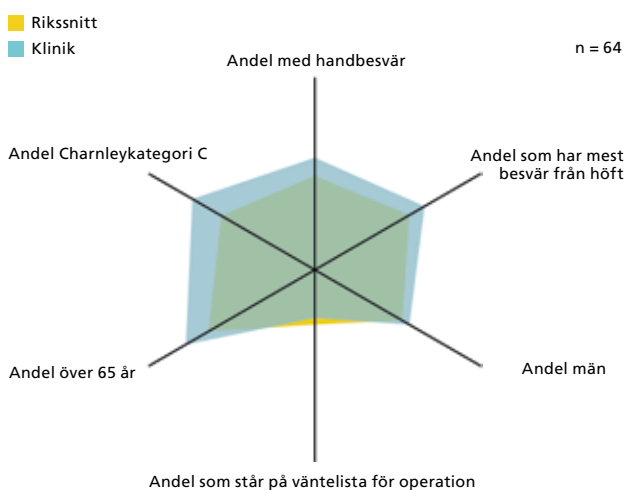
Erikslunds Sjukgymnastik Västerås



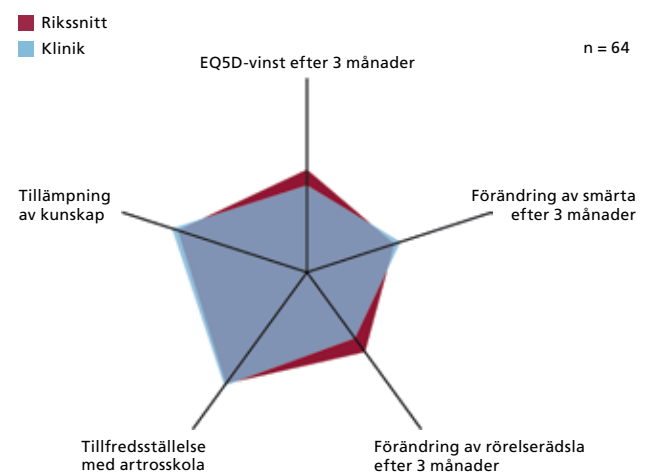
Erikslunds Sjukgymnastik Västerås



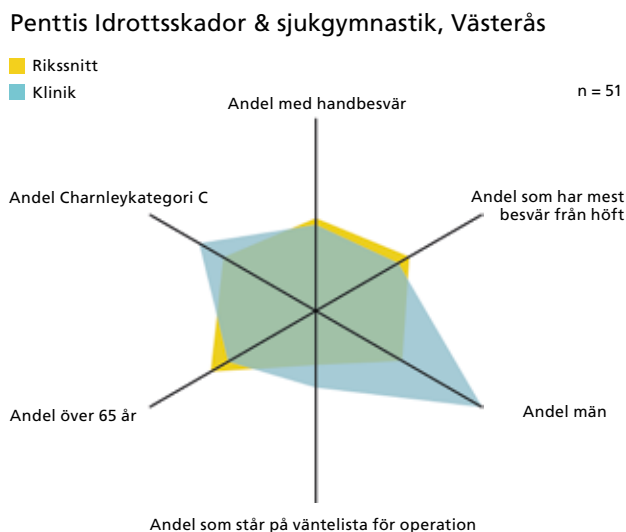
Herrgårdets vårdcentral, Västerås



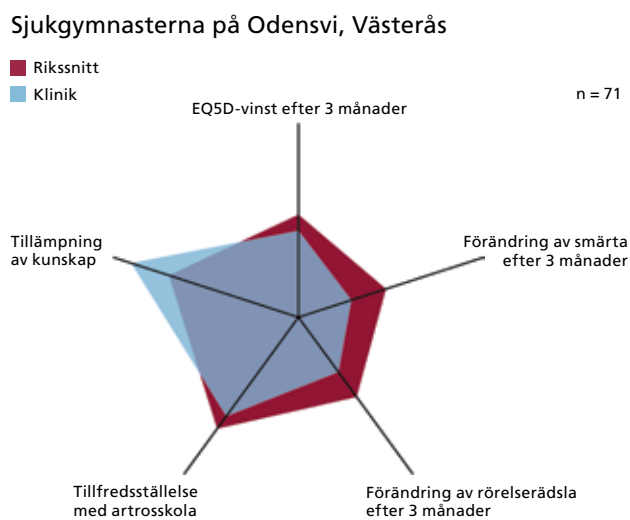
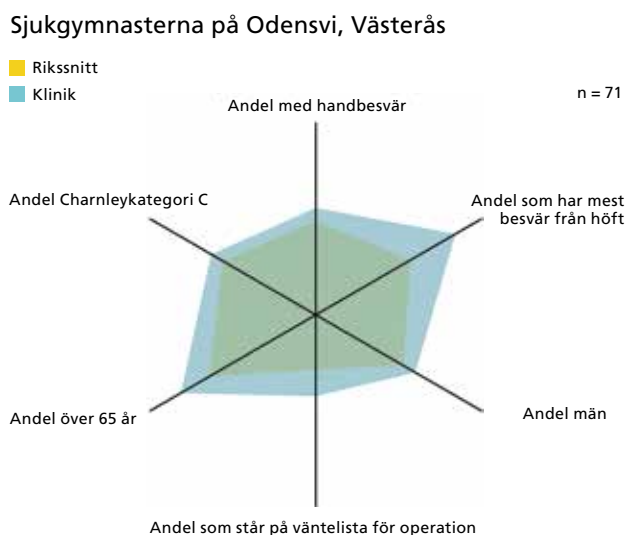
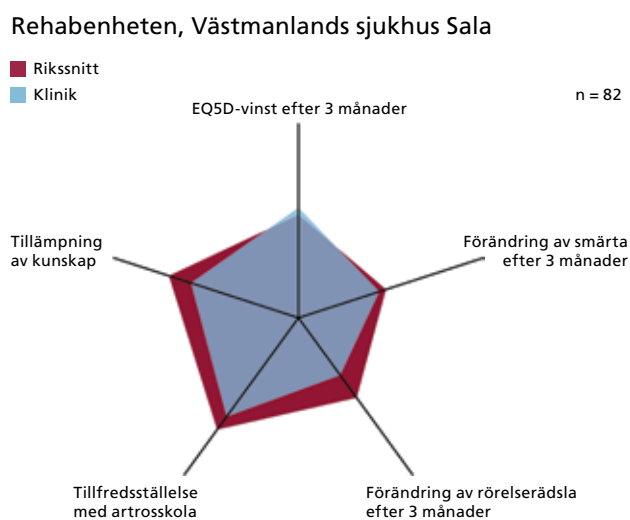
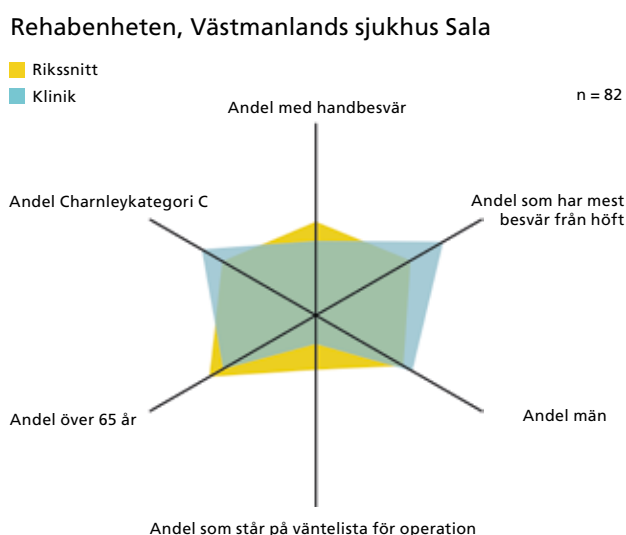
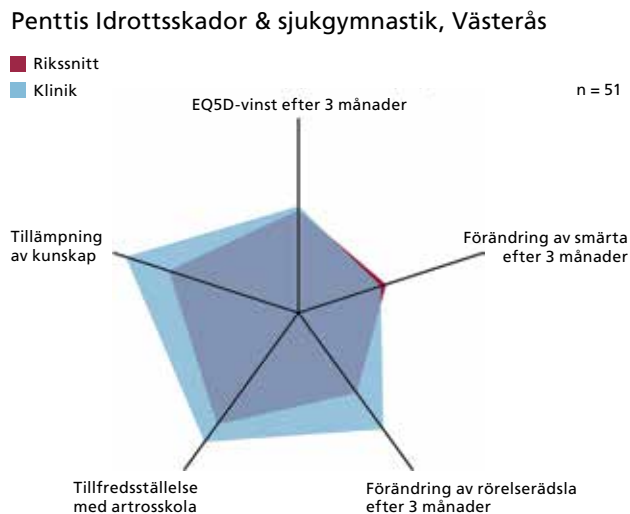
Herrgårdets vårdcentral, Västerås



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

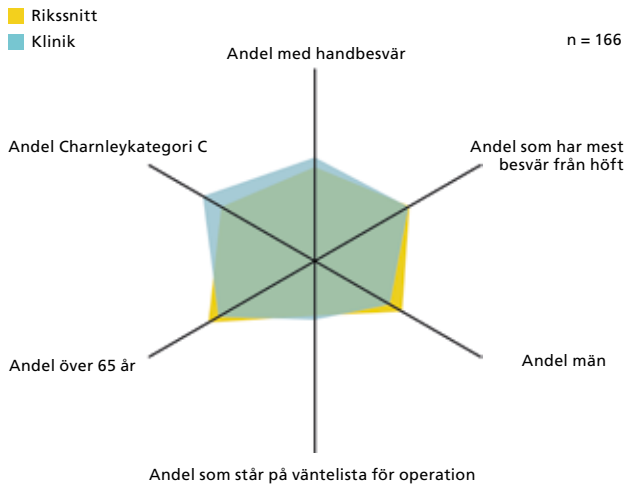


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



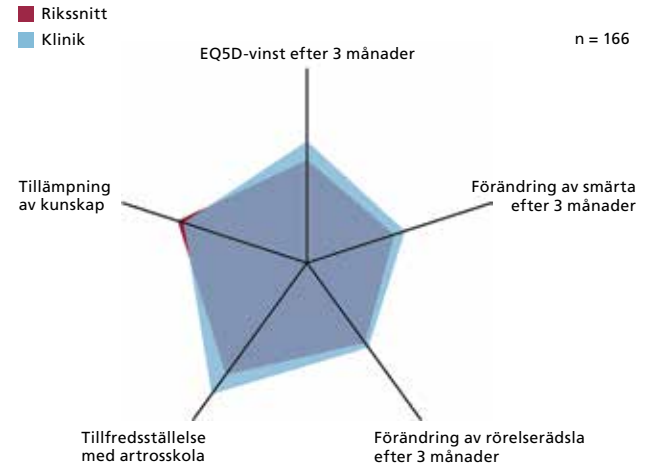
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Västerås Rehab Center AB

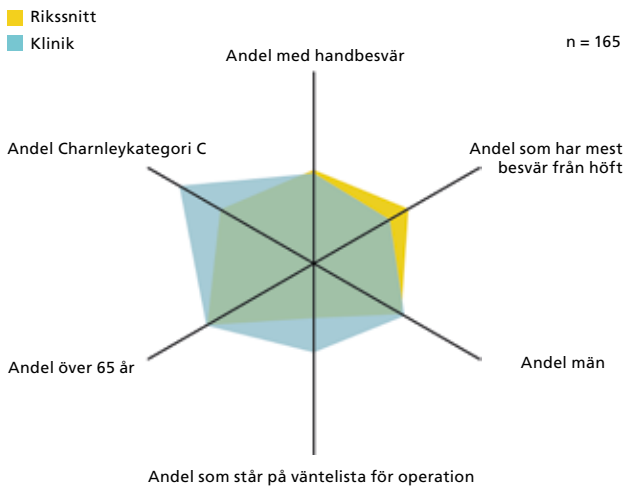


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

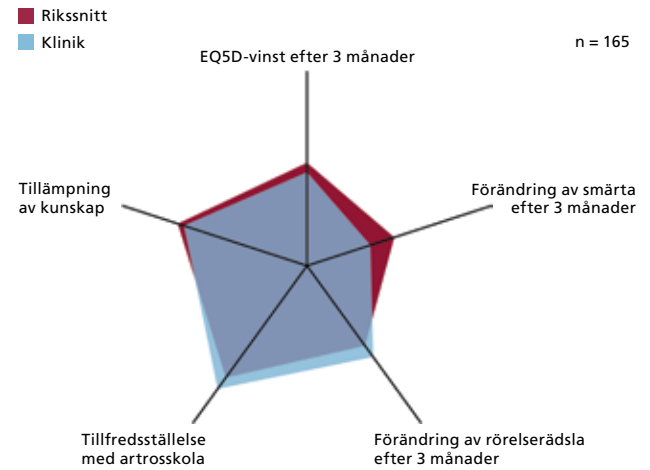
Västerås Rehab Center AB



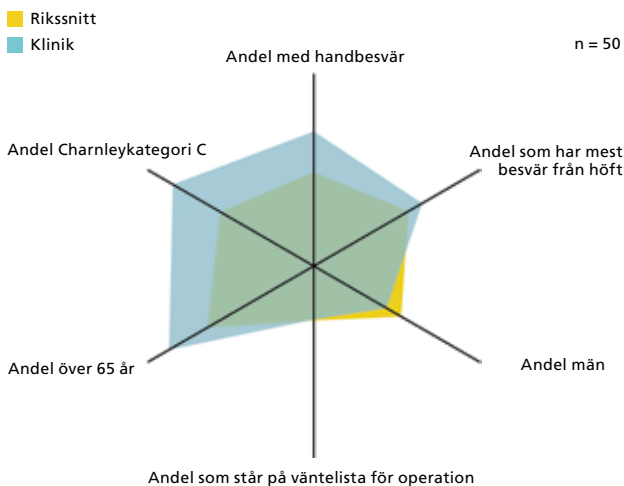
Västmanlands sjukhus, Köping



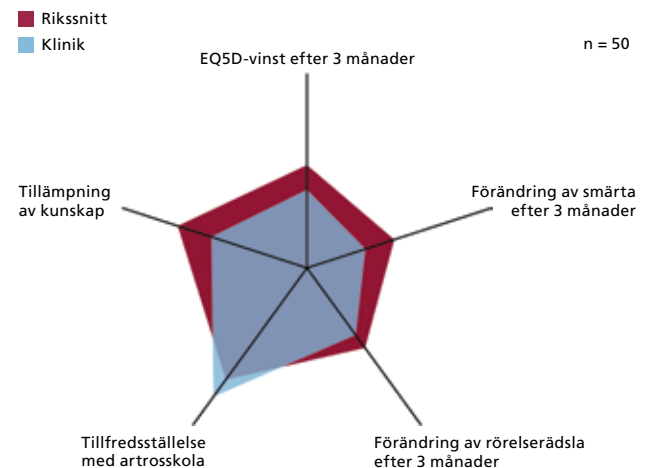
Västmanlands sjukhus, Köping



Capio Rehab, Henån

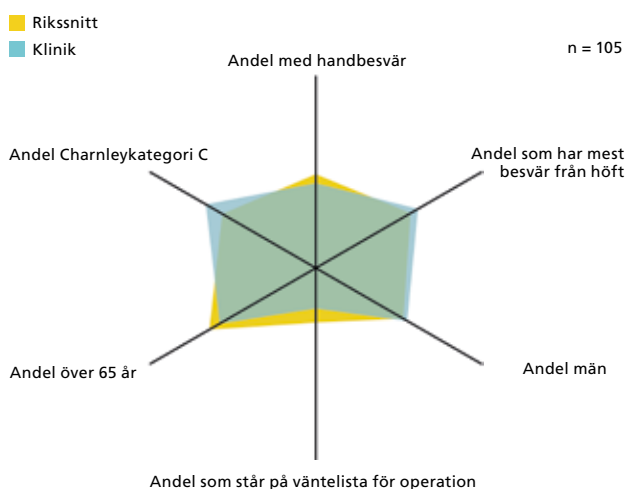


Capio Rehab, Henån



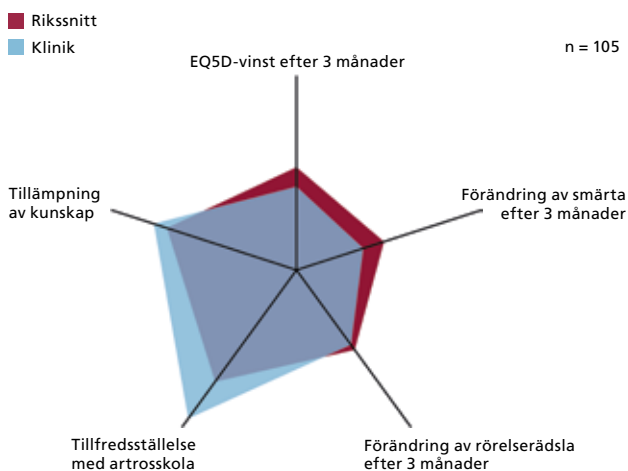
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal

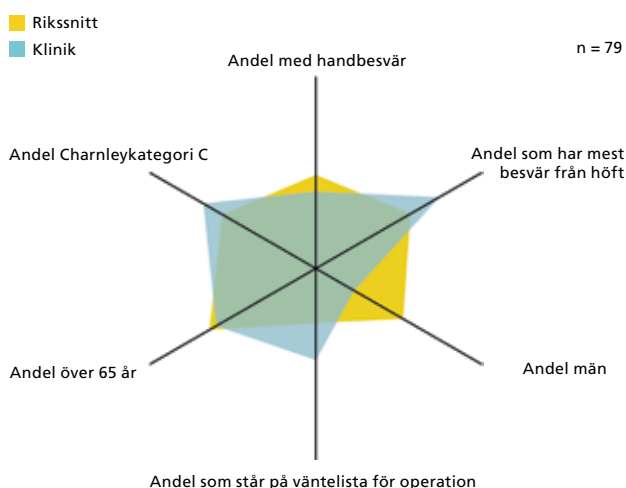


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

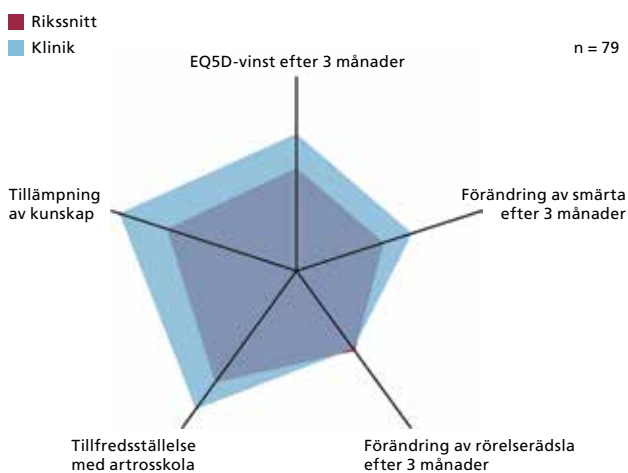
Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal



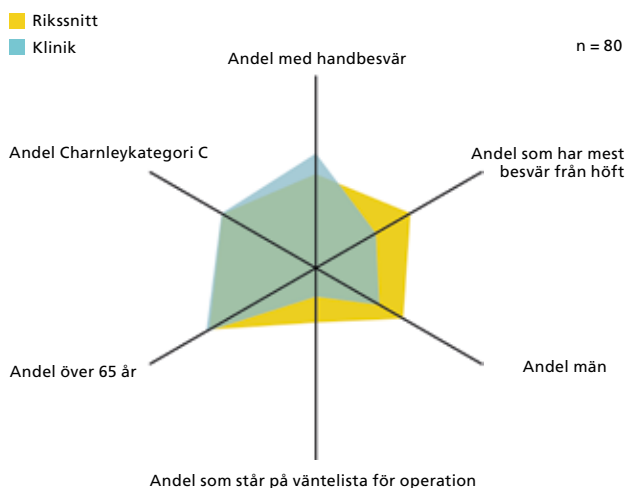
I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg



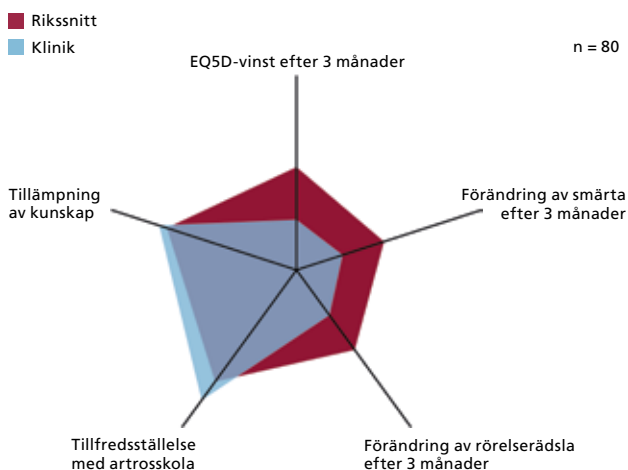
I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg



Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil

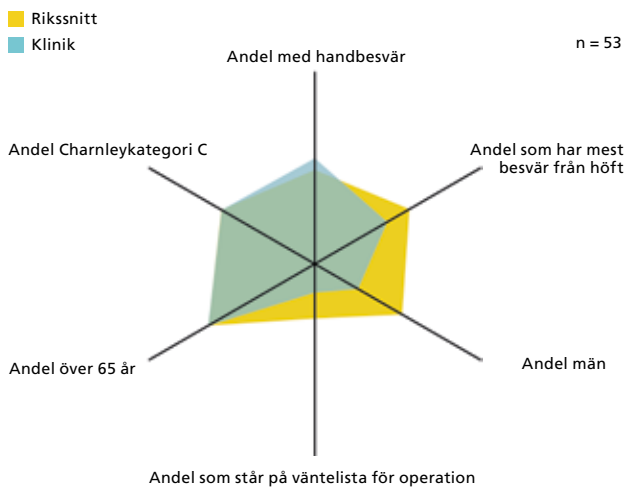


Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil



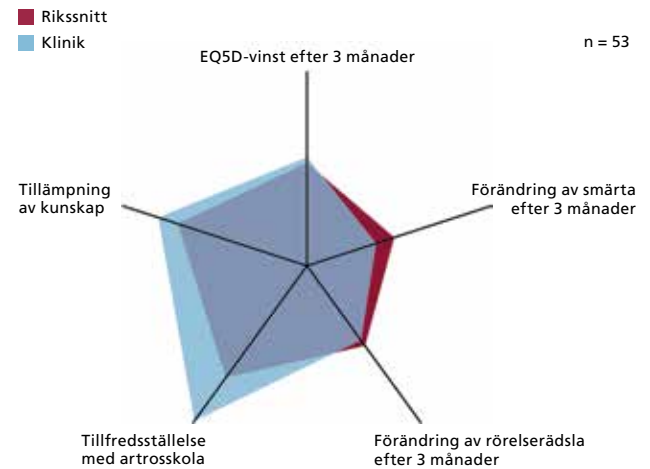
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Kungälv Sjukgymnastik

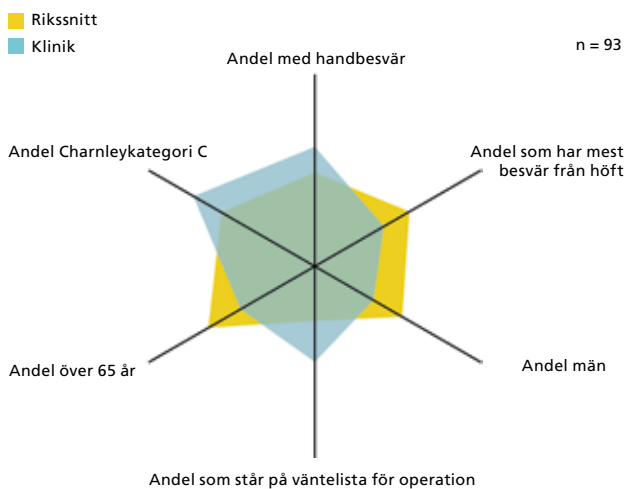


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

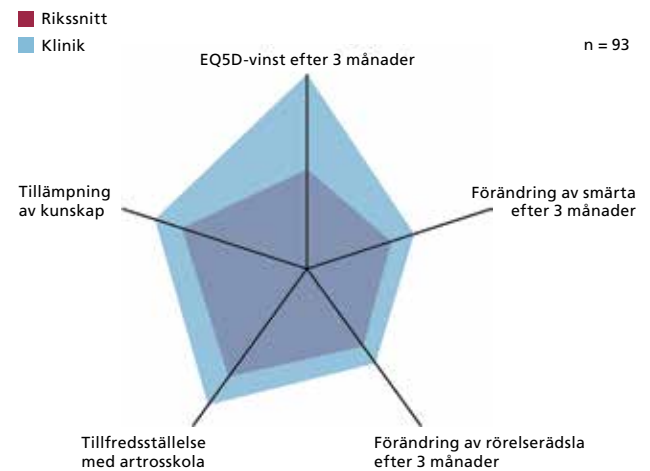
Kungälv Sjukgymnastik



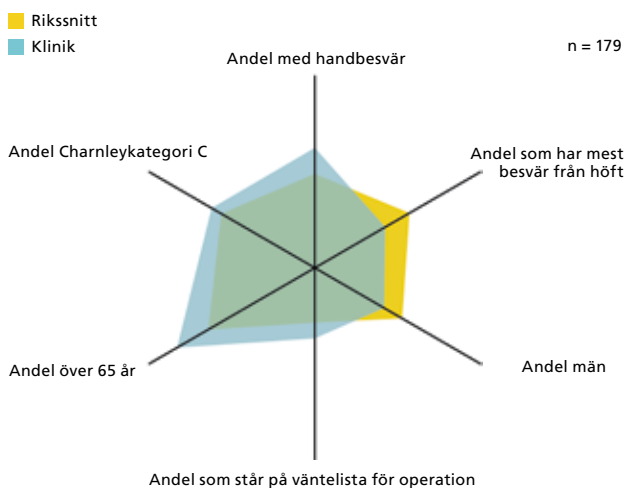
Närhälsan Angered rehabmottagning



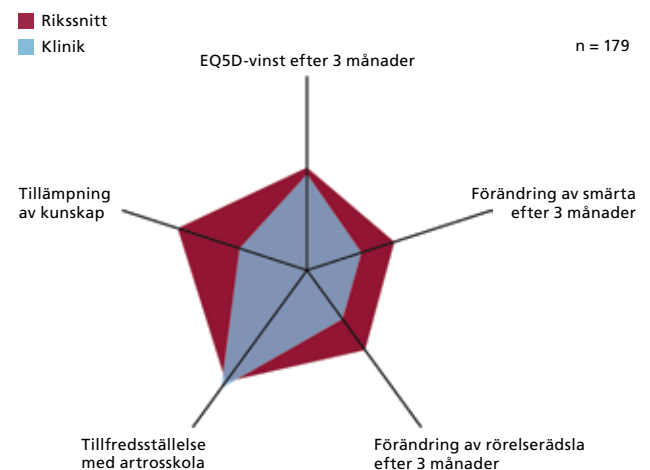
Närhälsan Angered rehabmottagning



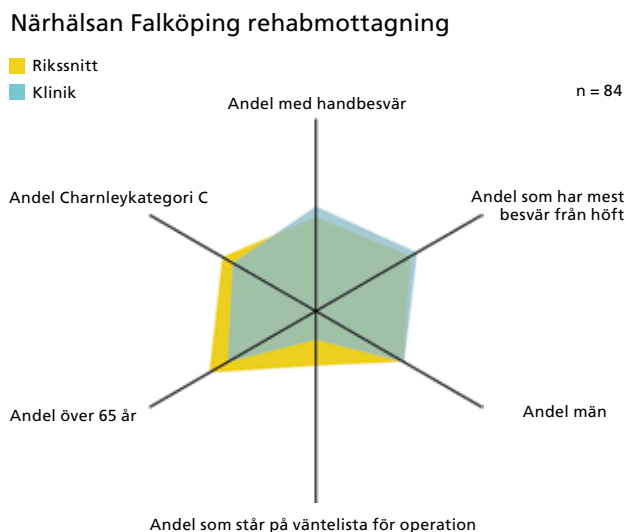
Närhälsan Eriksberg rehabmottagning, Göteborg



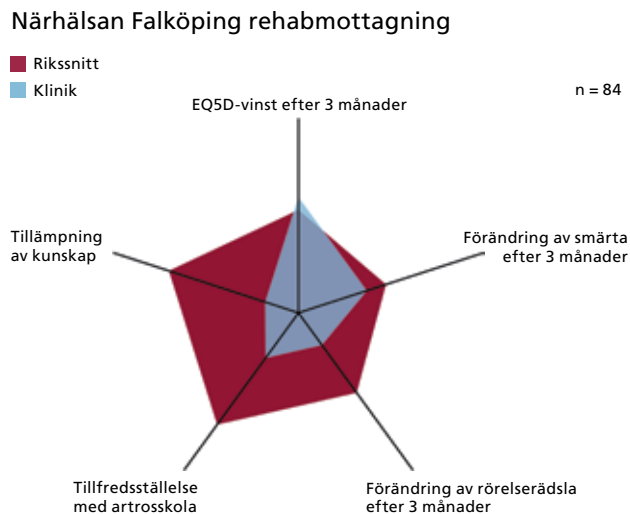
Närhälsan Eriksberg rehabmottagning, Göteborg



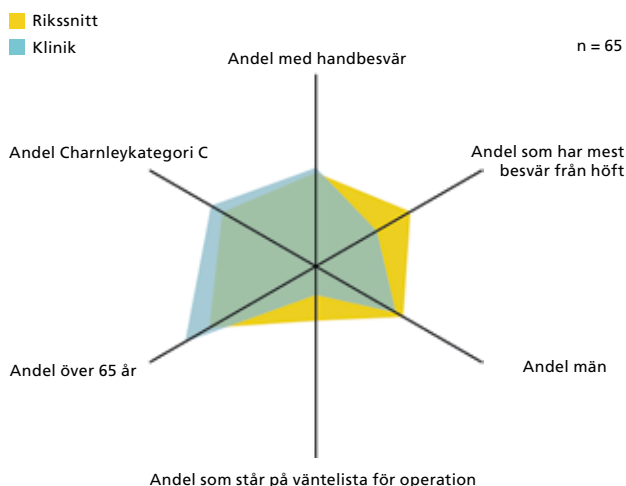
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.



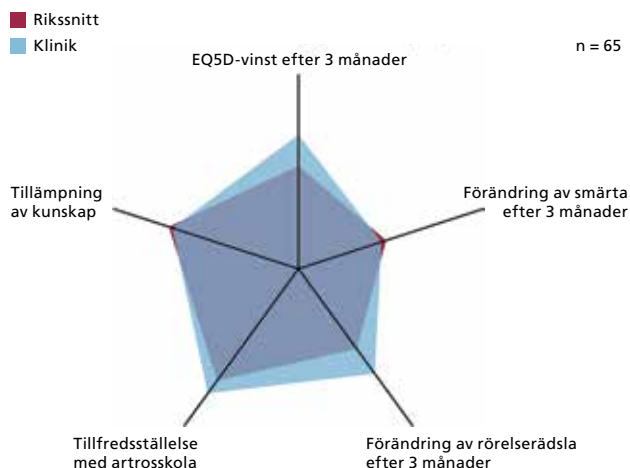
Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



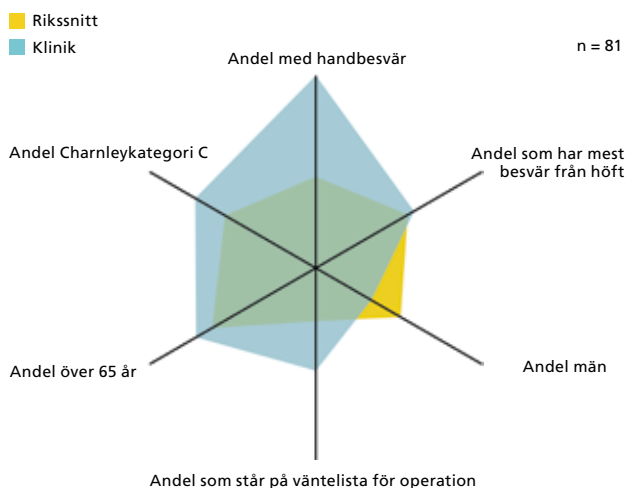
Närhälsan Frölunda rehabmottagning, Västra Frölunda



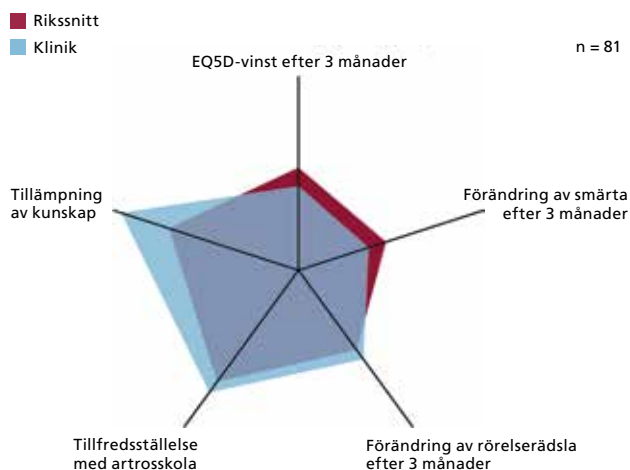
Närhälsan Frölunda rehabmottagning, Västra Frölunda



Närhälsan Gibraltar rehabmottagning, Göteborg

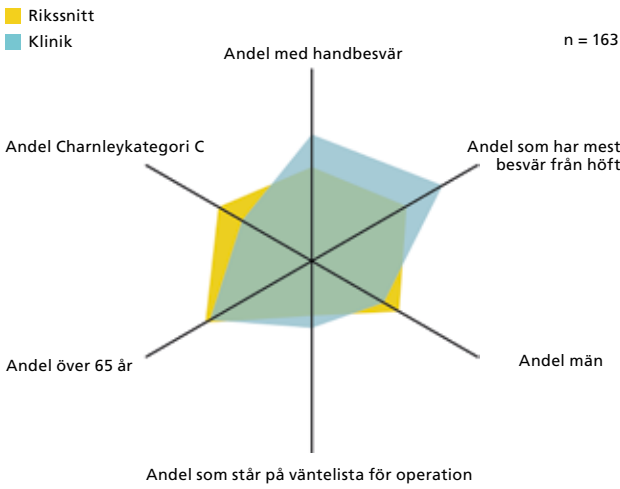


Närhälsan Gibraltar rehabmottagning, Göteborg



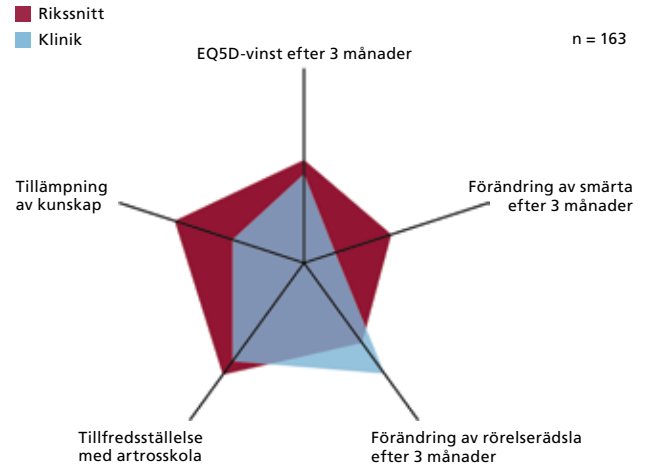
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Närhälsan Herrestad/Rosenhäll rehabmottagning, Uddevalla

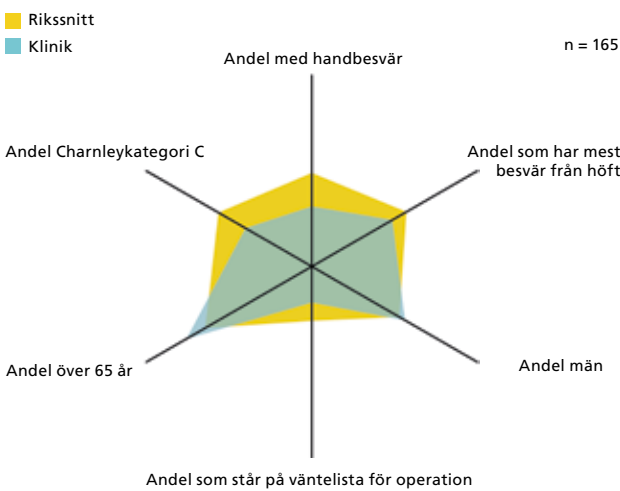


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

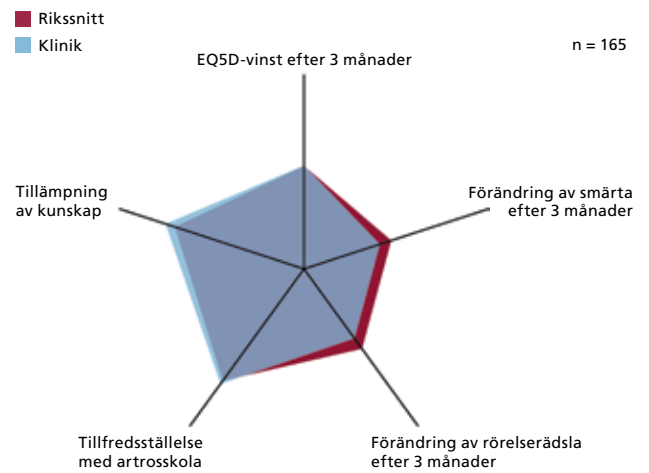
Närhälsan Herrestad/Rosenhäll rehabmottagning, Uddevalla



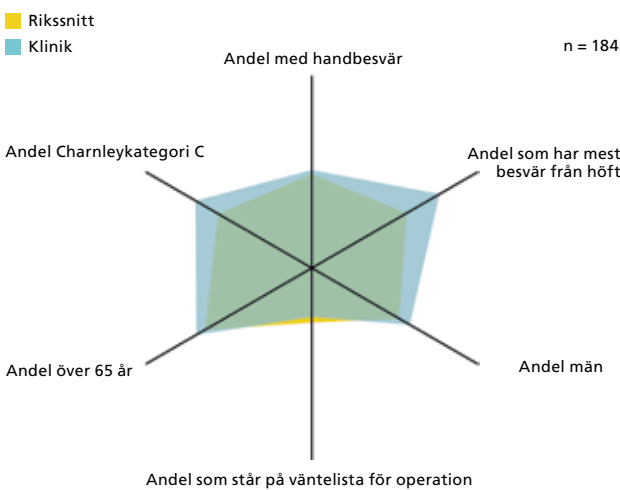
Närhälsan Lerum rehabmottagning



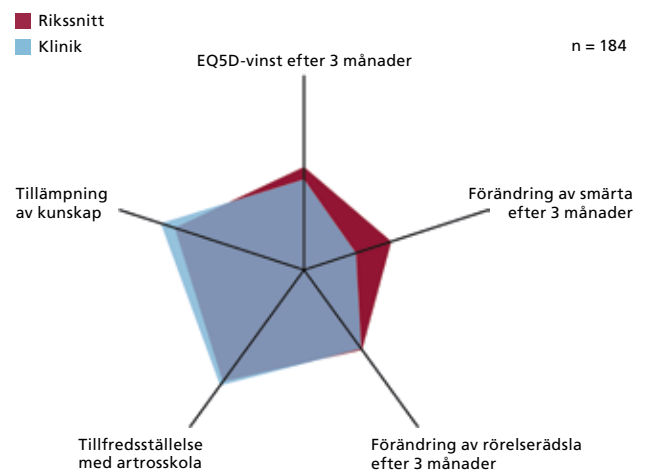
Närhälsan Lerum rehabmottagning



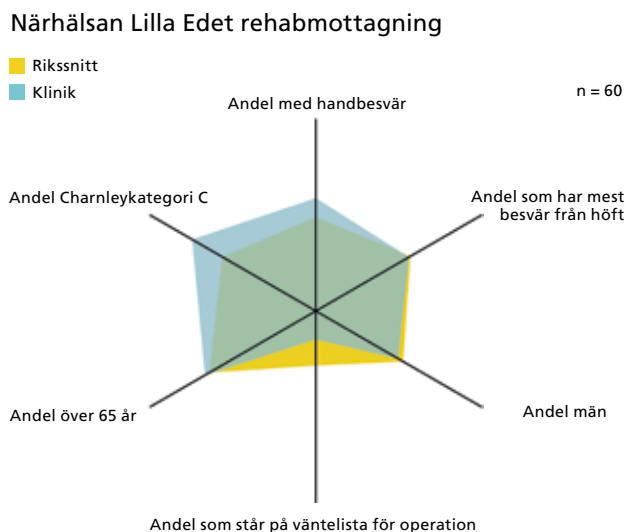
Närhälsan Lidköping rehabmottagning



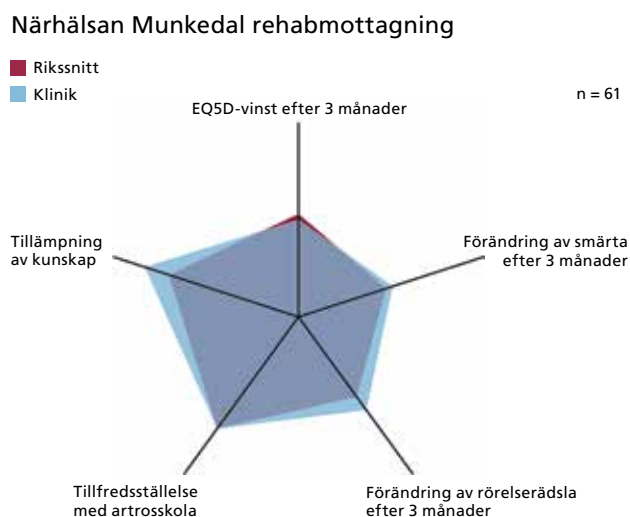
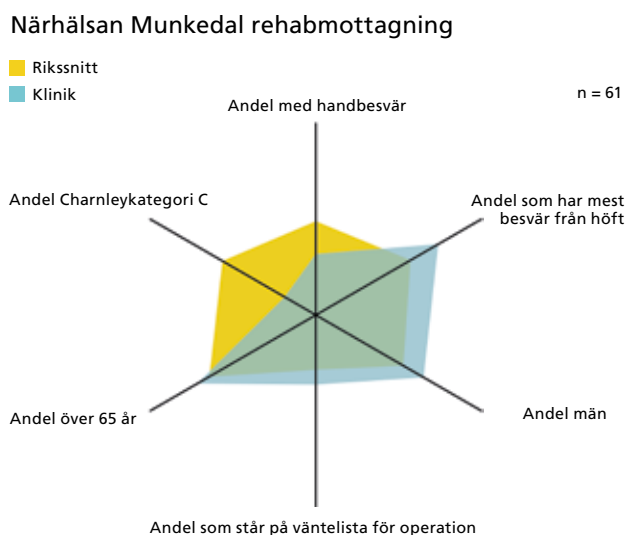
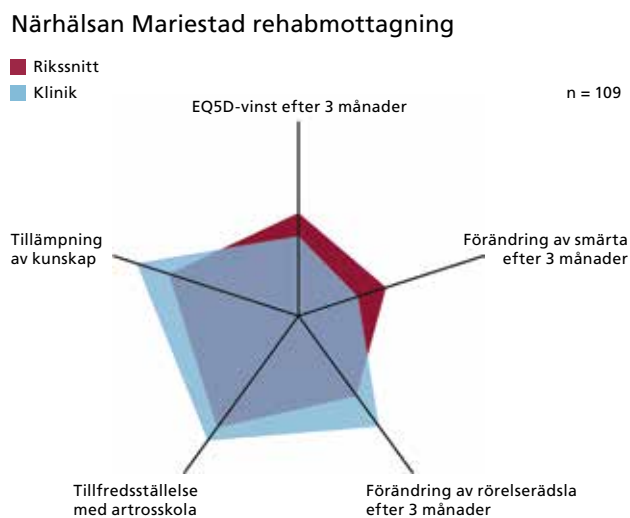
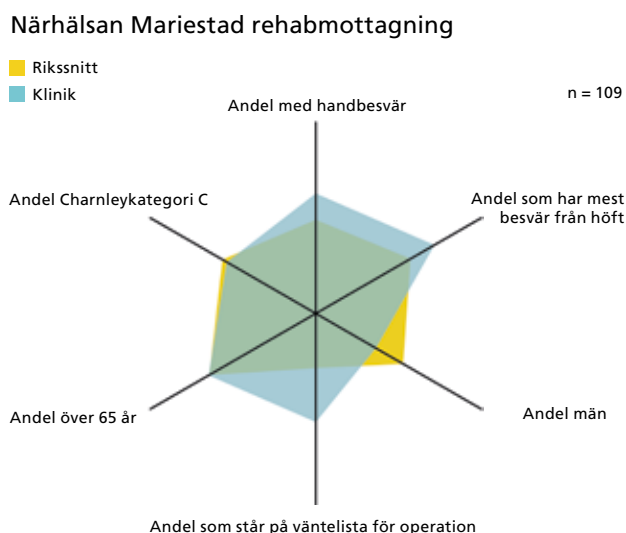
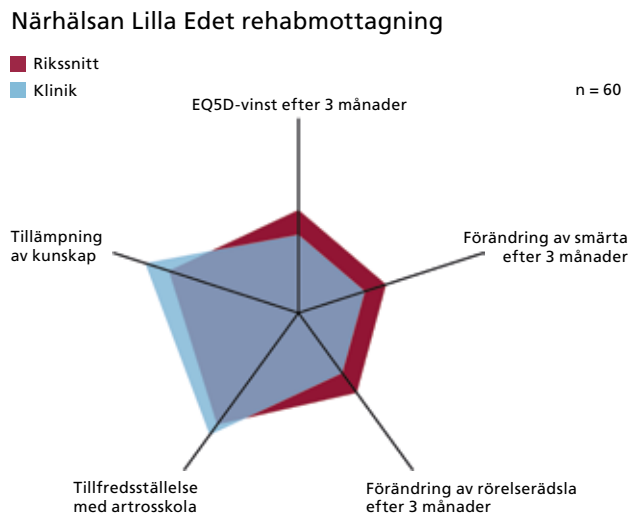
Närhälsan Lidköping rehabmottagning



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

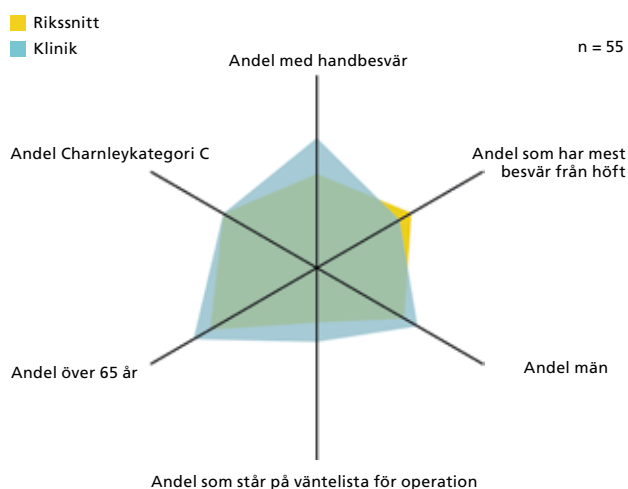


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



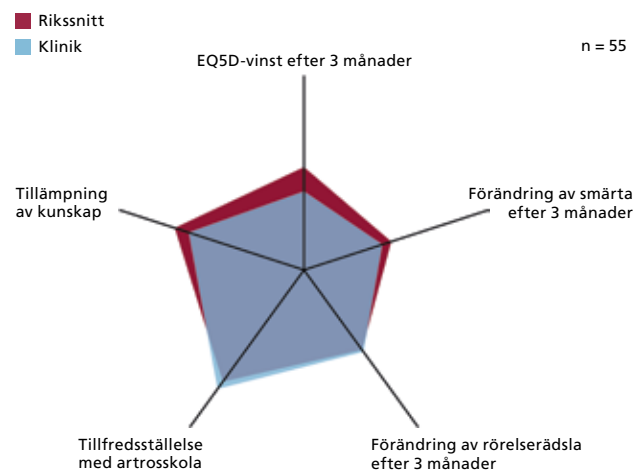
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Närhälsan Skara rehabmottagning

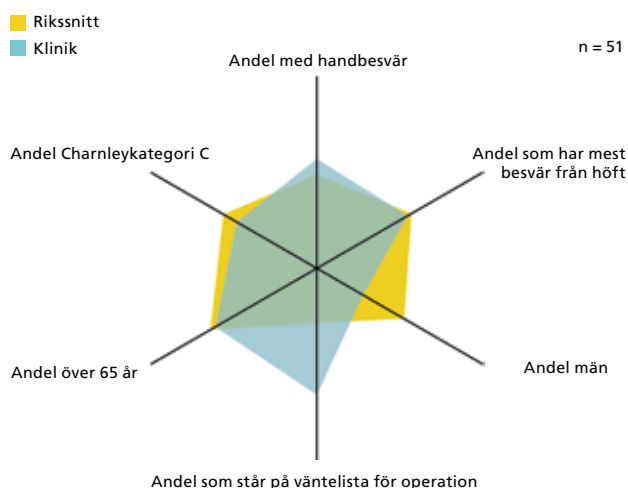


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

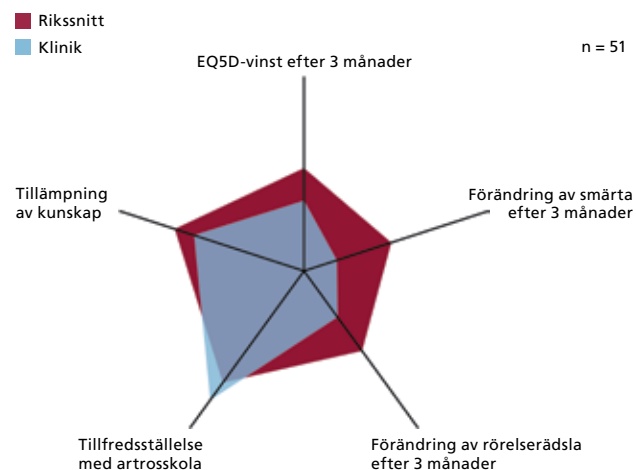
Närhälsan Skara rehabmottagning



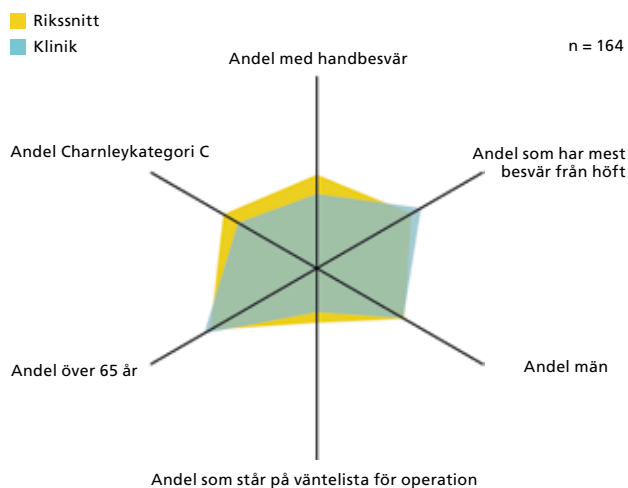
Närhälsan Stenungsund rehabmottagning



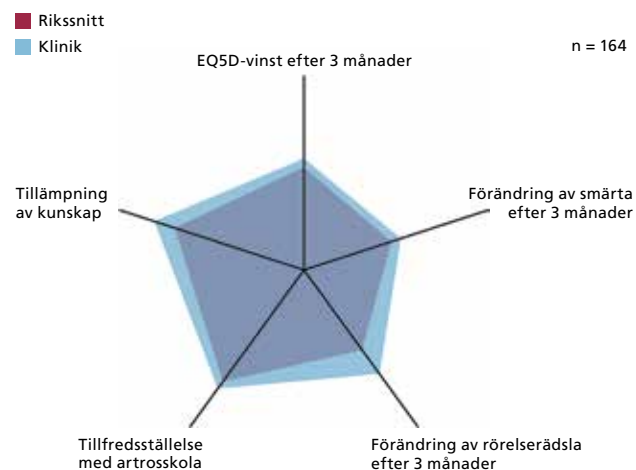
Närhälsan Stenungsund rehabmottagning



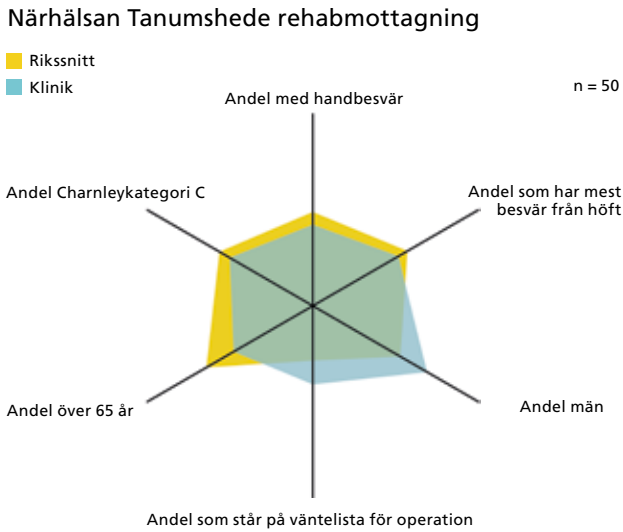
Närhälsan Sörhaga rehabmottagning, Alingsås



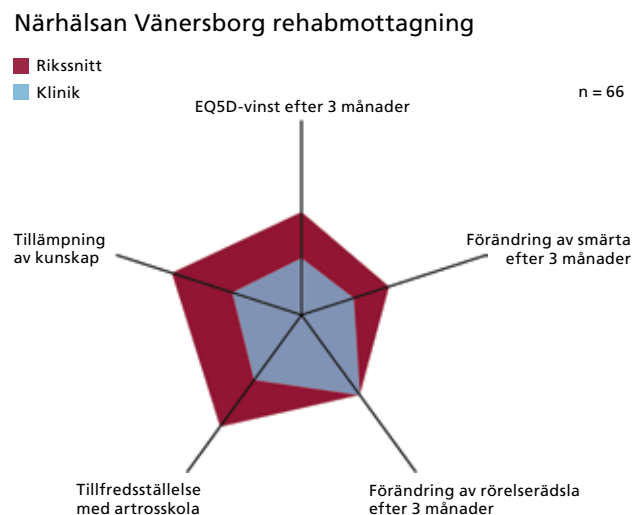
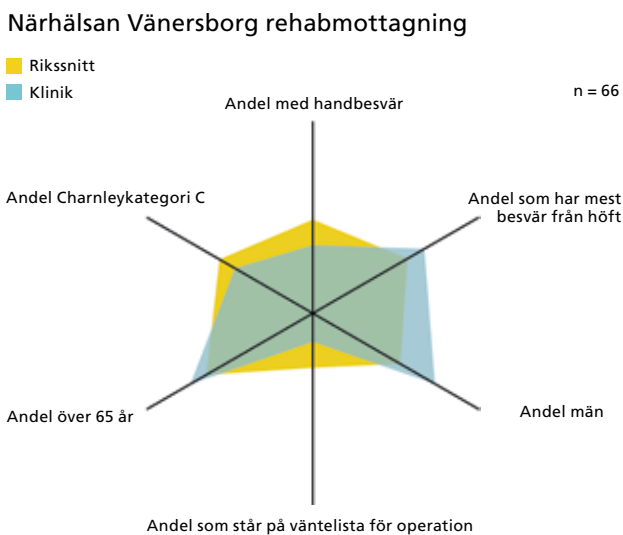
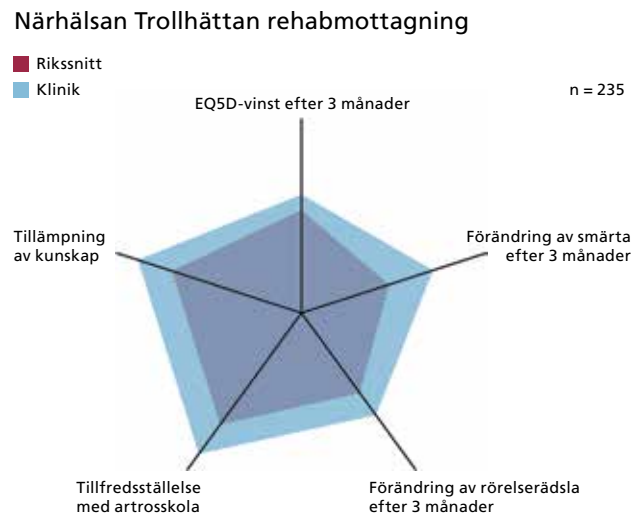
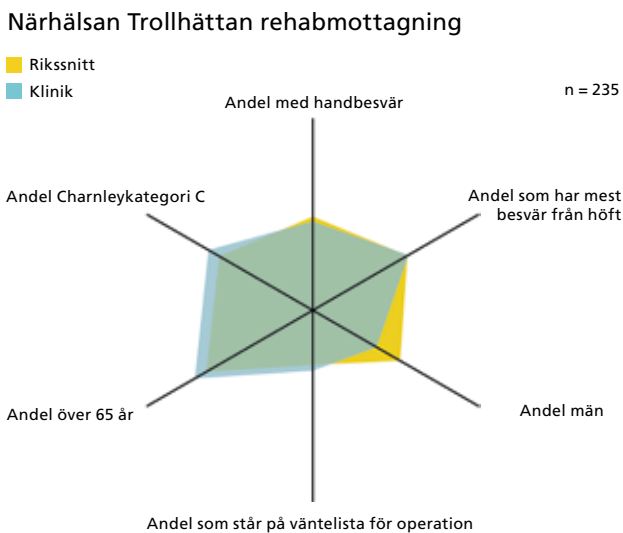
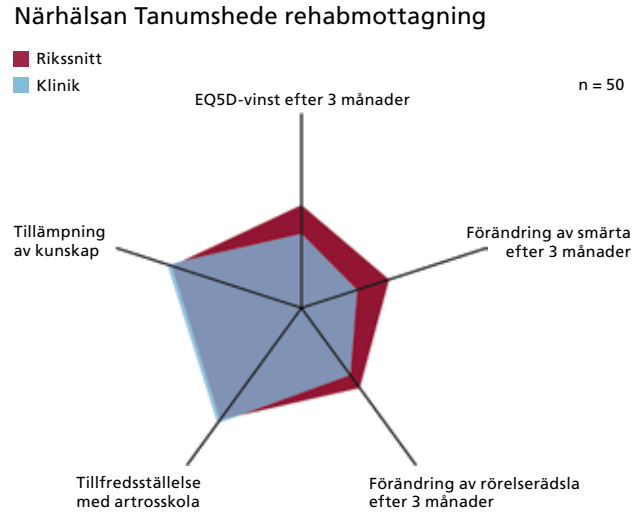
Närhälsan Sörhaga rehabmottagning, Alingsås



Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

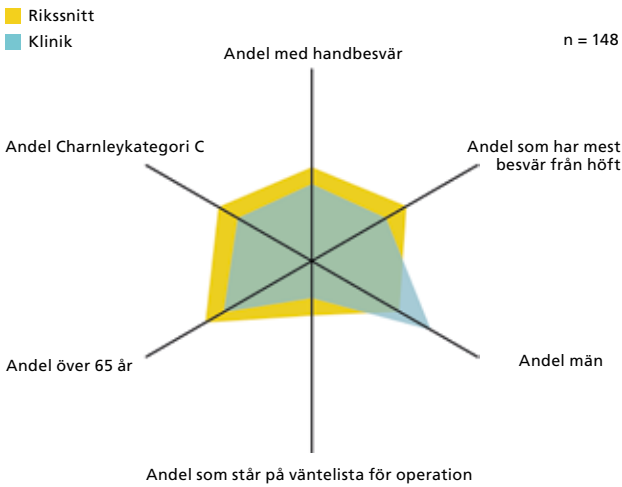


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.



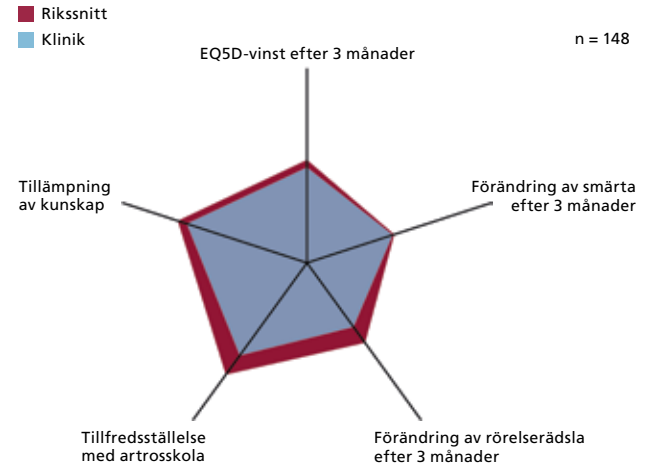
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Närhälsan Ängabo rehabmottagning, Alingsås

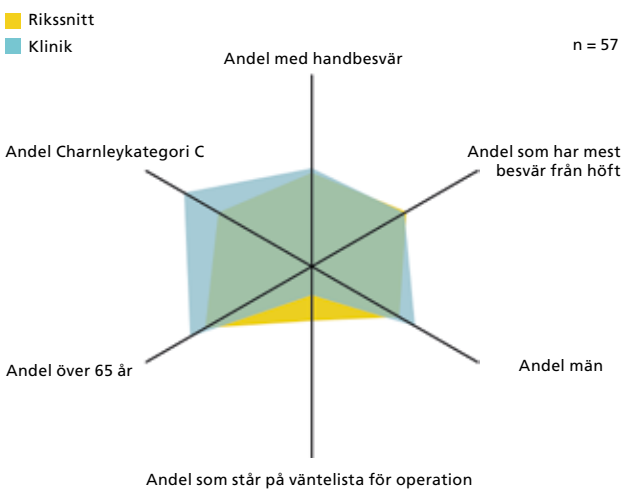


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

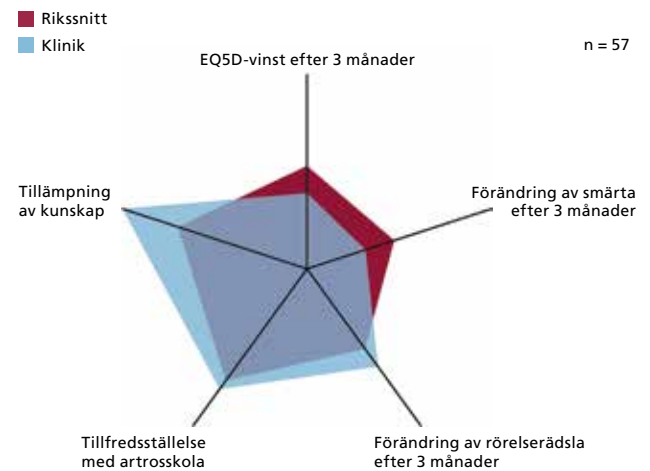
Närhälsan Ängabo rehabmottagning, Alingsås



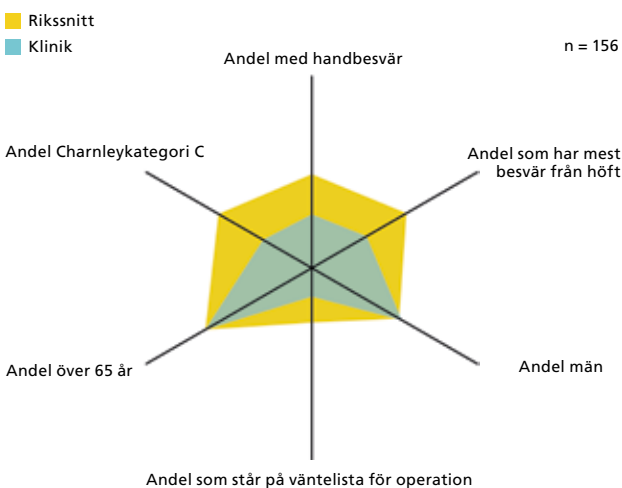
Närhälsan Åmål rehabmottagning



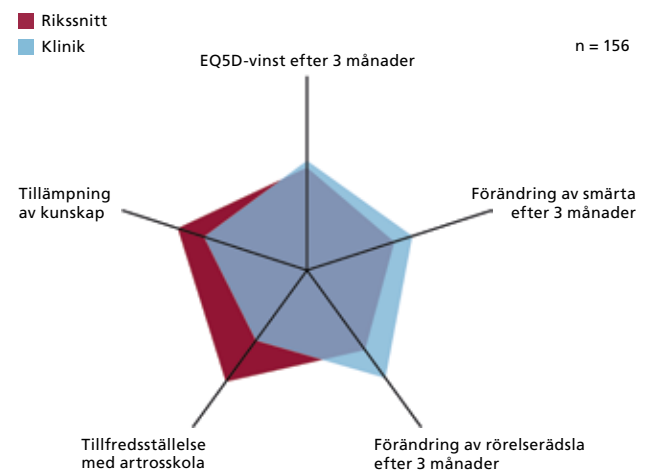
Närhälsan Åmål rehabmottagning



Samrehab Mark/Svenljunga

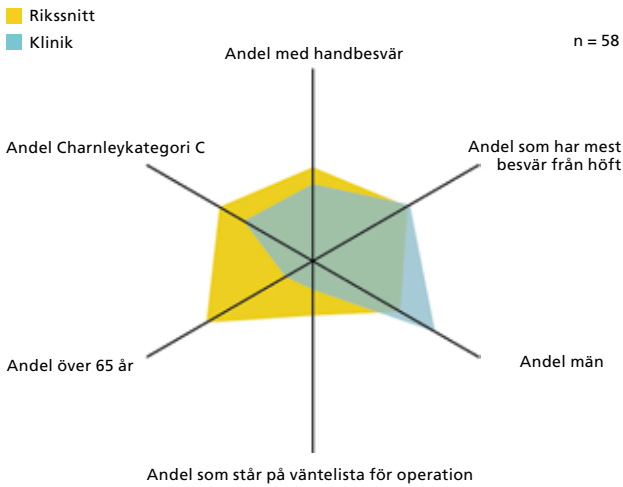


Samrehab Mark/Svenljunga



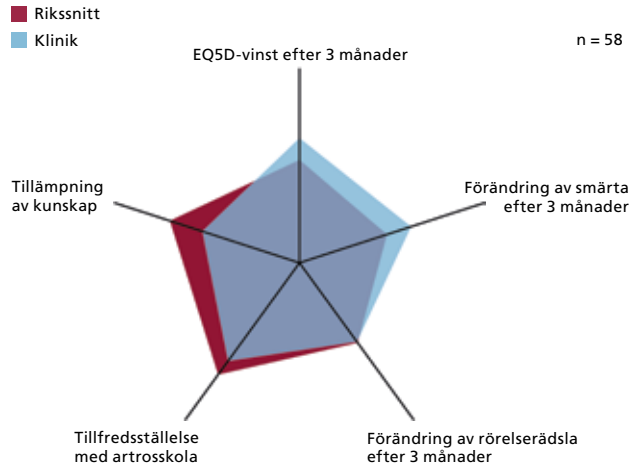
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Hallsbergs Vårdcentral

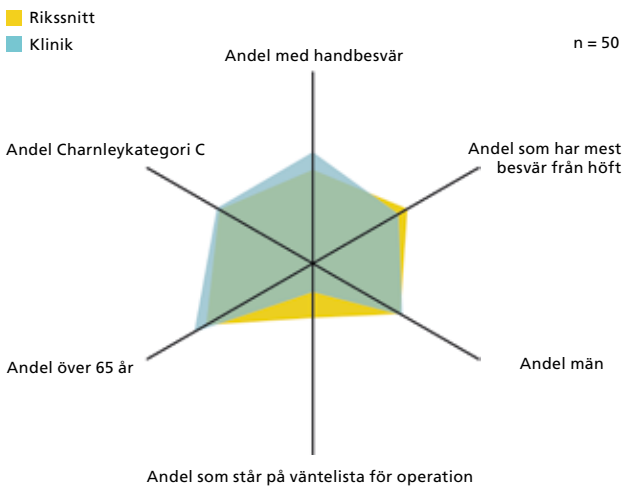


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

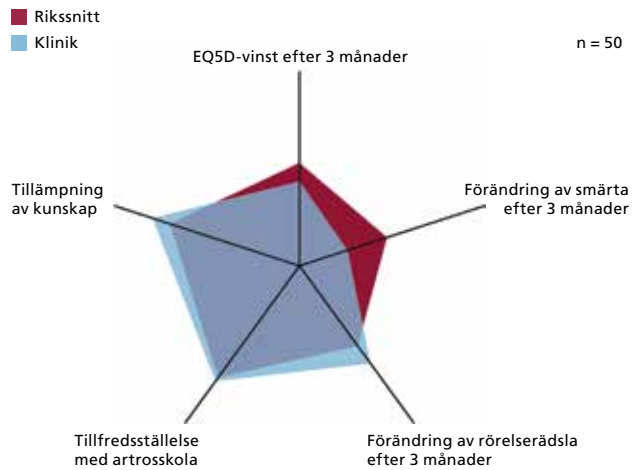
Hallsbergs Vårdcentral



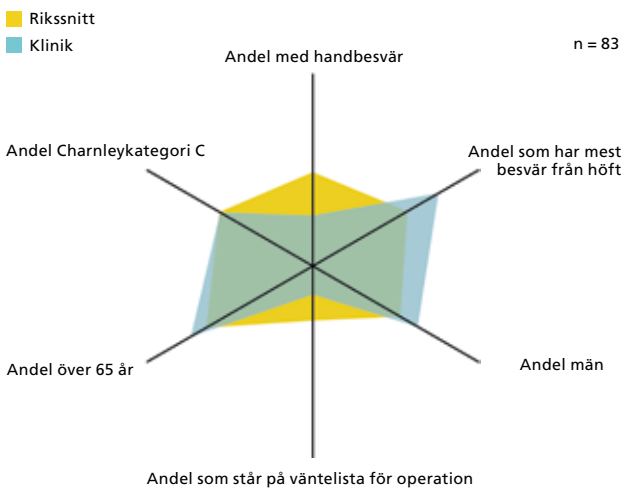
Odensbackens vårdcentral



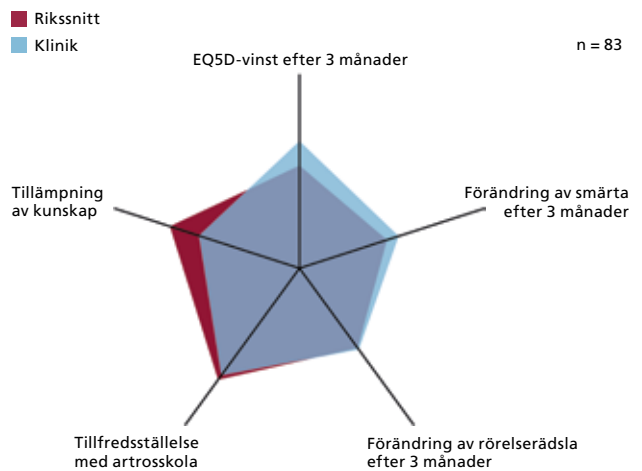
Odensbackens vårdcentral



Pilgårdens vårdcentral, Degerfors

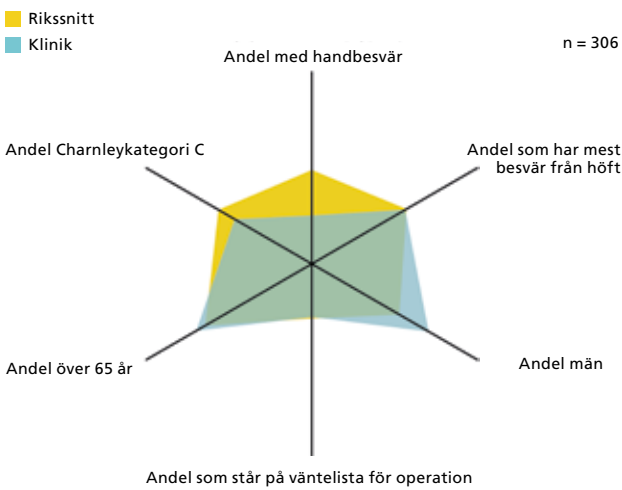


Pilgårdens vårdcentral, Degerfors



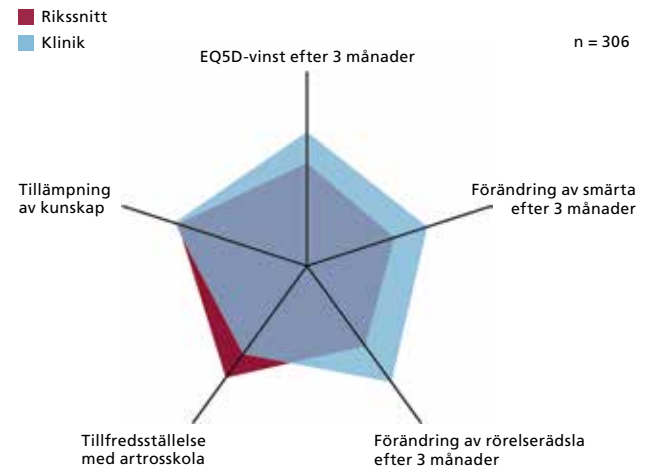
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Hageby Vårdcentral, Norrköping

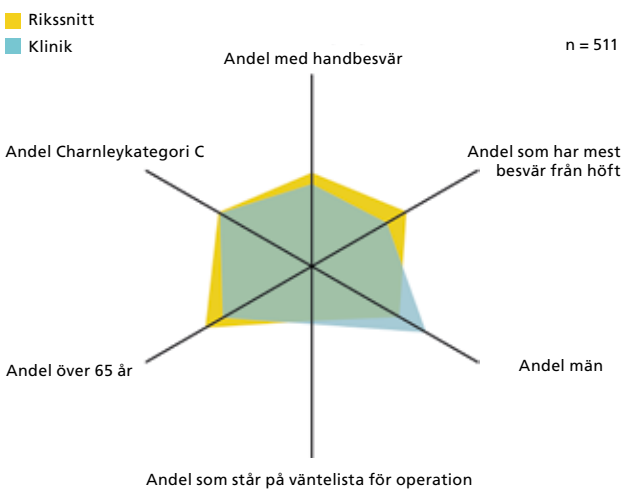


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

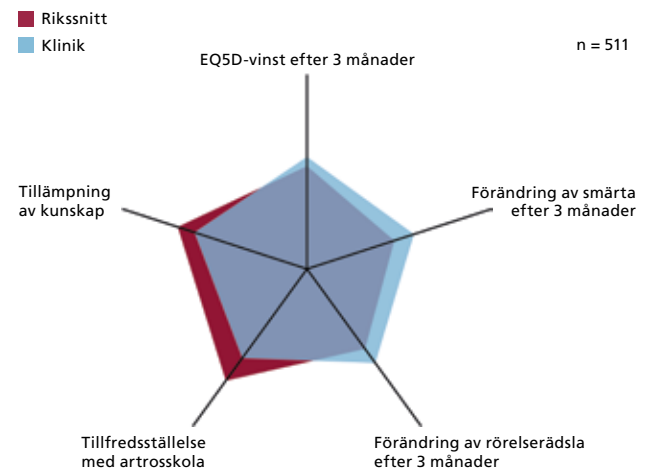
Hageby Vårdcentral, Norrköping



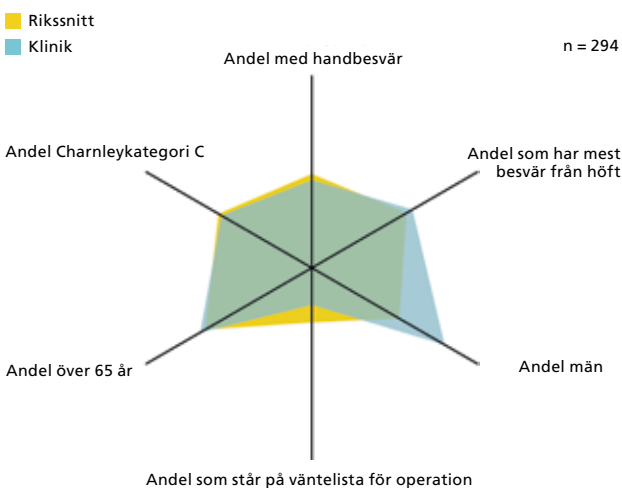
Motala Lasarett



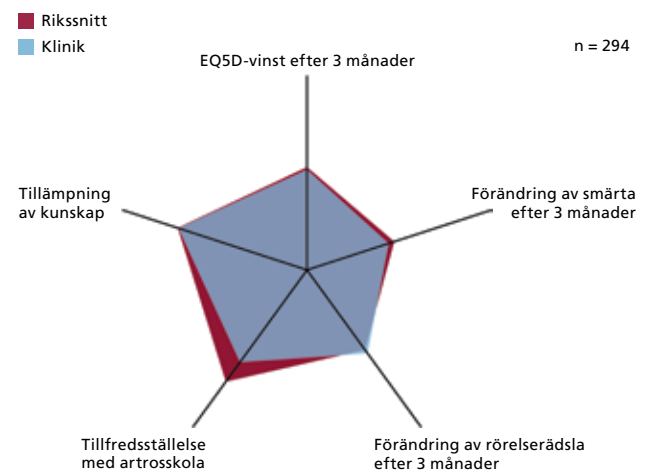
Motala Lasarett



Rehab Finspång

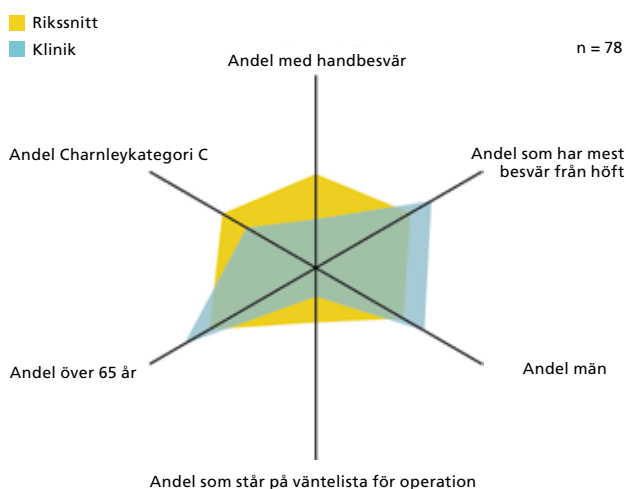


Rehab Finspång



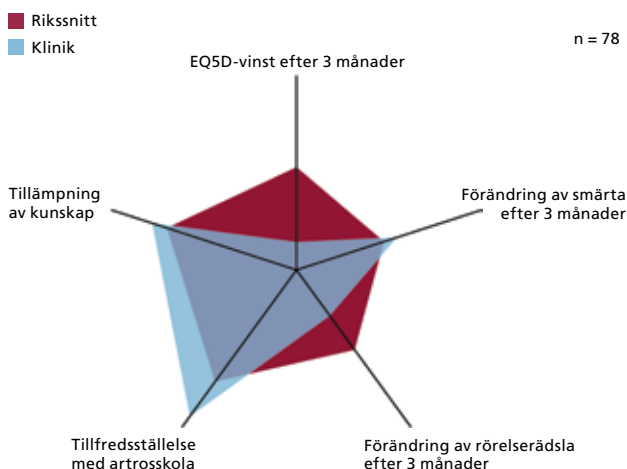
Figur 56. Grafisk presentation av patientdemografi per enhet (Case-mix) i jämförelse med registrets (Rikets) patientdemografi. Stor yta = svår case-mix.

Rehab Support, Linköping

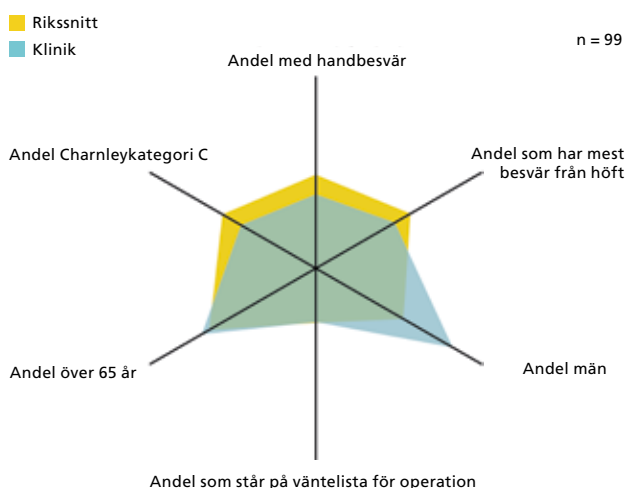


Figur 57. Grafisk presentation av resultat efter tre månader för utvalda indikatorer per enhet i jämförelse med registrets (Rikets) genomsnitt. Stor yta = bättre resultat.

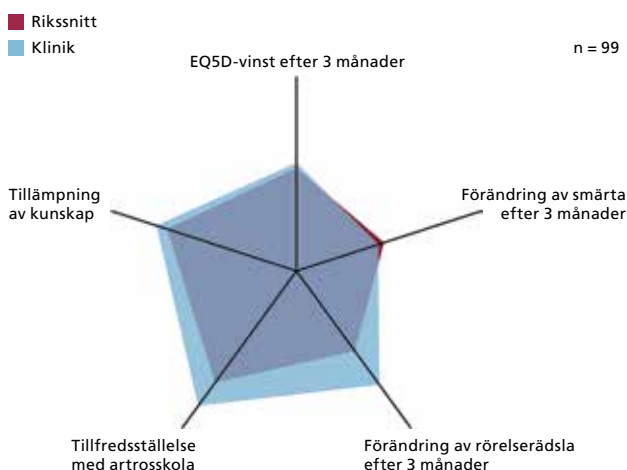
Rehab Support, Linköping



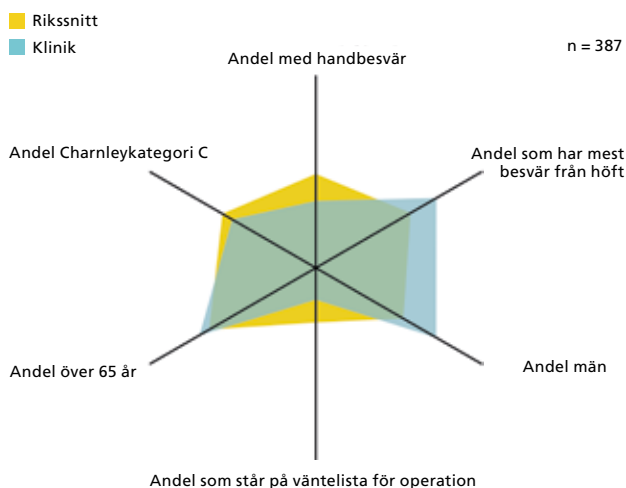
Rehabpartner i Söderköping AB



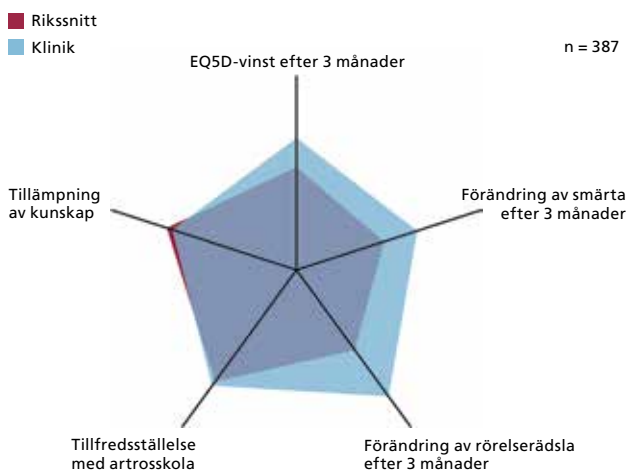
Rehabpartner i Söderköping AB



Rörelse och hälsa Linköping



Rörelse och hälsa Linköping



Tabell 28. Ackumulerad data för indikatorer i värdekompassen på kliniknivå.
Alla förändringar gäller uppföljning vid tre månader.*

Landsting	Enhet	EQ5D-vinst	Förändring av smärta	Förändring av rörelserädsla (%)	Tillfredsställelse med artrosskola (%)	Tillämpning av kunskap (%)
Blekinge	Karlskrona Rehabcenter	0,11	-12	-8	90	93
	Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	0,07	-13	-4	93	94
Dalarna	Primärvårdsrehab Jakobsgårdarna, Borlänge	0,12	-14	-11	89	94
	Primärvårdsrehab, Falun	0,10	-14	-15	96	96
	VC Sälen-Lima	0,03	-10	-4	97	89
	Vårdcentral Avesta	0,09	-24	-9	99	96
	Vårdcentral Säter	0,00	-7	-3	95	95
Gotland	HabRehab Gotland	0,08	-17	-15	96	98
Halland	Hälsa & Rehab, Kungsbacka	0,11	-14	-26	88	86
	Vårdcentralen Laholm	0,01	-7	-4	94	98
Jämtland	Brunflo hälsocentral	0,06	-7	-18	84	90
	Bräcke HC	0,02	-6	-4	87	87
	Frösö Hälsocentral, Östersund	0,04	-4	-9	97	94
	Föllinge Hälsocentral	0,06	-15	-11	92	89
	Hammarstrands Hälsocentral	0,06	-10	-2	93	90
	Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	0,06	-8	-8	90	80
	Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	0,03	-7	0	92	83
	Nya Närvården i Strömsund/Hoting	0,09	-12	-8	97	96
	Odensala HC, Östersund	0,06	-6	-7	84	94
	Offerdals hälsocentral	0,04	-6	-4	94	89
	Strömsunds hc	0,06	-11	-5	93	97
	Svegs HC	0,07	-11	-9	96	100
Jönköping	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	0,00	-12	-14	97	95
	Rosenlunds Vårdcentral, Jönköping	0,03	-7	-3	81	81
	Smålandsstenars vårdcentral	0,03	-9	-7	97	91
	Väster vårdcentral, Värnamo	0,08	-12	-9	97	90
Kalmar	Samrehab Vimmerby/Hultsfred	0,06	-16	-10	98	90
	Samrehab, Mönsterås	0,02	-10	-1	90	90
	Samrehab, Oskarshamn	0,05	-16	-7	89	83
	Västerviks sjh	0,03	-13	-16	92	89
Kronoberg	Idrottskliniken, Växjö	0,12	-15	-13	100	94
	Primärvårdsrehab Sigfrid, Växjö	0,05	-8	-7	92	95
	Primärvårdsrehab, Ljungby	0,09	-14	-6	97	92
	Vårdcentralen Hovshaga, Växjö	0,05	-11	-19	97	95
Skåne	Capio Citykliniken, Landskrona	0,12	-15	-10	90	96
	Capio Citykliniken, Lund	0,06	-11	-3	98	93
	Capio Citykliniken, Malmö Centrum	0,04	-14	-19	90	90
	Deltagruppen Helsingborg	0,08	-11	-8	95	95
	Fysiocenter, Malmö	0,07	-9	-16	97	83
	Lomma Vårdcentral	0,02	-8	-4	97	99
	Malmö Abels Rehab	0,05	-10	-7	93	89
	Sjöcrona VC Höganäs	0,08	-14	-15	99	92
	VC Hörby	0,04	-15	-10	96	95
	Vårdcentralen Centrum, Landskrona	0,12	-11	-5	98	92
	Vårdcentralen Sjöbo	0,07	-15	-12	95	100
	Vårdcentralen Skurup	0,09	-9	-10	90	92
	Vårdcentralen Staffanstorps	0,00	-7	-2	87	87
	Vårdcentralen Tollarp	0,04	-15	-11	100	95
Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	0,07	-11	-11	100	96	

Tabell 28. Ackumulerad data för indikatorer i värdekompassen på kliniknivå.
Alla förändringar gäller uppföljning vid tre månader.*

Landsting	Enhet	EQ5D-vinst	Förändring av smärta	Förändring av rörelserädsla (%)	Tillfredsställelse med artrosskola (%)	Tillämpning av kunskap (%)
Stockholm	Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	0,05	-11	-12	97	87
	Dalen Rehab Södra, SLSO	0,04	-11	-9	94	92
	Feelgood Sjukvård Grev Turegatan, Stockholm	0,04	-12	-14	94	96
	Haninge Rehab	0,09	-16	-26	98	92
	Hela Kroppen Sjukgymnastik, Stockholm	0,07	-14	-11	96	92
	Järfällahälsan	0,07	-12	-12	100	97
	Märsta Primärvårdsrehab	0,11	-15	-8	99	99
	Nynäs Rehab Center, Nynäshamn	0,07	-14	-10	96	91
	Primärvårdsrehab, Bromma	0,07	-12	-13	85	79
	Rehab City Norrmalm, Stockholm	0,06	-11	-12	96	96
	Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	0,05	-12	-12	97	86
	Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje	0,02	-14	-4	96	96
	Team Aktiv, Hässelby	0,08	-11	-15	95	95
	Sörmland	Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping	-0,01	-4	-9	92
Vårdcentralen Ekensberg, Nyköping		0,04	-13	-5	82	85
Uppsala	Gimo Vårdcentral	0,11	-11	-11	98	98
Värmland	Hagfors VC	0,03	-11	-10	87	85
	Rehabenheten, Kristinehamn	0,17	-22	-23	81	87
	Rehabiliteringsenheten, Säffle	0,06	-11	-10	85	80
	Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	0,07	-11	-6	97	94
	Sjukhuset Torsby	0,02	-10	-6	83	84
	VC Gripen, Karlstad CSK	0,08	-15	-17	87	91
	Vårdcentralen Sunne	0,01	-9	-2	86	80
Västerbotten	Capio hälsocentral Dragonen, Umeå	0,05	-12	-11	88	96
	Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	0,07	-13	-8	89	85
	Tegs Hälsocentral, Umeå	0,04	-7	-16	93	87
	Vilhelmina sjukstuga	0,04	-8	-8	100	92
Västernorrland	Hälsocentralen Matfors	0,09	-14	-10	100	99
	Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall	0,06	-10	-8	97	92
Västmanland	Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta	0,02	-12	-6	87	85
	Erikslunds Sjukgymnastik Västerås	0,09	-11	-4	90	93
	Herrgårdets vårdcentral, Västerås	0,04	-12	-8	94	92
	Penttis Idrottsskador & sjukgymnastik, Västerås	0,07	-11	-18	96	98
	Rehabenheten, Västmanlands sjukhus Sala	0,07	-10	-6	91	88
	Sjukgymnasterna på Odensvi, Västerås	0,04	-7	-6	92	97
	Västerås Rehab Center AB	0,08	-13	-11	96	90
	Västmanlands sjukhus, Köping	0,05	-8	-13	95	90

*Enheter med färre än 50 patienter redovisas inte.

Tabell 28. Ackumulerad data för indikatorer i värdekompassen på kliniknivå.
Alla förändringar gäller uppföljning vid tre månader.*

Landsting	Enhet	EQ5D-vinst	Förändring av smärta	Förändring av rörelserädsla (%)	Tillfredsställelse med artrosskola (%)	Tillämpning av kunskap (%)
Västra Götaland	Capio Rehab, Henån	0,03	-8	-8	96	86
	Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölndal	0,04	-9	-10	99	93
	I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	0,10	-15	-10	97	99
	Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil	0,00	-6	-4	96	93
	Kungälv Sjukgymnastik	0,07	-9	-9	100	94
	Närhälsan Angered rehabmottagning	0,18	-14	-14	98	96
	Närhälsan Eriksberg rehabmottagning, Göteborg	0,05	-7	-4	94	82
	Närhälsan Falköping rehabmottagning	0,08	-9	-1	83	76
	Närhälsan Frölunda rehabmottagning, Västra Frölunda	0,10	-11	-15	95	91
	Närhälsan Gibraltar rehabmottagning, Göteborg	0,04	-9	-12	95	99
	Närhälsan Herrestad/Rosenhäll rehabmottagning, Uddevalla	0,04	-5	-17	91	82
	Närhälsan Lerum rehabmottagning	0,06	-10	-8	94	93
	Närhälsan Lidköping rehabmottagning	0,05	-7	-10	94	93
	Närhälsan Lilla Edet rehabmottagning	0,03	-9	-7	95	95
	Närhälsan Mariestad rehabmottagning	0,03	-8	-17	95	96
	Närhälsan Munkedal rehabmottagning	0,05	-12	-13	93	95
	Närhälsan Skara rehabmottagning	0,03	-10	-11	95	89
	Närhälsan Stenungsund rehabmottagning	0,02	-5	-4	96	88
	Närhälsan Sörhaga rehabmottagning, Alingsås	0,07	-12	-15	95	95
	Närhälsan Tanumshede rehabmottagning	0,03	-7	-8	94	92
	Närhälsan Trollhättan rehabmottagning	0,08	-17	-15	98	97
	Närhälsan Vänersborg rehabmottagning	0,00	-7	-11	86	82
	Närhälsan Ängabo rehabmottagning, Alingsås	0,05	-11	-7	91	90
Närhälsan Åmål rehabmottagning	0,03	-8	-14	95	100	
Samrehab Mark/Svenljunga	0,07	-14	-16	87	87	
Örebro	Hallsbergs Vårdcentral	0,09	-14	-10	91	86
	Odensbackens vårdcentral	0,04	-7	-14	94	94
	Pilgårdens vårdcentral, Degerfors	0,09	-13	-11	93	87
Östergötland	Hageby Vårdcentral, Norrköping	0,10	-15	-18	90	92
	Motala Lasarett	0,07	-14	-13	90	89
	Rehab Finspång	0,06	-11	-11	90	91
	Rehab Support, Linköping	-0,03	-13	-4	99	94
	Rehabpartner i Söderköping AB	0,07	-11	-17	97	93
	Rörelse och hälsa Linköping	0,10	-15	-20	94	90
Riket	Riket	0,06	-11	-11	93	91

*Enheter med färre än 50 patienter redovisas inte.

Medverkande enheter

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Blekinge	42 Karlskrona Rehabcenter	offentlig
	94 Ronneby Vårdcentral	offentlig
	101 Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn	offentlig
	102 Kallinge Vårdcentral	offentlig
	110 Olofströms Vårdcentral	offentlig
	114 Vårdcentralen Sölvesborg	offentlig
Dalarna	119 Primärvårdsrehab, Falun	offentlig
	168 Rehab, Vårdcentral Malung	offentlig
	173 Vårdcentral Säter	offentlig
	174 VC Sälen-Lima	offentlig
	176 Särna Vårdcentral	offentlig
	184 Vårdcentralen Läkarhuset, Borlänge	privat
	194 Älvdalen VC	offentlig
	205 Vårdcentral Vansbro	offentlig
	293 Vårdcentral Avesta	offentlig
	382 Primärvårdsrehab Jakobsgårdarna, Borlänge ⁴⁰	offentlig
	412 Vårdcentral Leksand ³⁵	offentlig
	471 Vårdcentral Domnarvet, Borlänge ³⁵	offentlig
	474 Vårdcentral Smedjebacken ³⁵	offentlig
475 Vårdcentral Ludvika ³⁵	offentlig	
Gotland	25 HabRehab Gotland	offentlig
Gävleborg	47 Söderhamn/Linden, Din hc, Söderhamn ^{19, 31}	offentlig
	57 Hälsocentralen Delsbo	offentlig
	67 Rehabiliteringen Ljusdal	offentlig
	92 Sjukgymnastiken Västra, Sandviken ²⁵	offentlig
	96 Södertull Hälsocentral, Gävle ⁵⁰	offentlig
	108 Sjukgymnastiken Omkretsen, Gävle ⁵²	offentlig
	115 Edsbyn och Alfta Hälsocentral	offentlig
	116 Arbrå och Kilafors Hälsocentral	offentlig
	132 Iggesunds Hälsocentral	offentlig
	214 Ockelbo Hälsocentral	offentlig
	228 Sjukgymnastik Sandviken	offentlig
	231 Gävle Primärvård ²⁶	offentlig
	248 Storvik Hälsocentral	offentlig
	267 Hudiksvalls hälsocentral	offentlig
	325 Hofors Din Hälsocentral	offentlig
516 Aleris Hälsocentral, Bollnäs ³⁵	privat	
517 Capio Rehab Gävle ³⁵	privat	
518 Aleris Hälsocentral Voxnadalen, Alfta ³⁵	privat	
Halland	83 Tudorkliniken, Halmstad	privat
	100 Vårdcentralen Oskarström	offentlig
	104 Vårdcentralen Laholm	offentlig
	112 Getinge Vårdcentral	offentlig
	121 Hälsa & Rehab, Kungsbacka	offentlig

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Halland forts.	122	Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	offentlig
	123	Vårdcentralen Bäckagård, Halmstad	offentlig
	244	Vårdcentralen Hyltebruk	offentlig
	265	Capio Citykliniken, Halmstad	privat
	480	Hälsa och Rehabilitering Varberg ³⁵	offentlig
	527	Vårdcentralen Nyhem, Halmstad ³⁵	offentlig
	531	Hälsa och Rehabilitering Falkenberg ³⁵	offentlig
	Jämtland	138	Bräcke HC
142		Strömsunds hc	offentlig
149		Hälsocentralen Lugnvik, Östersund	offentlig
151		Svenstavik Hälsocentral	offentlig
155		Hälsocentralen Zätagränd, Östersund	offentlig
156		Järpens HC	offentlig
157		Svegs HC	offentlig
159		Frösö Hälsocentral, Östersund	offentlig
160		Krokom Hälsocentral	offentlig
166		Föllinge Hälsocentral	offentlig
172		Backe HC	offentlig
190		Odensala HC, Östersund	offentlig
195		Närvård Frostviken, Gäddede	privat
215		Funäsdalens Hälsocentral	offentlig
223		Nya Närvården i Strömsund/Hoting	privat
224		Offerdals hälsocentral	privat
229		Hammarstrands Hälsocentral	offentlig
241		Fjällhälsan Hede/Vemdalen	privat
257		City Sjukgymnastik, Östersund	privat
281		Brunflo hälsocentral	offentlig
282	Torvalla hälsocentral, Östersund	offentlig	
416	Hogdalshälsan, Ytterhogda ³⁵	privat	
Jönköping	134	Väster vårdcentral, Värnamo	offentlig
	140	Tranås VC	offentlig
	147	Nässjö Läkarhus	privat
	148	Hälsans Vårdcentrum – Bra liv, Jönköping	offentlig
	150	Aneby Vårdcentral	privat
	152	Råslätts Vårdcentral – Bra Liv, Jönköping	offentlig
	162	Apladalens VC, Värnamo	privat
	167	Rosenlunds Vårdcentral, Jönköping	offentlig
	169	Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum	offentlig
	199	RehabCenter Jönköping ³⁰	privat
	202	Vråens vårdcentral, Värnamo	offentlig
	245	Gislaveds vårdcentral	offentlig
	251	Sävsjö vårdcentral	offentlig
	256	Vetlanda Vårdcentral	offentlig
	273	Nässjö vårdcentral	offentlig
	288	Smålandsstenars vårdcentral	offentlig
	301	Familjeläkarna i Forserum	privat
324	Vrigstad Läkarmottagning	privat	
369	Bankeryds vårdcentral	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Jönköping forts.	514 Gnosjö vårdcentral ³⁵	offentlig
Kalmar	21 Västerviks sjh	offentlig
	33 Samrehab, Mönsterås	offentlig
	36 Samrehab Vimmerby/Hultsfred ⁴¹	offentlig
	37 Samrehab Högsby	offentlig
	38 Samrehab Hultsfred ³⁴	offentlig
	56 Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar ³²	offentlig
	61 Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga ^{21, 33}	offentlig
	62 Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	offentlig
	63 Distriktsrehab Kalmar/Torsås ¹⁸	offentlig
	72 Samrehab, Oskarshamn	offentlig
	302 Distriktsrehab Borgholm ²¹	offentlig
	303 Distriktsrehab Mörbylånga ²¹	offentlig
	370 Distriktsrehab Kalmar ¹⁸	offentlig
	371 Distriktsrehab Torsås ¹⁸	offentlig
	482 Tjust Rehab, Jennie Dacke, Västervik ³⁵	privat
Kronoberg	48 Vårdcentralen Hovshaga, Växjö ¹	privat
	80 Idrottskliniken, Växjö	privat
	207 Primärvårdsrehab, Ljungby	offentlig
	208 Primärvårdsrehab, Alvesta	offentlig
	209 Primärvårdsrehab Birka, Växjö	offentlig
	210 Primärvårdsrehab, Lenhovda ³⁸	offentlig
	211 Primärvårdsrehab, Lessebo	offentlig
	218 Primärvårdsrehab Sigfrid, Växjö ³	offentlig
	219 Primärvårdsrehab Dalbo, Växjö	offentlig
	220 Primärvårdsrehab, Rottne	offentlig
	221 Primärvårdsrehab Teleborg, Växjö	offentlig
	225 Växjöhälsan vårdcentral	privat
	226 Primärvårdsrehab, Markaryd	offentlig
	287 Primärvårdsrehab Tingsryd	offentlig
	326 Primärvårdsrehab Åseda	offentlig
	381 Smålandshälsan i Ljungby	privat
	476 Primärvårdsrehab, Moheda ³⁵	offentlig
	530 Vårdcentralen Achima Care, Älmhult ³⁵	privat
Norrbottn	19 Sunderby sjukhus	offentlig
	64 Hortlax Vårdcentral, Piteå	offentlig
	65 Piteå vårdcentral	offentlig
	66 Jokkmokks vårdcentral	offentlig
	70 Norrfjärdens Vårdcentral	offentlig
	76 Furunäsets Vårdcentral	offentlig
	79 Öjebyns Vårdcentral	offentlig
	137 Primärvården Boden ²⁴	offentlig
	154 Vårdcentralen Åkerbäret – Hermelinen, Boden	privat
	163 Kalix vårdcentral	offentlig
	391 Adviva Hälsocentral, Gällivare	privat
Skåne	4 Trelleborg Lyftet Rehab	offentlig
	5 Malmö Abels Rehab	offentlig
	6 Capio Citykliniken, Lund	privat

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Skåne forts.	14	Deltagruppen Helsingborg	offentlig
	15	Sjöcrona VC Höganäs	offentlig
	18	Brahehälsan Löberöd	privat
	23	Vårdcentralen Skurup	offentlig
	28	Klippans Vårdcentral	offentlig
	30	Vårdcentralen Östermalm, Kristianstad	offentlig
	35	Vårdcentralen Sjöbo	offentlig
	41	Lomma Vårdcentral	offentlig
	43	SUS, Malmö	offentlig
	45	Solljunga hälsan, Örkellunga	privat
	49	Bjärreds Vårdcentral ²²	offentlig
	71	Rååpunkten Sjukgymnastik, Helsingborg	privat
	75	Vårdcentralen Tollarp	offentlig
	77	Fysiocenter, Malmö	privat
	78	Näsets Läkargrupp	privat
	81	Deltagruppen Råå, Helsingborg	offentlig
	82	Nöbbelöv Vårdcentral	offentlig
	86	Söderåsens Vårdcentral	offentlig
	93	City Rehab, Lund	privat
	99	Rehab o Friskvårdshuset, Staffanstorps	privat
	107	Höörs Vårdcentral	offentlig
	117	Vårdcentralen Centrum, Landskrona	offentlig
	118	Förslöv Vårdcentral	offentlig
	135	VC Hörby	offentlig
	182	VC Tåbelund, Eslöv	offentlig
	187	Vårdcentralen Åstorp	offentlig
	189	Helsingborgs Fysio	privat
	197	Berga läkarhus, Helsingborg	privat
	198	Vårdcentralen Staffanstorps	offentlig
	203	Vårdcentralen Dalby	offentlig
	206	Capio Citykliniken, Malmö Centrum	privat
	239	Capio Citykliniken, Landskrona	privat
	240	Capio Citykliniken, Båstad	privat
	246	Vårdcentralen Örkellunga	offentlig
	249	Vårdcentralen Måsen, Lund	offentlig
	254	Vårdcentralen Perstorp	offentlig
	260	Capio Citykliniken, Helsingborg	privat
	263	Gerdahallens sjukgymnastik, Lund	privat
	297	Vårdcentralen Löddeköpinge	offentlig
	299	Vårdcentralen Vä, Kristianstad	offentlig
	304	Solkart Vård i Bjuv	privat
	316	Vårdcentralen Vinslöv	offentlig
	332	Vårdcentralen Fosietorp, Malmö	offentlig
	334	Novakliniken Ystad	privat
	338	Vårdcentralen Laxen, Ängelholm	offentlig
368	Vårdkliniken Ängelholm ⁴	privat	
414	Brahehälsan Eslöv ²⁵	privat	
455	Ödåkra Läkargrupp, Helsingborg ³⁵	privat	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Skåne forts.	472 Hälsomedicinskt Center i Landskrona AB ³⁵	privat
	477 Vårdcentralen Norra Fäladen, Lund ³⁵	offentlig
	510 Jägersro Sjukgymnastik, Malmö ³⁵	privat
	529 Vårdcentralen Kävlinge ³⁵	offentlig
Stockholm	29 Sollentuna Rehabgrupp	privat
	34 AW Hälsa – Artrosmottagningen, Danderyd ⁵	privat
	52 Rehabcentrum, Nacka Närsjukhus	offentlig
	103 Tallhöjden Rehab, Södertälje ²³	offentlig
	105 Mörby Primärvårdsrehab, Danderyd	offentlig
	124 Järfällahälsan ²	privat
	125 Stockholm Norr Sjukgymnastik, Åkersberga	privat
	126 Vallentuna Primärvårdsrehab	offentlig
	128 Rehab City Östermalm, Stockholm ⁶	offentlig
	133 Salem Rehab, Rönninge	offentlig
	139 Haninge Rehab ¹⁶	offentlig
	141 Bromma Rehab Västra ⁴³	offentlig
	144 Rehab City Normalm, Stockholm ¹⁷	offentlig
	145 Hälsopoolens Rehabklinik AB, Stockholm	privat
	158 Dalen Rehab Södra, SLSO ⁵¹	offentlig
	164 Primärvårdsrehab Spånga – Rehab Västra, SLSO	offentlig
	165 Nynäshamns VC, Rehabiliteringen	privat
	180 AktivaRe – Primärvårdsrehab Österåker, SLSO	offentlig
	192 Aktiv Fysioterapi Södra, Farsta	privat
	201 Rudans Rehab, Handen	privat
	234 Hela Kroppen Fysioterapi, Stockholm ⁴⁵	privat
	237 Team Aktiv, Hässelby	privat
	242 Fysiocenter Odenplan, Stockholm	privat
	243 Aleris Rehab Liljeholmen, Stockholm ⁷	privat
	253 Nynäs Rehab Center, Nynäshamn	privat
	258 Hovsjö Rehab, Södertälje	privat
	261 Aleris Rehab Nykvarn ⁷	privat
	262 Roslagens Sjukgymnastik, Norrtälje	privat
	266 Rehab City Kungsholmen, Stockholm	offentlig
	280 Märsta Rehab ⁴⁴	offentlig
	294 Sickla Hälsocenter, Nacka	privat
	295 Aleris Rehab Huddinge ⁷	privat
	300 Aleris Rehab Tullinge ⁷	privat
	308 Rehabcentrum Bromma	privat
	309 Kista Rehab Västra	offentlig
	328 Södermalm Rehab Södra, Stockholm	offentlig
	367 Aleris Rehab Skärholmen	privat
	402 Feelgood Sjukvård Grev Turegatan, Stockholm ^{10, 35}	privat
	408 Farsta Rehab Södra, Stockholm ³⁵	offentlig
	409 Sundbybergskliniken ³⁵	privat
	410 Stockholms Sjukhem ³⁵	privat
	413 Ekerö Rehab Västra ³⁵	offentlig
415 Luna Vårdcentral, Södertälje ³⁵	offentlig	
423 Orthocenter Stockholm ³⁵	privat	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Stockholm forts.	435 Feelgood Sjukvård, Täby ²⁵	privat
	451 ZaidaZ Hälsa och Rehab Center, Jordbro ³⁵	privat
	452 E F Sjukgymnastik AB, Vällingby ³⁵	privat
	456 Aleris Rehab Älvsjö ³⁵	privat
	497 Rehab Öppenvård, Tiohundra, Norrtälje ³⁵	offentlig
	501 Kroppswerkstan-Jakobsberg ³⁵	privat
	519 Aleris Rehab Tyresö ³⁵	privat
	520 Telge Rehab, Södertälje ³⁵	privat
	528 Vaxholms Primärvårdsrehab ³⁵	offentlig
	Sörmland	186 Gnesta VC
232 Vårdcentralen Linden, Katrineholm		offentlig
264 Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm		offentlig
314 Vårdcentralen Stadsfjärden, Nyköping		privat
345 Vårdcentralen Oxelösund		offentlig
348 Vårdcentralen Flen		offentlig
350 Vårdcentralen Ekensberg, Nyköping		offentlig
351 Vårdcentralen Strängnäs		offentlig
353 Vårdcentralen Mariefred		offentlig
354 Vårdcentralen Fröslunda, Eskilstuna		offentlig
355 Vårdcentralen Åsidan, Nyköping		offentlig
358 Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping		offentlig
385 Vårdcentralen Malmköping		offentlig
403 Vårdcentralen Tunafors, Eskilstuna ³⁵		offentlig
404 Vårdcentralen Skiftinge, Eskilstuna ³⁵		offentlig
405 Vårdcentralen City, Eskilstuna ³⁵		offentlig
485 Kyrkbackens Vårdcentral, Strängnäs ³⁵		privat
502 Vårdcentralen Torshälla ³⁵	offentlig	
Uppsala	88 Ena Sjukgymnastik, Enköping	privat
	113 Gimo Vårdcentral	offentlig
	127 Enköpings Husläkarcentrum	offentlig
	188 Östhammars VC	offentlig
	259 Skutskärs vårdcentral	offentlig
	270 Östervåla vårdcentral	offentlig
	284 Samariterhemets vårdcentral, Uppsala	offentlig
	289 Flogsta vårdcentral, Uppsala	offentlig
	290 Tierps vårdcentral	offentlig
	291 Årsta vårdcentral, Uppsala	offentlig
	310 Familjeläkarna Bålsta	privat
	311 Svartbäckens vårdcentral, Uppsala	offentlig
	312 Ture Ålander läkarpraktik, Uppsala	privat
	313 Gottsunda vårdcentral, Uppsala	offentlig
	343 Alunda vårdcentral	offentlig
	392 Knivsta vårdcentral ³⁵	offentlig
	465 Österbybruks vårdcentral ³⁵	offentlig
498 Fålhagens vårdcentral, Uppsala ³⁵	offentlig	
Värmland	7 VC Gripen, Karlstad CSK	offentlig
	46 Sjukgymnastmottagningen Greven, Arvika	privat
	53 Primärvårdsrehab Norra, Värmland ²⁷	offentlig

- Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Värmland forts.	54 Rehabiliteringenheten, Kristinehamn	offentlig
	97 Hagfors VC ²⁸	offentlig
	185 Rehabiliteringsenheten, Säffle	offentlig
	212 Vårdcentralen Sunne ²⁸	offentlig
	213 Sjukhuset Torsby	offentlig
	222 Vårdcentralen Munkfors ²⁸	offentlig
	227 Vårdcentralen Ekshärad ²⁸	offentlig
	233 Vårdcentralen Grums	offentlig
	255 Vårdcentralen Likenäs	offentlig
	268 Vårdcentralen Filipstad	offentlig
	274 Vårdcentralen Skoghäll	offentlig
	275 Vårdcentralen Kil	offentlig
	276 Vårdcentralen Forshaga	offentlig
	277 Vårdcentralen Kronoparken, Karlstad	offentlig
	296 Vårdcentralen Årjäng	offentlig
	298 Vårdcentralen Charlottenberg	offentlig
	426 Fysioterapi Hagfors ³⁵	privat
Västerbotten	3 NUS Umeå	offentlig
	24 Umeå Fysiocenter AB	privat
	27 Tegs Hälsocentral, Umeå	offentlig
	31 JA Fysioterapi, Skellefteå ²⁰	privat
	32 Backens Hälsocentral, Umeå	offentlig
	39 Kåge/Morö Backe Hälsocentral, Skellefteå	offentlig
	44 Rehab Center AB, Umeå	privat
	55 Capio hälsocentral Dragonen, Umeå ⁸	privat
	59 Vindelns hälsocentral ^{49, 9}	offentlig
	69 Holmsunds Hälsocentral	offentlig
	73 Mariehems Hälsocentral, Umeå	offentlig
	84 Vännäs Hälsocentral ⁴⁹	offentlig
	95 Nordmalings Hälsocentral	offentlig
	98 Umeå Smärtmottagning	privat
	183 Synergia Hälsa, Umeå	privat
	278 Vilhelmina sjukstuga	offentlig
	279 Hörnefors hälsocentral	offentlig
292 Norsjö hälsocentral	offentlig	
457 Hälsocentralen Tre älvar ^{35, 48}	offentlig	
Västernorrland	87 Hälsocentralen Matfors	offentlig
	271 Sidsjö Vårdcentral, Sundsvall	privat
	363 Hälsocentralen Ankaret, Örnsköldsvik	offentlig
	503 Hälsocentralen Ånge ³⁵	offentlig
	504 Hälsocentralen Själevad ³⁵	offentlig
	522 Hälsocentralen Södra Sundet, Härnösand ³⁵	offentlig
	523 Hälsocentralen Höga Kusten, Ullånger ³⁵	offentlig
	525 Vårdcentralen Alnö, Vi ³⁵	privat
	526 Hälsocentralen Nyland ³⁵	offentlig
	532 Hälsocentralen Domsjö, Sund ³⁵	offentlig
533 Hälsocentralen Bjästa ³⁵	offentlig	
534 Hälsocentralen Husum-Trehörningsjö ³⁵	offentlig	

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Västmanland	85 Västmanlands sjukhus, Köping	offentlig	
	216 Rehabilitering, Västmanlands sjukhus Sala	offentlig	
	286 Herrgårdets vårdcentral, Västerås	offentlig	
	305 Rehabilitering Kraftkällan, Västerås	offentlig	
	306 Skinnskatteberg vårdcentral	offentlig	
	322 Penttis Idrottsskador & Sjukgymnastik, Västerås	privat	
	323 CityPraktiken, Västerås	privat	
	331 Hemdal vårdcentral, Västerås	offentlig	
	342 Västerås Rehab Center AB ¹¹	privat	
	356 Sjukgymnasterna på Odensvi, Västerås	privat	
	357 Fysiokliniken Västra Aros, Västerås	privat	
	359 Hallstahammar vårdcentral	offentlig	
	361 Erikslunds Sjukgymnastik Fagersta	privat	
	362 Erikslunds Sjukgymnastik Västerås	privat	
	366 Palmgrens Sjukgymnastik, Sättra Brunn	privat	
	379 Sjukgymnastiken i Kungsör	privat	
	384 Oxbacken vårdcentral, Västerås	offentlig	
	390 Capiro Vårdcentral Västerås City	privat	
	406 Sjukgymnastikcentralen Anders Åkerström AB, Arboga ³⁵	privat	
	421 Slottspraktiken Stefan Nääf AB, Köping ³⁵	privat	
	422 Levad Fysioterapi AB, Västerås ³⁵	privat	
	466 Norberg vårdcentral ³⁵	offentlig	
	511 Slottspraktiken, Sofie Tostemar, Köping ³⁵	privat	
	512 Slottspraktiken, Mats Hekne, MJE Sjukgymnastik AB, Köping ³⁵	privat	
	513 Slottspraktiken, Christer Humle AB, Köping ³⁵	privat	
	515 Vigör Rehab Bali AB, Arboga ³⁵	privat	
	521 Bäckby vårdcentral, Västerås ³⁵	offentlig	
	Västra Götaland	1 SU/Mölnadal	offentlig
		2 Kungälv sjukhus	offentlig
		8 Närhälsan Munkedal rehabmottagning	offentlig
		9 Närhälsan Trollhättan rehabmottagning	offentlig
		10 Närhälsan Vänersborg rehabmottagning	offentlig
		11 Närhälsan Bengtsfors rehabmottagning	offentlig
		12 Närhälsan Bäckefors rehabmottagning ¹²	offentlig
		13 Närhälsan Färgelanda rehabmottagning	offentlig
16 Kortedala Rehab Göteborg		privat	
20 Stay active Trollhättan		privat	
22 Närhälsan Åmål rehabmottagning		offentlig	
40 Närhälsan Öckerö rehabmottagning Hönö		offentlig	
89 Närhälsan Herrestad/Rosenhäll rehabmottagning, Uddevalla		offentlig	
91 City Sjukgymnastik, Trollhättan		privat	
106 Närhälsan Eriksberg rehabmottagning, Göteborg ¹⁴		offentlig	
109 Kuling Rehab och Hälsa AB, Lysekil		privat	
111 Närhälsan Kungshamn rehabmottagning		offentlig	
129 Närhälsan Gamlestadsstorget rehabmottagning, Göteborg		offentlig	
136 Hälsa i kubik – Praktikertjänst, Mölnadal ⁴⁷		privat	
143 Eken sjukgymnastik, Källered		privat	
146 Närhälsan Mariestad rehabmottagning	offentlig		

- Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig
Västra Götaland forts.	153 Flex Sjukgymnastik & Rehab AB, Uddevalla	privat
	161 I rörelse – Praktikertjänst AB, Göteborg	privat
	170 Närhälsan Tjörn rehamottagning, Kållekärr	offentlig
	175 Närhälsan Gibraltar rehamottagning, Göteborg	offentlig
	177 Närhälsan Sörhaga rehamottagning, Alingsås	offentlig
	178 Närhälsan Lerum rehamottagning	offentlig
	179 Närhälsan Lidköping rehamottagning ¹³	offentlig
	181 Närhälsan Angered rehamottagning	offentlig
	191 Närhälsan Lilla Edet rehamottagning	offentlig
	193 Närhälsan Ångabo rehamottagning, Alingsås	offentlig
	200 Närhälsan Stenungsund rehamottagning	offentlig
	204 Närhälsan Tanumshede rehamottagning	offentlig
	217 Capio rehab, Henån ³⁶	privat
	230 Samrehab Mark/Svenljunga	offentlig
	235 Närhälsan Frölunda rehamottagning, Västra Frölunda	offentlig
	236 Älvängen Fysioterapi	privat
	238 Aktiv Sjukgymnastik, Mölndal	privat
	247 Närhälsan Skövde rehamottagning Ekedalsgatan ³⁷	offentlig
	250 Närhälsan Olskroken rehamottagning, Göteborg	offentlig
	252 Orust Rehab och friskvårdscenter, Henån	privat
	269 Närhälsan Majorna rehamottagning, Göteborg	offentlig
	272 Kungälv Sjukgymnastik	privat
	283 Närhälsan Tibro Rehamottagning	offentlig
	285 Närhälsan Karlsborg rehamottagning	offentlig
	307 Närhälsan Hjo rehamottagning	offentlig
	317 Närhälsan Töreboda vårdcentral	offentlig
	318 Närhälsan Tidaholm rehamottagning	offentlig
	319 Närhälsan Herrljunga rehamottagning	offentlig
	320 Närhälsan Skara rehamottagning	offentlig
	321 Närhälsan Skövde rehamottagning Badhusgatan	offentlig
	327 Närhälsan Gullspång rehamottagning	offentlig
	330 Sans och Balans Hälsorehab, Mölnlycke	privat
	336 Närhälsan Mölnlycke rehamottagning	offentlig
	339 Närhälsan Falköping rehamottagning	offentlig
	340 Närhälsan Vara rehamottagning	offentlig
	341 Närhälsan Nossebro rehamottagning	offentlig
	380 Bräcke Diakoni PVR Mölndal	privat
	389 Fysiorehab i Kungälv Centrum	privat
	407 Sportrehab, Göteborg ³⁵	privat
	417 Närhälsan Ulricehamn rehamottagning ³⁵	offentlig
	418 Närhälsan Tranemo rehamottagning ³⁵	offentlig
	419 Närhälsan Solhem rehamottagning, Borås ³⁵	offentlig
	420 Närhälsan Sandared rehamottagning ³⁵	offentlig
	424 Sjukgymnastiken i Götene ^{35, 42}	privat
	425 Vårgårda Rehab AB ^{35, 39}	privat
	453 Närhälsan Backa rehamottagning, Hisings Backa ³⁵	offentlig
	458 Centrumpraktiken rehamottagning, Kungälv ³⁵	privat
	468 Backa Rehab Kvillebäcken, Göteborg ³⁵	privat

■ Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.

■ Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

Tabell 29. Enheter anslutna till BOA-registret.

Landsting/Region	Enhet	Privat/Offentlig	
Västra Götaland forts.	469	Närhälsan Strömstad rehamottagning ³⁵	offentlig
	470	Fysrehab Lidköping AB ³⁵	privat
	478	Närhälsan Grästorps rehamottagning ³⁵	offentlig
	479	Närhälsan Dals-Ed rehamottagning, Ed ³⁵	offentlig
	495	Västerleden Vårdcentral Frölunda Torg, Västra Frölunda ³⁵	privat
	499	Rehabcentrum Lidköping ³⁵	privat
	500	PartilleRehab, Partille ³⁵	offentlig
	506	Hälsa i Kubik AB, Mölndal ^{35, 46}	privat
	535	Sjukgymnastgruppen Vänersborg, Anna Borgmalm ³⁵	privat
	536	Backa Rehab Stenungsund ³⁵	privat
	Örebro	51	Hallsbergs Vårdcentral
196		Kumla VC	offentlig
329		Örebro Rehabcentrum	privat
333		Pilgårdens vårdcentral, Degerfors	offentlig
335		Brickebackens vårdcentral, Örebro	offentlig
337		Odensbackens vårdcentral	offentlig
344		Varberga vårdcentral, Örebro	offentlig
346		Hällefors vårdcentral	offentlig
347		Skebäcks vårdcentral, Örebro	offentlig
349		Karla vårdcentral, Örebro	offentlig
352		Kopparbergs vårdcentral	offentlig
383		Baggängens vårdcentral, Karlskoga	offentlig
411		Vivalla vårdcentral, Örebro ³⁵	privat
436		Tybble vårdcentral, Örebro ³⁵	offentlig
454		Olaus Petri vårdcentral, Örebro ³⁵	offentlig
467		Adolfsbergs vårdcentral, Örebro ³⁵	offentlig
473		Capio Haga vårdcentral, Örebro ³⁵	privat
505	Laxå vårdcentral ³⁵	offentlig	
524	Nora Vårdcentral ³⁵	offentlig	
Östergötland	17	Rörelse och hälsa Linköping	offentlig
	50	Motala Lasarett ²⁹	offentlig
	58	Rehab Finspång	offentlig
	74	Hageby Vårdcentral, Norrköping	offentlig
	90	Rehab Öst, Valdemarsviks Vårdcentral	offentlig
	130	Rehab Support, Linköping	privat
	131	Rehabpartner i Söderköping AB	privat
	171	Må Bra Rehab AB, Motala	privat
	315	Rörelse och Hälsa – Kisa, Åtvidaberg, Österbymo	offentlig
	375	Fysiomas Rehab & Sjukgymnastik, Norrköping	privat
	388	HIO Fysioterapi, Motala	privat
	464	Fysett Rehab- och Träningscenter AB, Norrköping ³⁵	privat

- Enheter som har rapporterat minst 10 patienter före den 31 december 2014.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår i årsrapportens resultatredovisning.
- Enheter som har anslutits till registret före den 31 maj 2015. Ingår inte i årsrapportens resultatredovisning.

- ¹ Vårdcentralen Capio Hovshaga
- ² Företagshälsovård
- ³ Tidigare namn Primärvårdsrehab Kungsvägen, Växjö
- ⁴ MH alive CENTER
- ⁵ Vilande
- ⁶ Tidigare namn: Primärvårdsrehab Östermalm, Stockholm
- ⁷ Tidigare namn: Reageraklinikerna
- ⁸ Tidigare namn: Dragonens nya hälsocentral, Umeå
- ⁹ Tidigare namn: Hälsocentralen Tre älvar
- ¹⁰ Tidigare namn Feelgood Sjukvård AB, Stockholm
- ¹¹ Apalby Friskcenter
- ¹² Tidigare namn: Rehab Dalslands Sjh
- ¹³ Tidigare namn: Ågårdsskogens VC, Lidköping
- ¹⁴ Tidigare namn: Primärvårdsrehab Biskopsgården, Göteborg
- ¹⁶ Tidigare namn: Salems vårdcentral, Rönninge
- ¹⁷ Tidigare namn: Primärvårdsrehab Dalagatan, Stockholm
- ¹⁸ Enhet 63 är uppdelad på enhet 370 och 371
- ¹⁹ Tidigare namn: Söderhamns Sjukhus, Rehabenheten
- ²⁰ Artrosskolan har upphört fr. o. m. 2011-09-01
- ²¹ Enhet 61 är uppdelad på enhet 302 och 303
- ²² Vårdcentralen upphörde 121031
- ²³ Tidigare namn: Tallhöjdens sjukgymnastik, Södertälje
- ²⁴ Björknäs, Sandens och Erikslunds vårdcentraler ingår i enheten
- ²⁵ Enheten uppdelad i enheterna 214, 228, 248 och 325
- ²⁶ Stortorget Din hälsocentral, Södertull Din hälsocentral, Gävle Strand Din Hälsocentral, Sätra Din Hälsocentral, Strömsbro Din hälsocentral och Valbo Din Hälsocentral ingår i enheten
- ²⁷ Hagfors, Sunne, Munkfors och Ekshärad ingick i enheten
- ²⁸ Ingick tidigare i enhet 53
- ²⁹ Även Borensberg, Boxholm, Mjölby och Ödeshög ingår i enheten
- ³⁰ Vårdcentralerna Lokstallarna och Nyhälsan (Nässjö) ingår i enheten
- ³¹ Söderhamn Din hälsocentral och Linden Din hälsocentral (Bergvik) ingår i enheten
- ³² Patienterna har gått artrosskola på enhet 61 Distriktsrehab Borgholm/Mörbylånga
- ³³ Rapporterat som enhet 56 Rehabkliniken, Länssjukhuset Kalmar
- ³⁴ Patienterna registreras på enhet 36 Samrehab Vimmerby/Hultsfred
- ³⁵ Enheten har anslutits under 2015, men registrerat patienter som gått artrosskola under 2014. Enheten ingår därför i årsrapporten.
- ³⁶ Tidigare namn: Carema Rehab, Henån
- ³⁷ Tidigare namn: Primärvårdsrehab Skövde
- ³⁸ Tidigare namn: Primärvårdsrehab, Uppvidinge/Lenhovda. Åseda ingick tidigare i enheten.
- ³⁹ Tidigare namn Vårgårda Sjukgymnastik
- ⁴⁰ Tidigare namn Primärvårdsrehab, Borlänge
- ⁴¹ Tidigare namn Samrehab Vimmerby
- ⁴² Från och med 2015 Götene Rehab och Fysioterapi AB
- ⁴³ Tidigare namn Primärvårdsrehab, Bromma
- ⁴⁴ Tidigare namn Märsta Primärvårdsrehab
- ⁴⁵ Tidigare namn Hela Kroppen Sjukgymnastik, Stockholm
- ⁴⁶ Ny enhet. Tidigare ansluten till Praktikertjänst AB och registrerade då på enhet 136
- ⁴⁷ Ej längre ansluten till Praktikertjänst AB. Ny enhet finns se enhet 506
- ⁴⁸ Vindeln, Vännäs och Bjurholms hälsocentraler ingår i enheten. Ersätter enhet 59 Vindelns hälsocentral samt enhet 84 Vännäs Hälsocentral
- ⁴⁹ Ingår fr o m 141104 i enhet 457
- ⁵⁰ Ingår i enhet 231 Gävle primärvård
- ⁵¹ Tidigare namn Rehab Dalen, Primärvårdsrehab Södra, SLSO
- ⁵² Hälsocentralerna Sätra, Strömsbro och Valbo ingick tidigare i enheten. Ingår numera i enhet 231 Gävle Primärvård Capio Hovshaga

Praxis

Tabell 30. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppg. saknas ¹	Typ av skola				Antal skolor/år				
			Höft+knä +hand	Höft+knä	Höft	Knä	1-2	3-5	6-8	9-12	>12
Blekinge	42. Karlskrona Rehabcenter		■								■
	110. Olofströms Vårdcentral	■									
	101. Vårdcentralen Samariten/Brunnsgården, Karlshamn			■					■		
	114. Vårdcentralen Sölvesborg			■			■				
Dalarna	382. Primärvårdsrehab Jakobsgårdarna, Borlänge	■									
	119. Primärvårdsrehab, Falun			■							■
	168. Rehab, Vårdcentral Malung	■									
	176. Särna Vårdcentral	■									
	174. VC Sälen-Lima	■									
	293. Vårdcentral Avesta	■									
	471. Vårdcentral Domnarvet, Borlänge	■									
	412. Vårdcentral Leksand	■									
	474. Vårdcentral Smedjebacken	■									
	173. Vårdcentral Säter	■									
Gotland	25. HabRehab Gotland	■									
Gävleborg	116. Arbrå och Kilafors Hälsocentral	■									
	231. Gävle Primärvård ⁵	■									
	325. Hofors Din Hälsocentral	■									
	132. Iggesund Hälsocentral	■									
	214. Ockelbo Hälsocentral	■									
	67. Rehabiliteringen Ljusdal	■									
	228. Sjukgymnastik Sandviken	■									
	248. Storvik Hälsocentral	■									
47. Söderhamn/Linden, Din hc, Söderhamn ⁹	■										
Halland	112. Getinge Vårdcentral	■									
	121. Hälsa & Rehab, Kungsbacka	■									
	83. Tudorkliniken, Halmstad	■									
	123. Vårdcentralen Bäckagård, Halmstad	■									
	122. Vårdcentralen Hertig Knut, Halmstad	■									
	244. Vårdcentralen Hyltebruk	■									
	104. Vårdcentralen Laholm	■									
	100. Vårdcentralen Oskarström	■									
Jämtland	172. Backe HC	■									
	281. Brunflo hälsocentral	■									
	138. Bräcke HC			■					■		
	159. Frösö Hälsocentral, Östersund	■									
	215. Funäsdalens Hälsocentral	■									
	166. Föllinge Hälsocentral	■									
	229. Hammarstrands Hälsocentral	■									
	416. Hogdalshälsan, Ytterhogdal	■									
149. Hälsocentralen Lugnvik, Östersund			■					■			

Tabell 30. Hur artrosskolorna bedrivs på de olika enheterna.

Landsting	Enhet	Uppg. saknas ¹	Typ av skola				Antal skolor/år				
			Höft+knä+hand	Höft+knä	Höft	Knä	1-2	3-5	6-8	9-12	>12
Jämtland forts.	155. Hälsocentralen Zätagränd, Östersund			■					■		
	156. Järpens HC	■									
	223. Nya Närvården i Strömsund/Hoting	■									
	195. Närvård Frostviken, Gäddede	■									
	190. Odensala HC, Östersund	■									
	224. Offerdals hälsocentral	■									
	142. Strömsunds hc	■									
	157. Svegs HC	■									
Jönköping	151. Svenstavik Hälsocentral	■									
	369. Bankeryds vårdcentral	■									
	245. Gislaveds vårdcentral	■									
	169. Kungshälsan, Huskvarna Vårdcentrum		■						■		
	147. Nässjö Läkarhus	■									
	199. RehabCenter Jönköping8	■									
	150. Rehabiliteringen, Aneby Vårdcentral		■					■			
	167. Rosenlunds Vårdcentral, Jönköping			■					■		
	288. Smålandsstenars vårdcentral	■									
	251. Sävsjö vårdcentral	■									
	140. Tranås VC		■							■	
	256. Vetlanda Vårdcentral	■									
	324. Vrigstad Läkarmottagning		■						■		
	202. Vråens vårdcentral, Värnamo	■									
134. Väster vårdcentral, Värnamo	■										
Kalmar	302. Distriktsrehab Borgholm		■						■		
	370. Distriktsrehab Kalmar		■								■
	303. Distriktsrehab Mörbylånga		■					■			
	62. Distriktsrehab Nybro/Emmaboda	■									
	371. Distriktsrehab Torsås	■									
	37. Samrehab Högsby	■									
	36. Samrehab Vimmerby/Hultsfred		■							■	
	33. Samrehab, Mönsterås		■							■	
	72. Samrehab, Oskarshamn	■									
21. Västerviks sjh	■										
Kronoberg	80. Idrottskliniken, Växjö	■									
	209. Primärvårdsrehab Birka, Växjö	■									
	219. Primärvårdsrehab Dalbo, Växjö	■									
	218. Primärvårdsrehab Sigfrid, Växjö		■					■			
	221. Primärvårdsrehab Teleborg, Växjö	■									
	287. Primärvårdsrehab Tingsryd		■					■			
	326. Primärvårdsrehab Åseda	■									
	208. Primärvårdsrehab, Alvesta	■									
	210. Primärvårdsrehab, Lenhovda		■				■				
	211. Primärvårdsrehab, Lessebo	■									
207. Primärvårdsrehab, Ljungby		■					■				



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se