



**Linköpings universitet**  
**HÄLSOUNIVERSITETET**

En jämförelse av de patienter med artros som väljer att träna respektive inte träna efter genomgången teoriundervisning enligt konceptet Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

-en registerstudie

A comparison of patients with osteoarthritis who choose to exercise with those who choose not to exercise after having completed an information program based on the Better Management of Patients with Osteoarthritis model.

-a registerstudy

*Anna-Marika Eggertsson*

Examensarbete 15 hp (magister)

i sjukgymnastik

\*Masterprogrammet i Arbetsterapi/

Folkhälsovetenskap/Logopedi/ Medicinsk pedagogik/ Omvårdnadsvetenskap/Sjukgymnastik

*Vårterminen 2015*

En jämförelse av de patienter med artros som väljer att träna respektive inte träna efter genomgången teoriundervisning enligt konceptet Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

-en registerstudie

A comparison of patients with osteoarthritis who choose to exercise with those who choose not to exercise after having completed an information program based on the Better Management of Patients with Osteoarthritis model.

-a registerstudy

*Anna-Marika Eggertsson*

Handledare: Janna Kvist professor

Arbetsplats/Institutionstillhörighet: IMH avdelningen för samhällsmedicin

**Titel:** En jämförelse av de patienter med artros som väljer att träna respektive inte träna efter genomgången teoriundervisning enligt konceptet Bättre Omhändertagande av patienter med Artros

**Författare:** Anna Marika Eggertsson

**Handledare:** Joanna Kvist

## **Sammanfattning**

**Introduktion:** Artros är den vanligaste ledsjukdomen vilken kan vara både smärtsam och invalidiserande för många patienter. I tidigare studier har det konstaterats att träning och fysisk aktivitet kan lindra smärta och förbättra funktioner hos patienter med artros i knä och höft. Trots detta är patienter med artros i stor utsträckning fysiskt inaktiva. Av de patienter som registrerats i Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA)-registret väljer 15-20% bort att delta i träningsgenomgång trots att de i gruppundervisning informerats om vikten av att vara fysiskt aktiv och träna för att minska symtomen från sin artros. Varför dessa patienter väljer bort träningsgenomgång finns idag inga svar på.

**Syfte:** Att beskriva och jämföra gruppen av patienter med artros som väljer att delta i träningsgenomgång respektive inte delta i träningsgenomgång efter genomgången teoriundervisning enligt BOA-konceptet.

**Metod:** Kvantitativ studie med retrospektiv design där data från BOA-registret använts. Data som beskriver följande variabler: kön, ålder, body mass index (BMI), civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla, tidigare fysisk aktivitetsnivå, tilltron till den egna förmågan och nöjdhet med artrosskolan valdes ut.

**Resultat:** Underlaget för studien var 8927 patienter där 28 % var män och 72 % var kvinnor. 7485 patienter valde att delta i träningsgenomgång och 1442 patienter valde att avstå. Majoriteten av patienterna i båda grupperna var mellan 60-69 år. Av de som har genomgått artrosskolan har de flesta, 92,6%, bedömt att interventionen varit bra eller mycket bra. De patienter som bedömt att artrosskolan var ”mycket bra” alltså varit mest nöjda med interventionen har i större utsträckning valt att delta i träningsgenomgång. Inga signifikanta skillnader kunde ses mellan gruppen som valde att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valde att avstå avseende de övriga variablerna.

**Konklusion:** Studien visar att de patienter som bedömt att artrosskolan var ”mycket bra” alltså varit mest nöjda med interventionen i större utsträckning valt att delta i träningsgenomgång. I de övriga variablerna fanns ingen skillnad mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå.

**Nyckelord:** artros höft, artros knä, träning, fysisk aktivitet

**Title:** A comparison of patients with osteoarthritis who choose to exercise with those who choose not to exercise after having completed an information program based on the Better Management of Patients with Osteoarthritis model.

**Author:** Anna Marika Eggertsson

**Supervisor:** Joanna Kvist

## **Abstract**

**Introduction:** Osteoarthritis is the most common joint disease, and can be painful and cause disability for many patients. Previous studies have found that exercise and physical activity can decrease pain and improve physical functions in patients with osteoarthritis of the knee and hip. In spite of this, there are patients with osteoarthritis who remain physically inactive. Among the patients registered in the Better Management of Patients with Osteoarthritis (BOA) register, 15-20 % chose not to participate in exercise programs, despite having attended an information program about the importance of being physically active and exercising to reduce symptoms related to their osteoarthritis.

**Purpose:** The aim of the present study was to describe and compare the group osteoarthritis patients who choose to participate in exercise programs with those who do not, after the completion of an information program based on the BOA concept.

**Method:** This is a quantitative study with retrospective design, using data from the BOA-register. Data that described the variables of age, gender, body mass index (BMI), marital status, educational level, site of the osteoarthritis (hip or knee), walking disability, pain, fear of movement, physical activity level, self-efficacy and satisfaction of the intervention were analysed.

**Results:** Of the 8927 patients included in the study, 28% were males and 72% were females. The majority of patients were between 60 and 69 years. A total of 7485 patients participated in an exercise program, whilst 1442 chose not to do so. The overwhelming majority (92.6%), of those patients who completed the osteoarthritis information program considered this intervention to be good or very good. The patients who evaluated the osteoarthritis information program as "very good" chose to exercise to a greater extent. No significant differences with regard to the other variables were found between the group that chose to participate in exercise programs as compared to the group that did not.

**Conclusion:** The results of this study show that patients who decided that the osteoarthritis information program was "very good" chose to participate in the exercise program to a greater extent. Regarding the other variables, there was no significant difference between the group who had chosen to participate in the exercise program and the group had not done so.

**Keyword:** osteoarthritis hip, osteoarthritis knee, exercise, physical activity

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	sid
<b>1. INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1 Artros</b> .....	<b>1</b>
<b>2.2 Diagnostisering av artros</b> .....	<b>2</b>
<b>2.3 Prevalens</b> .....	<b>2</b>
<b>2.4 Hur träning och fysisk aktivitet kan påverka symtom vid artros</b> .....	<b>3</b>
<b>2.5 Behandlingsriktlinjer</b> .....	<b>4</b>
<b>2.6 Bättre Omhändertagande av patienter med artros (BOA)</b> .....	<b>4</b>
<b>2.7 Variabler som kan påverka varför patienter väljer bort fysisk aktivitet och träning</b> .....	<b>6</b>
<b>3. SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1 Frågeställning</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2 Hypotes</b> .....	<b>8</b>
<b>4. METOD</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1 Design</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2 Urval</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.1 Kriterier för deltagande i artrosskola</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.2 Exklusionskriterier för data</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.3 Urval av variabler</b> .....	<b>8</b>
<b>4.3 Material</b> .....	<b>9</b>
<b>4.4 Datainsamling</b> .....	<b>9</b>
<b>4.5 Etiska överväganden</b> .....	<b>11</b>
<b>4.6 Statistisk bearbetning</b> .....	<b>11</b>
<b>5. RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
<b>6. DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
<b>6.1 Metoddiskussion</b> .....	<b>16</b>
<b>6.2 Resultatdiskussion</b> .....	<b>18</b>

<b>7. KONKLUSION .....</b>	<b>20</b>
<b>8. TILLKÄNNAGIVANDEN .....</b>	<b>20</b>
<b>9.REFERENSER .....</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA 1</b>	

## **1. INTRODUKTION**

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och innebär för många drabbade en invalidiserande sjukdom framför allt på grund av smärta och nedsatt funktion (1). Äldre drabbas i högre utsträckning än yngre men symtom och besvär kan uppstå redan från cirka trettio års ålder (2). Det finns i dagsläget inget botemedel för artros (3). Det har dock visat sig att vid lätt till måttlig artros kan träning förbättra funktion, minska smärta och avstanna sjukdomsförloppet (4). Eftersom träning är effektivt är både nationella och internationella rekommendationer att träning ska vara en viktig och grundläggande intervention för personer med artros i höft och/eller knä (2-8). Trots att man vet att träning är effektivt är det många patienter som inte genomgår denna behandling. I ett försök att förbättra vården för artrospatienter startades projektet ”Bättre Omhändertagande av patienter med Artros” (BOA). BOA är sedan 2010 även ett nationellt kvalitetsregister där patientrelevant data och följsamhet till interventionen registreras. BOA är en sjukgymnastisk intervention där patienten vid gruppstillfällen får teoretisk kunskap om sin sjukdom samt råd om hur man ska förhålla sig för att må så bra som möjligt trots symtom från artrosen. Efter den teoretiska genomgången erbjuds patienten ett individuellt utprovat träningsprogram som kan utföras hemma alternativt i grupp på mottagningen tillsammans med sjukgymnast som handleder under träningstillfället. Av de patienter som genomgått artrosskolans teoridel väljer 15-20 % att inte fortsätta med den erbjudna träningsdelen trots att de erhållit kunskap om träningens betydelse för sjukdomen (9). Orsaken till att de fattar det beslutet är oklar. Syftet med denna studie är att jämföra och beskriva gruppen som väljer att delta i träningsgenomgång respektive inte delta i träningsgenomgång efter att de genomgått artrosskolans teoridel. Detta för att öka kunskapen om vad som kan påverka patienternas val och i förlängningen öka andelen patienter som väljer träning i grupp eller individuellt som intervention vid artros.

## **2. BAKGRUND**

### **2.1 Artros**

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Den är också en av de främsta orsakerna till att vuxna i västvärlden får smärta, nedsatt funktion som också kan leda till invaliditet (1). Alla leder med en broskbeklädd ledyta kan drabbas men vanligast är att knä, höft, hand och fingerleder blir påverkade (10). De vanligaste symtomen vid artros är smärta och stelhet samt nedsatt rörlighet från den påverkade leden. Sjukdomsförloppet är utdraget över tid och besvären kommer ofta gradvis. Orsaken till att en person får artros kan man i dagsläget inte med säkerhet säga men förutom ålder, tidigare lefskada och högt BMI så är även kön, genetiska faktorer, inaktivitet, nedsatt styrka i benmuskulatur och en stor ledbelastning kända riskfaktorer till att få artros (2).

Vid artros är det framför allt ledbrosket som påverkas då brosket försämras och förtunnas, men även omkringliggande strukturer kan påverkas. Underliggande ben förtätas och osteofyter bildas (11).

## 2.2 Diagnostisering av artros

Det finns inget enskilt diagnostiskt test för att fastställa artros. Vid röntgen kan man se förändringar som sänkt ledspringa, osteofyter, subkortikal skleros och cystbildning (12). Dock är det stor diskrepans mellan symtom och röntgenbild då det kan ta många år innan symtomgivande artros syns på en röntgenbild (13,14). Gällande rekommendation från Socialstyrelsen är därmed att ”röntga knä eller höft när diagnosen fortfarande är oklar efter en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd”. För att ställa diagnosen artros i knä eller höft rekommenderar Socialstyrelsen en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd (5). Detta stöds av American College of Rheumatology som tagit fram diagnostiska kriterier för artros i höft och knä. Vid knäartros kan diagnostisering utan röntgen fastställas med en sensitivitet på 95% och en specificitet på 69%. Kriterierna för denna diagnostisering var att patienten hade knäsmärta i kombination med tre av sex uppfyllda kriterier från anamnes, symtom och kliniska fynd (15) se tabell 1. Med 86% sensitivitet och 75% specificitet kan diagnosen höftartros sättas även den med hjälp av anamnes, symtom och kliniska fynd. Fler fynd ger ett starkare diagnostiskt värde (16) se tabell 1.

**Tabell 1. Kliniska fynd, anamnestiska fynd och symtom vid höft och knäartros**

Kliniska fynd	Anamnestiska fynd	Symtom
Krepitationer (knä)	Ålder	Belastningssmärta (knä)
Nedsatt rörlighet (knä)	Kön	Morgongstelhet (knä)
Breddökad led (knä)	Övervikt	Nedsatt funktion (knä/höft)
Nedsatt inåtrotation (höft)	Tidigare ledskada	Stelhet efter inaktivitet (höft)
Smärta vid inåtrotation (höft)	Överbelastning	Höftsmärta (höft)
Nedsatt flektion (höft)	Ärftlighet	

## 2.3 Prevalens

Artros kan definieras och diagnostiseras på olika sätt varför det förekommer olika uppgifter om förekomst av artros i olika studier. Klart är dock att förekomsten av artros stiger vid högre ålder med en markant ökad förekomst från 50-årsåldern (2). Internationellt sett är förekomsten av artros i knä eller höft, som både ger symptom och där ledförändringar syns på röntgen, enligt WHO 9,6 % hos män och 18 % hos kvinnor i åldersgruppen >60 år. Artros beräknas år 2020 inneha fjärdeplatsen av invalidiserande sjukdomar (2). Artros förekommer även i yngre åldrar. Enligt en svensk studie där man undersökte förekomsten av artros i åldersgruppen 35-55år konstaterade man att 15 % (279 av 1853 personer) hade kronisk knäsmärta och ca 5 % hade artros som kunde verifieras med röntgen (17).



## 2.4 Hur träning och fysisk aktivitet kan påverka symtom vid artros

I en studie av Rosemann et al. där 1021 personer med artros i höft eller knä deltog undersöktes deras vanor om fysisk aktivitet. Patienterna som själva fick skatta sina aktivitetsvanor visade sig vara signifikant mindre fysiskt aktiva än den övriga befolkningen (18). Att vara fysiskt inaktiv innebär för alla människor en större risk för kroniska sjukdomar, försämrad hälsa och för tidig död (6). Nuesch et al. utförde en kohortstudie med 1163 personer med höft och knäartros och konstaterade att dessa personer löpte en större risk att dö i förtid än befolkningen i allmänhet. Ofta förekommande dödsorsak var hjärt- och kärlsjukdom samt demenssjukdomar. I studien såg de också ett starkt samband mellan ökad risk för att dö i förtid och gångsvårighet. Ju större gångsvårighet en person hade desto större var sannolikheten att personen i fråga dog tidigare (19).

Lin et al studerade hur fysisk aktivitet på lång sikt påverkade ledbrösket i knät hos 205 personer i 45-60 års ålder som inte hade symtom eller röntgenverifierad knäartros. Hos dessa personer kunde man fastställa att en mycket hög eller mycket låg fysisk aktivitetsnivå medförde en ökad degeneration av ledbrösket (20). Sutton et al har också konstaterat att en vanlig fysisk aktivitetsnivå inte medför någon ökad risk för att utveckla artros (21).

Nedsatt styrka i mm.qudriceps kan vara en bidragande orsak till smärta och nedsatt funktion vid knäartros. Den troliga förklaringen är att vid nedsatt muskelstyrka i mm.quadriceps får leden en sämre stabilitet vid aktivitet vilket ger en ökad belastning på leden (1). Sattler et al. har studerat patienter med bilateral knäartros där båda knäna hade samma grad av röntgenologisk artros men bara ett knä var symtomgivande. I det smärtfria knät kunde en ökad tvärsnittsyta av quadriceps identifieras jämfört med tvärsnittsytan av quadriceps på det symtomgivande knät. Fyndet talar för att en starkare qudriceps muskel skulle kunna vara symtomlindrande vid knäartros (22).

Även Wang et al. har i en studie konstaterat att ökad lårmuskelstyrka kan påverka symtom från artros. I deras studie ingick 117 personer med symtomgivande knäartros. Vid studiens start samt efter 2 och 4,5 år mättes tvärsnittsytan av m.vastus medialis och broskvolym i knäleden samt smärta från knät som fastställdes med frågeformuläret Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). En ökad tvärsnittsyta på m.vastus medialis visade sig minska smärtan från knät, leda till minskad risk att broskvolymen skulle ha minskat och även minskad risk att patienten skulle ha opererats med knäprotes inom 4 år (23).

I en randomiserad kontrollerad studie av Hurley et al undersöktes långtidsnyttan av ett rehabiliteringsprogram hos 418 patienter med kronisk knäsmärta. Patienterna slumpades in i två grupper antingen vanlig behandling eller rehabiliteringsprogram som både innehöll patientutbildning och träning. Initialt hade interventionen mycket god effekt på självrapporterad funktion enligt WOMAC. Vid uppföljning efter 30 månader var gruppen som deltagit i programmet fortfarande signifikant bättre än kontrollgruppen (24). Även hos patienter med höftartros har långtidsnyttan av en träningsintervention konstaterats i en randomiserad studie av Svege et al. De jämförde en interventionsgrupp med en kontrollgrupp

där båda grupperna bestod av patienter som hade höftartros. Interventionsgruppen fick genomgå patientutbildning och en 12 veckor lång träningsintervention och kontrollgruppen fick enbart patientutbildning. Vid uppföljningen efter 29 månader såg de att de patienter som deltagit i interventionsgruppen hade en signifikant bättre självupplevd funktion enligt WOMAC samt att det var betydligt minskad risk att de patienterna skulle ha opererats med total höftprotes jämfört med kontrollgruppen (25).

## 2.5 Behandlingsriktlinjer

I dagsläget finns det ingen behandling som botar artros (3) utan behandlingen riktar in sig på att lindra symtom och förbättra funktioner. Enligt både nationella och internationella riktlinjer är viktminskning, information om sjukdomen och för individen anpassad fysisk träning en viktig och grundläggande behandling (2-8).

I svensk litteratur beskriver man artrosbehandlingen som en pyramid där alla med artros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet ska få grunden som består av viktminskning, anpassad träning och information om sjukdomen, se bild 1. Om grundbehandlingen inte räcker kan patienten behöva tillägg i behandlingen. Tilläggsbehandlingen består av medicinering samt utprovning av hjälpmedel. Endast ett fåtal av de som har artros har så uttalade besvär att de behöver opereras. Det är ca 10% som behöver en operation och det är den översta delen av behandlingspyramiden (11).



Bild 1. Illustration av artrosbehandling.

## 2.6 Bättre Omhändertagande av patienter med artros (BOA)

För att förbättra behandlingen för patienter med artros initierades en strukturerad behandlingsform BOA. På BOAs hemsida <https://stratum.registercentrum.se/#!/page?id=1148> kan man läsa att "Syftet med BOA är att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning i artrosskola, i enlighet med gällande behandlingsriktlinjer, och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat. Målet är att minska sjukskrivningskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros, samt att öka livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft och knä. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första

kontakten med sjukvården, oavsett var den sker. Patienter med besvär från höft eller knä kan söka sjukgymnast direkt, utan föregående läkarbesök” (9).

BOA-konceptet innefattar tre olika verksamheter:

1. **Utbildning för sjukgymnaster** som jobbar med artrosskolan som beskrivs nedanför att på ett bra sätt leda undervisning och träning och för att på ett likvärdigt sätt bedriva och utvärdera artrosskolor för patienter.
2. **Artrosskolan för patienter.** Efter ett bedömningstillfälle hos en sjukgymnast där en anamnes och undersökning genomförs erbjuds patienter som bedömts ha nytta av artrosskolan att delta i interventionen. Patienterna erbjuds att gå hela artrosskolan men kan välja att lägga upp deltagandet på tre olika sätt:
  - Minimal intervention, enbart deltagande i teoretisk undervisning
  - Deltagande i teoretisk undervisning och genomgång av individuellt träningsprogram
  - Deltagande i teoretisk undervisning och genomgång av individuellt träningsprogram och övervakad träning i grupp, se bild 2



**Bild 2. Illustration av artrosskolans upplägg.**

Oavsett omfattning på interventionen svarar patienten på ett frågeformulär i samband med första besöket hos sjukgymnasten. I formuläret fylls följande variabler i: personnummer, längd, vikt, mest besvärande led, mest besvärande sida, besvär från andra sidan, gångsvårigheter på grund av besvär från aktuell led, gångsvårigheter av annan anledning, besvär från hand/fingrar, smärtfrekvens, rädd att leden tar skada, VAS-smärta, vill bli opererad, EQ-5D, födelseland, nationalitet, utbildning, arbetsförmåga, fysisk aktivitetsnivå, tilltro till den egna förmågan.

Sjukgymnasten fyller också i ett formulär och svarar på; symtomgivande led, personnummer, duration, operation av aktuell led, röntgen av aktuell led, tidigare behandling, gånghjälpmedel, ledrelaterade läkemedel.

Vid uppföljning 3 månader efter start i artrosskolan besvaras ovanstående frågor igen med tillägg att patienten får svara på nöjdhet och användbarhet av genomgången artrosskola och sjukgymnasten registrerar följsamheten till interventionen. Efter 12 månader får patienten ett frågeformulär hemskickat som han/hon ombeds att besvara.

3. **Ett nationellt kvalitetsregister (BOA-registret).** Sedan 2010 registreras den sjukgymnastiska interventionen och patientens följsamhet till denna. De patienter som följer artrosskola och godkänner registreringen, registreras i BOA-registret. Underlaget för registrering är svaren på ovan beskrivna frågeformulär. De patienter som inte önskar få sina uppgifter registrerade registreras ej, men de får ändå genomgå behandlingen på samma sätt som övriga patienter (9).

## 2.7 Variabler som kan påverka varför patienter väljer bort fysisk aktivitet och träning

Flera faktorer kan tänkas påverka patientens val att träna eller inte efter att ha genomgått artrosskolans teoridel. Olika faktorer har visat sig påverka patienter till att vara fysiskt aktiva beroende på från vilken led besvären kommer ifrån. Det har med stigande ålder hos patienter med artros i höft och knä konstaterats att den fysiska aktivitetsnivån minskar samt att kvinnor med artros i höft och knä är mindre fysiskt aktiva än män med samma besvär (18). Vidare har det hos patienter med artros i höft konstaterats ett samband mellan minskad fysisk aktivitet och högre ålder (26).

En anledning till att avstå eller sluta att träna och röra på sig hos patienter med artros är rädsla för att ytterligare belasta och därmed ”slita ut” sina leder och ytterligare förvärra sina symtom detta konstaterade Hendry et al vid en studie där patienter med knäartros intervjuades. Vidare konstaterar de i studien att tilltron till den egna förmågan att påverka sitt mående var högre hos de patienter som tidigare tränat. En stark tilltro till den egna förmågan, self-efficacy, gav patienten självförtroende att träna och fortsätta med det trots symptom från artros (27).

Hos patienter med muskuloskeletal smärta har det vid en studie av primärvårdspatienter konstaterat att kinesiofobi, rädsla för att röra sig, föreligger hos 54 % av patienterna (28). Rädsla att röra sig eller att ytterligare förvärra sina symtom kan vara en starkt bidragande faktor till att träningen väljs bort. Smärtintensitet har en stor korrelation med rörelserädsla. Det har också konstaterats att hög smärtintensitet bidragit till inaktivitet hos artrospatienter (18, 29, 30). Även hur ofta patienten har smärta kan påverka benägenheten att vara fysiskt aktiv (18).

Ett förhöjt BMI ses ofta i samband med inaktivitet. Vid artros i knä- och/eller höftleder och samtidig övervikt ökar belastningen på leden vilket kan medföra en ökad smärta. Detta är något som kan förstärka olusten till fysisk aktivitet (18). Det har visat sig att patienter med

nedsatt fysisk förmåga och nedsatt rörlighet upplever detta som en stor utmaning vid träning och är mindre fysiskt aktiva (18, 29).

För att förbättra följsamhet till fysisk aktivitet har det sociala stödet från vänner och familj visat sig vara av betydelse (31). För personer med högre utbildningsnivå har en förlängd livslängd konstaterats (32). Det kan bero på olika orsaker men att ha kunskap kan påverka individer att i större utsträckning följa en hälsosammare livsstil och ta beslut som gynnar dem. För att artrospatienter ska fullfölja en träningsintervention är det också av vikt att de förstår varför träningen är bra för dem.

Vid start av träning har det hos patienter med artros visat sig att uppmuntran till fysisk aktivitet från vårdgivare varit av betydelse. Känner patienten att han/hon fått stöd kan följsamhet till träning förbättras (33). Patienten kan av plikt känsla till sjukgymnasten påbörja och fullfölja en intervention (27). I de fall patienten känner sig nöjd med interventionen har han eller hon antagligen också kommit bra överens med sjukgymnasten. Detta kan ytterligare förstärka patientens plikt känsla att påbörja behandlingen.

Ovanstående variabler har tidigare visat sig påverka patienters val att vara fysiskt aktiva eller träna. För att förbättra omhändertagandet och behandlingen av patienter med artros finns det ett behov av att identifiera om någon patientgrupp i större utsträckning väljer bort att delta i träningsgenomgång efter artrosskolans teoridel. Anledningen är att träningsdelen är viktig då den kan minska patientens symtom och förbättra hälsa och livskvalitet. Det är därför av intresse att undersöka om någon variabel kan påverka patientens val.

### **3. SYFTE**

Att beskriva och jämföra gruppen av patienter med artros som väljer att delta i träningsgenomgång respektive inte delta i träningsgenomgång efter genomgången teoriundervisning enligt BOA-konceptet.

#### **3.1 Frågeställning**

Finns det någon skillnad mellan gruppen som väljer att inte träna jämfört med gruppen som väljer att träna efter genomgången teoriundervisning enligt BOA-konceptet avseende variablerna, kön, ålder, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär frånhöft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla, tidigare aktivitetsnivå, tilltron till den egna förmågan och nöjdhet med upplevelsen av artrosskolan.

### **3.2 Hypotes**

Att variablerna, kön, ålder, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla, tidigare aktivitetsnivå, tilltron till den egna förmågan och nöjdhet signifikant kommer att skilja sig mellan gruppen som väljer att inte träna jämfört med gruppen som väljer att träna efter deltagande i artrosskolans teoriundervisning.

## **4. METOD**

### **4.1 Design**

Detta är en kvantitativ studie med retrospektiv design där data från BOA-registret har använts.

### **4.2 Urval**

#### **4.2.1 Kriterier för deltagande i artrosskola**

Patienter med besvär från höft eller knä av sådan grad att de söker sjukvård och patienter som av behandlande sjukgymnast bedöms ha nytta av artrosskola inkluderas i interventionen. Exklusionskriterier för deltagande i artrosskolan är inflammatorisk ledsjukdom, havererad cervikal collumfraktur, dominerande symptom av annan orsak (inklusive malignitet) samt personer som inte talar/förstår svenska.

#### **4.2.2 Exklusionskriterier för data**

Materialet från samtliga patientregistreringar från registrets start fram till och med 31 augusti 2012 inkluderades i studien. Frågeformulären efter 31 augusti 2012 omformulerades och därför kunde dessa data inte ingå i studien. De mottagningar som inte erbjuder träning exkluderades från studien. De patienter som ej deltagit i artrosskolans teorilektioner exkluderades från studien.

#### **4.2.3 Urval av variabler**

Efter en litteraturgranskning valdes följande variabler ur registret, kön, ålder, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla, tilltron till den egna förmågan.

För att bättre besvara frågeställningen valdes ytterligare två variabler ut, ”nöjdhet” en variabel där patienten besvarat vad de tyckte om artrosskolan och ”tidigare fysisk aktivitetsnivå”. ”Nöjdhet” valdes ut för att besvara om patientens upplevelse av artrosskolan påverkat om de valde att delta i träningsgenomgång eller inte vilket den variabeln kan spegla. ”Tidigare fysisk aktivitetsnivå” valdes ut då patienter som redan före genomgången artrosskola är träningsvana

och har en hög fysisk aktivitetsnivå kanske ej har behov av artrosskolans träningsdel och därmed ej behöver delta.

### **4.3 Material**

Data som analyserades i studien fanns registrerad i BOA-registret. Data är granskad och validerad då ansvariga för registret sökt efter ”missing values” och extrema värden per variabel eller per enhet. För att förbättra datakvaliteten återkopplades "felaktig" data till registrerande enhet för korrigerig eller komplettering. Varje enskild fråga i patientformuläret hade besvarats till 97% av patienterna. Sjukgymnasterna hade besvarat varje enskild fråga till 98% i sjukgymnastformuläret.

Samtliga landsting i Sverige finns sedan 2012 med och registrerar i BOA-registret. Från årsrapporten 2012 omfattas 197 registrerade enheter från hela Sverige. Totalt finns 14705 patienter registrerade från registrets start fram till december 2012. Det förväntade antalet patienter i denna studie var något lägre eftersom data som registrerats efter 31 augusti 2012 inte inkluderades.

### **4.4 Datainsamling**

De variabler som undersöktes har patient och sjukgymnast svarat på i frågeformulär vid inskrivning samt vid tre månaders uppföljning, se bilaga 1. Variablerna benämns som: ålder, kön, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla, tidigare fysisk aktivitetsnivå, tilltron till den egna förmågan och nöjdhet. Se tabell 2 för beskrivning av variablerna

**Tabell 2. Beskrivning av variabelns namn, frågan i patientformuläret samt de svarsalternativ patienten får.**

Variabel	Fråga	Svarsalternativ
Ålder	Personnummer	Fri text
Kön	Personnummer	Fri text
BMI*	Ange din vikt i kg/ange din längd i cm	Fri text
Besvärande led	Vilken led har du mest besvär från?	Höft/knä
Gångsvårighet	Har du gångsvårighet till följd av Dina höft/knäbesvär?	Ja/Nej
Gångsvårighet	Har du av någon annan anledning svårt att gå?	Ja/Nej
Smärta	Hur ofta har Du ont i knä/höft?	Aldrig/varje månad/varje vecka/varje dag/alltid
Rörelserädsla	Är Du rädd att Dina leder tar skada av fysisk träning/aktivitet	Ja/Nej
Civilstatus	Vilket av följande alternativ beskriver bäst Ditt civilstatus?	Sammanboende/Ensamboende
Fysisk aktivitetsnivå	Hur många dagar är Du fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter om dagen under en vanlig, typisk vecka?	0/1/2/3/4/5/6/7
Fysisk aktivitetsnivå	Hur ofta brukar Du vanligtvis träna så att Du blir andfådd eller svettas?	Aldrig/Mindre än en gång i månaden/1-2 gånger i månaden/1 gång i veckan/2-3 gånger i veckan/4-6 gånger i veckan/Varje dag
Nöjdhet	Vad tyckte Du om Artrosskolan?	Mycket dålig/Dålig/Varken bra eller dålig/Bra/Mycket Bra/Kan ej bedöma

\*BMI-body mass index ett kroppsmassaindex som beskriver relationen mellan vikt och längd vilken räknas ut genom att kroppsvikten mäts i kilogram divideras med kroppslängden i meter i kvadrat.

Patienten får också skatta sin smärtintensitet på en visuell analog skala (VAS), en 100 mm lång linje som är graderad från 0 vilket motsvarar ingen smärta till 100 som motsvarar maximal smärta. Patienten får uppmaningen, ”sätt ett KRYSS på det streck som Du tycker motsvarar Din genomsnittliga smärtupplevelse från den aktuella höften/knäet under senaste månaden”. Siffran från denna skattning mäter patientens smärtintensitet och användes till variabeln smärta (34).

För att mäta tilltron till den egna förmågan, ”self-efficacy”, används två delskalor från Arthritis self-efficacy scale den svenska versionen (ASSES-S). Den ena skalan mäter tilltron till den egna förmågan att hantera smärta och består av fem frågor (ASES-s smärta), den andra mäter tilltron till den egna förmågan att påverka andra symtom och består av sex frågor (ASSES-s andra symtom). Frågorna får patienten gradera på en skala från 10 (sämsta tänkbara tilltro till den egna förmågan) till 100 (bästa tänkbara tilltro till den egna förmågan). Graderingen i skalan är i jämna tiotal. För att räkna ut totalsumman adderas summan för varje fråga och delas sedan med antalet frågor. Om en förändring i detta mätinstrument ska vara betydelsefull ska den överstiga 10 (35).



Från sjukgymnastens uppföljningsformulär vid tre månader hämtades variablerna som registrerat patientens följsamhet till interventionen, om patienten deltagit i teoriundervisning och om patienten fått ett individuellt utprovat träningsprogram.

#### **4.5 Etiska överväganden**

Vid första besöket hos sjukgymnasten får patienten innan han eller hon fyller i frågeformulär en skriftlig information om BOA-registret samt vad registreringen innebär. Av informationen framgår också att data behandlas med sekretess och att registreringen är frivillig.

Studien har godkänts av etikprövningsnämnden i Göteborg. Studiens genomförande har godkänts av styrgruppen för BOA-registret. Registerdata behandlas konfidentiellt och anonymt.

#### **4.6 Statistisk bearbetning**

Bakgrundsfakta för gruppen som tränat och gruppen som inte tränat beskrivs först med deskriptiv statistik. För att sedan kunna se vad som skiljer de två grupperna åt utfördes korstabeller för varje enskild variabel. Där eventuella skillnader i grupperna avlästes utfördes Chi<sup>2</sup> test för att se om signifikant skillnad förelåg. De kontinuerliga variablerna analyserades även i t-test för att testa signifikansnivån. Dataunderlaget analyserades i Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 20 för Windows).

### **5. RESULTAT**

Från registrets start fram till och med den 31 augusti 2012 fanns 12097 patienter registrerade. Av dessa hade 8927 patienter deltagit i artrosskolans teoridel vilket var en av inklusionskriterierna för denna studie. Underlaget för studien blev därmed 8927 patienter av vilka 28 % var män och 72 % var kvinnor. BMI, ålder, tilltron till den egna förmågan (ASSES-s smärta, ASSES- s andra symtom) och smärtintensitet (VAS) i de två grupperna redovisas i tabell 3.

**Tabell 3. Redovisning av BMI, ålder, tilltron till den egna förmågan (ASSES-s smärta, ASSES- s andra symtom) och smärtintensitet (VAS) i de två grupperna. I tabellen presenteras medelvärde samt inom parentes spridning.**

Variabel	Deltagit i träningsgenomgång	Ej deltagit i träningsgenomgång	Medel differens	p-värde
<b>BMI</b>	28,0 (14,3-54,6)	28,1 (18,4-53)	0,1	0,522
<b>Ålder</b>	65 (27-94)	65 (34-91)	0,1	0,724
<b>ASSES-s smärta</b>	61,1 (10-100)	59,8 (10-100)	1,3	0,023
<b>ASSES-s andra symtom</b>	66,3 (10-100)	65,2 (10-100)	1,2	0,019
<b>VAS</b>	49,8 (0-100)	50,2 (0-100)	0,3	0,506

BMI- body mass index, VAS-visuell analog skala skattas från 0 till 100, ASSES-s smärta och ASSES-s andra symtom- artrit self efficacy scale den svenska översättningen, skattas från 0 till 100.

Majoriteten av patienterna i båda grupperna var mellan 60-69 år. Det fanns ingen signifikant skillnad i ålder ( $p= 0,724$ ) mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med de som valt att avstå, se tabell 3 och 4a.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med de som valt att inte göra det avseende kön, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet till följd av artros, gångsvårighet av annan anledning än artros, smärtintensitet, smärtfrekvens, rörelserädsla tidigare träningsvana, tidigare fysisk aktivitetsnivå. Se tabell 3, 4a och 4b.

Personer som har högre tilltro till den egna förmågan att påverka sina besvär (ASSES-s smärta och ASSES-s andra besvär) väljer i större utsträckning att delta i träningsgenomgång. För ASSES- s smärta är medeldifferensen 1,3 ( $p= 0,023$ ) och gällande ASSES-s andra symtom är medeldifferensen 1,2 ( $p= 0,019$ ). Se tabell 3.

De flesta personer, 92,6%, av de som har genomgått artrosskolan har bedömt att de tycker att interventionen varit bra eller mycket bra. Ett litet antal, 0,6%, har bedömt att artrosskolan var dålig eller mycket dålig. Fyra komma nio procent tyckte att den varken var bra eller dålig och resterande, 1,8%, har bedömt att de ej kan bedöma vad de tyckt om artrosskolan. De personer som var mer nöjda med artrosskolan dvs. skattade att artrosskolan varit bra eller mycket bra hade i större utsträckning valt att delta i träningsgenomgång, ( $p= 0.000$ ), se tabell 5.

**Tabell 4a. Redovisning av fördelningen mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå. I tabellen redovisas också bortfall och p-värde.**

		Deltagit antal (%)	Ej deltagit antal (%)	Bortfall	p-värde
<b>Kön</b>				<b>0</b>	<b>0,937</b>
	kvinnor	5380 (71,9)	1035 (71,8)		
	män	2105 (28,1)	407 (28,2)		
<b>Ålder (år)</b>				<b>0</b>	<b>0,655</b>
	0-29	5 (0,1)	0 (0,0)		
	30-39	48 (0,6)	8 (0,6)		
	40-49	387 (5,2)	85 (5,9)		
	50-59	1469 (19,6)	272 (18,9)		
	60-69	3061 (40,9)	594 (41,2)		
	70-79	2146 (28,7)	399 (27,7)		
	80-89	365 (4,9)	83 (5,8)		
	90 och uppåt	4 (0,1)	1 (0,1)		
<b>BMI</b>				<b>158</b>	<b>0,267</b>
	upp till 19,9	28 (0,4)	2 (0,1)		
	20,0-24,9	1960 (26,6)	351 (25,0)		
	25,0-29,9	3249 (44,1)	629 (44,7)		
	30 och uppåt	2126 (28,9)	424 (30,2)		
<b>Civilstatus</b>				<b>27</b>	<b>0,510</b>
	sammanboende	5484 (73,5)	1043 (72,6)		
	ensamboende	1980 (26,5)	393 (27,4)		
<b>Utbildning</b>				<b>36</b>	<b>0,308</b>
	grundskola	2738 (36,7)	555 (38,7)		
	gymnasieskola	2649 (35,5)	501 (35,0)		
	universitet	2071 (27,8)	377 (26,3)		
<b>Knä/höft</b>				<b>0</b>	<b>0,360</b>
	höft	2204 (29,4)	450 (31,2)		
	knä	5278 (70,5)	991 (68,7)		
	båda	3 (0,0)	1 (0,1)		

Tabell 4b. Redovisning av fördelningen mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå. I tabellen redovisas också bortfall och p-värde.

		Deltagit i valfri träningsgenomgång antal (%)	Ej deltagit i valfri träningsgenomgång antal (%)	Bortfall	p-värde
<b>Rörelserädsla</b>				<b>49</b>	<b>0,863</b>
	ja	1309 (17,6)	248 (17,4)		
	nej	6142 (82,4)	1179 (82,6)		
<b>Gångsvårighet till följd av knä och/eller höftbesvär</b>				<b>43</b>	<b>0,204</b>
	ja	6100 (81,8)	1147 (80,4)		
	nej	1357 (18,2)	280 (19,6)		
<b>Gångsvårighet av annan anledning</b>				<b>66</b>	<b>0,501</b>
	ja	2442 (32,9)	483 (33,8)		
	nej	4989 (67,1)	947 (66,2)		
<b>Hur ofta har du ont från höft/knä</b>				<b>22</b>	<b>0,513</b>
	aldrig	92 (1,2)	15 (1,0)		
	varje månad	256 (3,4)	59 (4,1)		
	varje vecka	849 (11,4)	178 (12,4)		
	varje dag	4607 (61,7)	877 (60,9)		
	alltid	1661 (22,3)	311 (21,6)		
<b>Smärtintensitet (VAS)</b>				<b>29</b>	<b>0,837</b>
	0-19	405 (5,4)	74 (5,2)		
	20-39	1592 (21,3)	309 (21,6)		
	40-59	2979 (39,9)	555 (38,8)		
	60-79	2218 (29,7)	444 (31,0)		
	80-100	273 (3,7)	49 (3,4)		
<b>Fysisk aktivitet (dagar)</b>				<b>591</b>	<b>0,357</b>
	0	201 (2,9)	41 (3,0)		
	1	240 (3,4)	41 (3,0)		
	2	480 (6,9)	71 (5,3)		
	3	740 (10,6)	147 (10,9)		
	4	656 (9,4)	132 (9,8)		
	5	925 (13,2)	181 (13,5)		
	6	592 (8,5)	132 (9,8)		
	7	3157 (45,2)	600 (44,6)		
<b>Träningsfrekvens (antal dagar)</b>				<b>580</b>	<b>0,820</b>
	aldrig	1311 (18,7)	256 (19,0)		
	<1/mån	611 (8,7)	131 (9,7)		
	1-2 mån	467 (6,7)	91 (6,8)		
	1/vecka	1238 (17,7)	245 (18,2)		
	2-3/vecka	2205 (31,5)	409 (30,4)		
	4-6/vecka	750 (10,7)	132 (9,8)		
	varje dag	418 (6,0)	83 (6,2)		

Tabell 4b forts. Redovisning av fördelningen mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå. I tabellen redovisas också bortfall och p-värde.

		Deltagit i träningsgenomgång antal (%)	Ej deltagit i träningsgenomgång antal (%)	Bortfall	p-värde
<b>ASSES-s smärta</b>				<b>49</b>	<b>0,863</b>
	10-19	165 (2,2)	26 (1,8)		
	20-29	256 (3,5)	56 (3,9)		
	30-39	556 (7,5)	129 (9,1)		
	40-49	935 (12,7)	194 (13,6)		
	50-59	1382 (18,7)	282 (19,8)		
	60-69	1474 (20,0)	274 (19,2)		
	70-79	1193 (16,2)	225 (15,8)		
	80-89	869 (11,8)	140 (9,8)		
	90-100	555 (7,5)	98 (6,9)		
<b>ASSES-s andra besvär</b>				<b>170</b>	<b>0,091</b>
	10-19	53 (0,7)	16 (1,1)		
	20-29	127 (1,7)	37 (2,6)		
	30-39	280 (3,8)	57 (4,0)		
	40-49	658 (9,0)	134 (9,5)		
	50-59	1193 (16,2)	224 (15,8)		
	60-69	1612 (22,0)	326 (23,1)		
	70-79	1604 (21,8)	277 (19,6)		
	80-89	1134 (15,4)	228 (16,1)		
	90-100	682 (9,3)	115 (8,1)		
<b>Nöjdhet</b>				<b>370</b>	<b>0,000</b>
	mycket dålig	19 (0,3)	0 (0,0)		
	dålig	24 (0,3)	13 (1,0)		
	varken eller bra	321 (4,4)	95 (7,1)		
	mycket bra	3108 (43,0)	591 (44,2)		
	kan ej bedöma	120 (1,7)	38 (2,8)		

**Tabell 5. Visar hur patienterna fördelas i variabeln nöjdhet antal och (procent).**

<b>Svarsalternativ variabel nöjdhet</b>	<b>Alla</b>	<b>Deltagit i träningsgenomgång</b>	<b>Inte deltagit i träningsgenomgång</b>
<b>Mycket dålig</b>	19 (0,2%)	19 (0,3%)	0 (0,0%)
<b>Dålig</b>	37 (0,4%)	24 (0,3%)	13 (1,0%)
<b>Varken bra eller dålig</b>	416 (4,9%)	321 (4,4%)	95 (7,1%)
<b>Bra</b>	3699 (43,2%)	3108 (43,0%)	591 (44,2%)
<b>Mycket bra</b>	4228 (49,4%)	3629 (50,3%)	599 (44,8%)
<b>Kan ej bedöma</b>	158 (1,8%)	120 (1,7%)	38 (2,8%)

## **6. DISKUSSION**

### **6.1 Metoddiskussion**

Den kvantitativa ansatsen på studien hade en retrospektiv design där data ur BOA-registret användes som underlag. Att välja en kvantitativ ansats till en studie innebär en fördel då ett stort underlag kan ge en inblick i vilka variabler som kan tänkas påverka en patients val att träna eller inte. Även om man inte helt kan fastställa varför patienterna inte väljer att träna med denna typ av studie så kan man få en inblick i om någon faktor kan påverka patientens beslut. Om en kvalitativ metod istället använts och patientintervjuer utförts skulle eventuellt andra svar till varför patienten väljer att träna eller inte erhållits. Fördelen hade då varit att man fått en mer nyanserad bild av patientens val men samtidigt hade studien då bara utförts på ett litet begränsat antal individer vilket hade påverkat möjligheten till generalisering av studieresultatet. Att studien var retrospektiv var en fördel då en stor datamängd redan fanns insamlad, det fanns dock ingen möjlighet att granska följsamheten till interventionens utförande. Även då sjukgymnaster som håller i artrosskola enligt BOA är utbildade för detta finns det möjlighet till egna tolkningar av utförandet av interventionen. Exempelvis kan informationen patienten fått vid första besöket skilja sig åt beroende på vilken sjukgymnast som hade mötet. Detta kan i stor utsträckning ha påverkat patientens val att delta i artrosskolans träningsdel och därmed också ha påverkat denna studies resultat.

I BOA-registret sker en kontinuerlig registrering av patienter. Från registrets start fram till 31 december 2013 finns 25161 patienter som varit på minst ett besök hos sjukgymnast registrerade. Materialet som användes i denna studie blev begränsat då frågeformulären omformulerades efter 31 augusti 2012 och därefter såg inregistrerat materialet annorlunda ut och kunde ej användas i studien. De nya frågorna kunde inte likställas med de gamla varför en jämförelse inte kunde ske. De patienter som inte deltagit i artrosskolans teorilektioner exkluderades från studien för att minska risken att det var patientens okunskap och eller rädsla som påverkat att de valde bort träningsdelen. De patienter som deltagit i artrosskolans teoridel hade fått kunskap om sjukdomen där information om att lederna inte tar skada av träning eller

fysisk aktivitet tydligt framgår. De har även fått smärthanteringsredskap för att på så sätt känna sig trygga med att det eventuellt gör ont vid fysisk aktivitet.

De variabler som valts ut till denna studie fanns redan som utformade frågor i de formulär patienter och sjukgymnaster fyller i före och efter interventionen. Studien fick därmed anpassas efter befintligt material istället för att skapa frågor som är anpassade för studiens innehåll. Exempelvis har man i tidigare studier sett att socialt stöd bidrar till att patienter i större utsträckning fullföljer en sjukgymnastisk intervention (31). I dataregistret finns en fråga gällande civilstatus vilken har använts i denna studie för att påvisa om patienten har socialt stöd eller inte. Hade frågor utformats specifikt för studien kunde även andra aspekter på socialt stöd kunna utformas exempelvis ”har du närstående familj eller vänner som stöttar dig?” Hade frågor formulerats eller skapats för denna studie hade resultatet kunnat vara annorlunda. Som i föregående exempel kan det antas att fler patienter skulle inkluderas i alternativet att de har socialt stöd om frågan breddats och stöd från familj och vänner varit en del av frågan.

Variablerna kön, ålder, BMI, civilstatus, utbildningsnivå, besvär från höft eller knä, gångsvårighet, smärta, rörelserädsla och tilltron till den egna förmågan valdes för att de vid litteraturgranskning i andra studier visat sig vara faktorer som påverkar om patienter väljer att träna eller inte (18, 26-33). För att få ytterligare perspektiv på patientens val och för att utesluta att andra faktorer skulle påverka valdes även variabeln tidigare fysisk aktivitetsnivå in. I och med denna variabel kunde patientens tidigare träningsvana och fysiska aktivitetsnivå kartläggas. Hade patienten en hög aktivitetsnivå och eller en hög träningsnivå redan innan han eller hon påbörjade artrosskolan kanske behovet att få hjälp med träning inte fanns. Patienterna hade av den anledningen eventuellt valt bort att genomgå träningsgenomgången då han/hon redan var aktiv med träning vilket hade blivit missvisande i denna studie. Variabeln nöjdhet med artrosskolan valdes också för att ge fler perspektiv på resultatet. Patienterna svarar vid uppföljningstillfället 3 månader från start på frågan om hur nöjda de varit med artrosskolan. Denna variabel ansågs vara viktig för att få med patientens upplevelse och hur den kunde tänkas påverka deras val om att delta i träningsgenomgång eller inte.

I BOA- registrets inskrivningsformulär fanns flera frågor än de som använts i denna studie och därmed fler möjliga variabler att tillgå. De variabler som valdes bort var, vilja att bli opererad, hälsorelaterad livskvalitet utvärderad med EQ 5D, rökvana, ursprungsland, medborgarskap, sjukskrivning, fysisk aktivitetsnivå i jämförelse med andra i samma ålder, aktivitetsbedömning. Dessa valdes bort då de i litteratur ej hittats något belegg för att dessa skulle påverka patientens val att träna eller inte. Troligen hade det inte heller i denna studie givit några signifikanta skillnader men det skulle kunna ha påverkat studieresultatet.

För att avgöra om patienten valt att träna eller inte valdes variabeln deltagit i individuell träningsgenomgång som indikator. Anledningen var att få med alla patienter som efter artrosskolans teoridel aktivt valt att få delta vid individuell utprovning av ett träningsprogram. En nackdel med valet är att det inte går att se om eller i vilken utsträckning patienten sedan har tränat. Detta på grund av att frekvensen av träningstillfällen för patienterna som tränar på

egen hand inte registreras. Alternativet kunde ha varit att variabeln deltagit i övervakad träningsgenomgång 1-6ggr valts. Nackdelen hade då varit att dataunderlaget blivit mindre samt att det kanske inte säger så mycket mer om personen i fråga tränar eller inte om han eller hon kommit och tränat under övervakning vid ett tillfälle. Att välja alternativet deltagit i övervakad träning 1-6 ggr som indikator hade med stor sannolikhet påverkat denna studies resultat då antalet patienter som exkluderats ur studien skulle blivit större.

De 8927 personer som inkluderades i studien kommer från 197 registrerade enheter från hela Sverige och representerar mycket väl den patientgrupp som har artros i höfter och knän. Exempelvis är artros vanligare hos kvinnor än män (36) samt förekommer oftare vid högre ålder (2) vilket man tydligt kan utläsa i dataunderlaget som användes i denna studie. Detta är en fördel och gör att resultatet blir generaliserbart på en större befolkning.

En förutsättning för att använda material från ett kvalitetsregister är att studieupplägg och syfte blivit godkänt av en etisk kommitté. Att godkännande söktes vid etikprövningsnämnden i Göteborg beror på att registercentrum finns där och praxis är att etikprövningen sker i samma stad. De patienter som registreras i BOA-registret blir informerade om att underlag kan komma att användas i forskningssyfte. Av informationen framgår också klart att data behandlas med sekretess och att registreringen är frivillig. Resultatet från denna studie kommer att finnas tillgänglig för allmänheten att ta del av.

Bortfallet i studien är litet. Variabeln tidigare träningsvana och tidigare fysisk aktivitetsnivå hade de största bortfallen på 580 respektive 591 personer vilket motsvarar 6,5 respektive 6,6%. Det är något som kan ha påverkat studiens resultat. Om alla patienter svarat på frågan hade underlaget blivit större och därmed givit ett säkrare resultat.

## **6.2 Resultatdiskussion**

I denna studie ses inga skillnader i gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå avseende ålder, kön, BMI, rörelserädsla, smärta, fysisk funktion, fysisk aktivitetsnivå, civilstatus och utbildningsnivå. Detta i motsats till fynd man gjort i tidigare studier (18, 26-33). Ingen tidigare studie består av så stort material som i denna där 8927 patienter inkluderades. I tidigare studier har man som lägst haft 22 patienter inkluderade (27) och som högst har 2678 patienter deltagit (26). Det stora antalet individer som deltagit i denna studie ger den styrka och mycket hög trovärdighet.

I BOA registret används två skalor i utvärderingsinstrumentet ASSES-s vilket är ett instrument med god intern validitet och test-retest reliabilitet (35). De två skalorna mäter upplevd kapacitet att hantera smärta samt upplevd kapacitet att hantera andra symtom. Det är alltså ett mått på patientens "self-efficacy" eller tilltron till den egna förmågan att påverka sina besvär. I denna studie kan man se att det finns en signifikant skillnad mellan de två gruppernas skattning i båda skalorna. Detta innebär att de personer som har en högre tilltro till den egna förmågan att påverka sina besvär i större utsträckning väljer att delta i



träningsgenomgång. Att personer med en högre tilltro till den egna förmågan i större utsträckning väljer att träna har man i tidigare studier också kunnat konstatera (27). Även då statistisk signifikans föreligger i de båda ovanstående fallen kan man diskutera den kliniska relevansen av detta resultat. Det är en relativt liten skillnad i medelvärdena 1,3 respektive 1,2 på ett stort dataunderlag. Detta är något man bör beakta då även en mycket liten skillnad som saknar klinisk betydelse kan uppnå statistisk signifikans i studier som omfattar tillräckligt många försökspersoner (37). När ASSES-s användes som utvärderingsinstrument räknar man med att en betydelsefull förändring skett då värdet förändrats med över 10 från första till andra gången instrumentet används (38). Resultatet bör därför tolkas med en stor försiktighet och vi kan inte uttala oss om det finns en skillnad mellan grupperna. Kanske ett kompletterande utvärderingsinstrument för self efficacy skulle kunna användas för att vidare undersöka denna variabls betydelse.

För att undersöka om patienternas upplevelse av artrosskolan påverkade deras beslut om träningsval inkluderades variabeln nöjdhet med artrosskolan. Den klart största delen av alla patienter som genomgått artrosskolan har bedömt att den var mycket bra. Av dessa patienter kan man se en skillnad mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med de som avstått. De nöjdaste patienterna har i större utsträckning valt att delta i träningsgenomgång. Detta resultat stöds av tidigare studier där man också sett att patienters nöjdhet påverkar deras förmåga att fullfölja en intervention (27, 33). Träning har en konstaterad positiv effekt hos patienter med artros då ökad muskelstyrka förbättrar funktion och lindrar smärta från leden (1, 22, 23). Att patienten upplever den positiva effekten av behandlingen kan vara ytterligare en orsak till att fler i gruppen som valde att delta i träningsgenomgång också är mycket nöjda efter genomgången intervention. Det är en försvinnande liten andel som upplevt att artrosskolan är mycket dålig eller dålig sammanlagt 56 patienter. Detta visar att interventionen är uppskattad av patientgruppen men några slutsatser om deras val gällande att delta i träningsgenomgång eller ej går inte att dra.

Lundberg et al. har visat att rörelserädsla är vanligt hos patienter med muskeloskeletal smärta och i en studie av Wilcox et al. framkommer att patienter med artrit väljer bort att vara fysiskt aktiva på grund av symtom från sjukdomen (28, 29). Dessa studier har dock inte utförts på patienter med artros som enda diagnos och resultaten är inte direkt jämförbara med resultaten i denna studie vilket kan vara en orsak till motstridiga resultat.

I tidigare studier har man använt sig av olika sätt för att bestämma patientens fysiska aktivitetsnivå, i vissa fall har man använt sig av accelerometrar, i andra fall av frågeformulär och i andra både och (26). Att det inte finns ett standardiserat mått på fysisk aktivitet kan vara en bidragande faktor till att man får olika svar vid undersökning av frågan. I denna studie har utfallsmåttet varit om patienten valt att delta i träningsgenomgång. Det är i sig en fysisk aktivitet men inte ett mått på patientens fysiska aktivitetsnivå.

För att ta reda på vad som hindrar patienter med artros i höft eller knä från att träna har man i en kvalitativ studie av Hendry et al. med hjälp av intervjutekniker konstaterat att rädsla för att den påverkade leden ska ta mer skada av fysisk aktivitet gör att patienten avstår eller slutar

med fysisk aktivitet (27). Den typ av fråga gällande rädsla blir mer nyanserad och identifieras lättare när man använder sig av intervjuer med följdfrågor jämfört med om man kryssar i ett ja eller nej på frågan om Du är rädd att dina leder tar skada av fysisk träning/aktivitet. Som ett svar på om patienten är rörelserädd har i denna studie frågan ”är Du rädd att Dina leder tar skada av fysisk träning/aktivitet” använts. I en studie av Lundberg et al. använder man sig av mer komplexa mätinstrument för att få svar på frågan om rörelserädsla föreligger (28). Man kan tänka att fler patienter skulle uppmärksammas som rörelserädda om flera eller mer omfattande frågor ställts runt denna aspekt och använts även i denna studie.

## **7. KONKLUSION**

Resultatet av denna studie visar att det inte är någon skillnad mellan gruppen som valt att delta i träningsgenomgång jämfört med gruppen som valt att avstå avseende ålder, kön, rörelserädsla, besvär från höft eller knä, smärta, tidigare fysiska aktivitetsnivå, BMI, civilstatus, utbildningsnivå och gångsvårighet. De patienter som bedömt att artrosskolan var ”mycket bra” alltså varit mest nöjda med interventionen har i större utsträckning valt att delta i träningsgenomgång.

## **8. TILLKÄNNAGIVANDEN**

Ett stort tack till Region Östergötlands FOU-enheten för ekonomiskt bidrag till studien samt till Carina Thorstensson ansvarig för BOA-registret för värdefulla synpunkter och ett bra samarbete. Ett varmt tack till handledare Joanna Kvist som varit ett fantastiskt stöd och snabbt gett återkoppling och kommit med goda råd vilket varit ovärderligt. Ett stort tack till kollegor och vänner som också hjälpt till med uppmuntran och värdefulla synpunkter. Det största varmaste tacket till familjerna Eggertsson och Högstedt för fantastiskt stöd, uppmuntran, kreativa idéer och förbättringsförslag. Ni är bäst!

## 9. REFERENSER

1. Arden N.K, Leyland K.M. Osteoarthritis year 2013 in review: clinical. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2013;21:1409-1413
2. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):646-656.
3. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*. 2003;62(12):1145-1155.
4. Fransen M, McConnell S, Bell M. Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3)(3):CD004286.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartritis och reumatoid artrit stöd för styrning och ledning. Västerås juni 2012.
6. Fyss - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Artros. Hämtad 130812 finns tillgänglig på <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/16.-Artros.pdf>
7. Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(4):465-474.
8. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(7):1125-1135.
9. BOA-registrets hemsida; Hämtat 2013-03-27 tillgänglig på [www.boa.se](http://www.boa.se).
10. Petersson IF, Jacobsson LT. Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002;16(5):741-760.
11. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis*. 2001;60(2):91-97.
12. Resnick D, Niwayama G. Degenerative disease of extraspinal locations. In: Resnick D, editor. *Diagnosis of bone and joint disorders*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1995. p. 1263-371.
13. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:116-2474-9-116.
14. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 2000;27(6):1513-1517.

15. Altman R, Basch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum.* 1986; 29(8):1039-49.
16. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991;34(5):505-14.
17. Petersson IF, Boegard T, Saxne T, et al. Radiographic osteoarthritis of the knee classified by the Ahlback and Kellgren & Lawrence systems for the tibiofemoral joint in people aged 35-54 years with chronic knee pain. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(8):493-496.
18. Rosemann T, Kuehle T, Laux G, et al. Factors associated with physical activity of patients with osteoarthritis of the lower limb. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(2):288-293
19. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ.* 2011;342:d1165
20. Lin W, Alizai G.B, Joseph W, Srikhum MC, Nevitt JA, Lynch CE et al. Physical activity in relation to knee cartilage T2 progression measured with 3T MRI over a period of 4 years: data from the Osteoarthritis Initiative. *Osteoarthritis and Cartilage.* 2013, Vol.21(10):1558-1566.
21. Sutton AJ, Muir KR, Mockett S, et al. A case-control study to investigate the relation between low and moderate levels of physical activity and osteoarthritis of the knee using data collected as part of the Allied Dunbar National Fitness Survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60(8):756-764.
22. Sattler M, Dannhauer T, Hudelmaier T, Wirth W, Sanger AM, Kwok CK, et al. Side differences of thigh muscle cross-sectional areas and maximum isometric muscle force in bilateral knees with the same radiographic disease stage, but unilateral frequent pain-data from the osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis and cartilage/OARS. Osteoarthritis Res Soc* 2012; 20:532-40.
23. Wang Y, Wluka AE, Berry PA, Siew T, Teichtahl AJ, Urquhart DM et al. Increase in vastus medialis cross-sectional area is associated with reduced pain, cartilage loss, and joint replacement risk in knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2012 Dec;64(12):3917-25.
24. Hurley MV, Walsh NE, Mitchell H, Nicholas J, Patel A, Longterm outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res.* 2012;64:238-47.
25. Svege I, Nordsletten L, Fernandes L, Risberg MA. Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: a long-term follow-up of a randomised trial. *Ann Rheum Dis* 2015;74: 164-169.
26. Veenhof C, Huisman PA, Barten JA, et al. Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2012;20(1):6-12.

27. Hendry M, Williams NH, Markland D, et al. Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patients with osteoarthritis of the knee. *Fam Pract.* 2006;23(5):558-567.
28. Lundberg M, Larsson M, Ostlund H, et al. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med.* 2006;38(1):37-43.
29. Wilcox S, Der Ananian C, Abbott J, et al. Perceived exercise barriers, enablers, and benefits among exercising and nonexercising adults with arthritis: results from a qualitative study. *Arthritis Rheum.* 2006;55(4):616-627.
30. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, et al. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ.* 2002;325(7367):752.
31. Jack K, McLean SM, Moffett JK, et al. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* 2010;15(3):220-228.
32. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut. *Folkhälsan I Sverige Årsrapport 2012.* Mars 2012 s13, 26
33. Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *J Adv Nurs.* 1996;24(2):244-250.
34. Huskisson, EC. Measurement of pain. *The Lancet.* (1974) 9: 1127-1131.
35. Lomi C. Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Self-Efficacy Scale. *Scand J Caring Sci.* 1992;6(3):131-8
36. Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2011;19(11):1270-1285.
37. Ferreira ML, et al. A critical review of methods used to determine the smallest worthwhile effect of interventions for low back pain. *J Clin Epidemiol* 2012;65:253-61.
38. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum.* 1989;32(1):37-44



## *Patientformulär*

Bättre Omhändertagande  
av patienter med Artros

Inskrivning

Tack för att Du tar Dig tid att svara på samtliga frågor!  
All information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och sparas i  
enlighet med gällande lagar och föreskrifter för hantering av personuppgifter.

**Observera att alla frågor skall besvaras! Detta för att en riktig statistisk  
analys skall kunna göras.**

*Tack för Din medverkan!*

---

Enhet: \_\_\_\_\_

Dagens datum: \_\_\_\_\_

## Inskrivning

Personnummer:

Ange Din vikt: \_\_\_\_\_ kg

Ange Din längd: \_\_\_\_\_ cm

### Först några frågor som handlar om Din höft eller Ditt knä.

Vilken led har Du mest besvär från:

Höft  Knä

Vilken sida har Du mest besvär från:

Höger  Vänster

Har Du besvär från den andra höften/knäet?

Ja  Nej

Har Du gångsvårigheter till följd av Dina höft/knä besvär?

Ja  Nej

Har Du av någon annan anledning svårt att gå?

Ja  Nej

(t.ex. smärtor från andra leder, ryggvärk, kärlkramp eller andra sjukdomar som påverkar Din gångförmåga)

Har Du besvär från hand-/fingerleder?

Ja  Nej

Hur ofta har Du ont i knä/höft?

Aldrig  Varje månad  Varje vecka  Varje dag  Alltid

Är Du rädd att Dina leder tar skada av fysisk träning/aktivitet?  Ja  Nej

Sätt ett **KRYSS** på det *streck* som Du tycker motsvarar Din genomsnittliga smärtupplevelse från den aktuella höften/knäet under senaste månaden:



Har Du så mycket besvär från höft/knä att Du vill bli opererad?  Ja  Nej

**Observera att ditt svar på denna fråga inte påverkar din vård och ej heller läses av läkaren**



Här följer några frågor som handlar om Ditt allmänna hälsotillstånd.  
Markera, genom att kryssa i en ruta för varje område nedan, det  
påstående som bäst stämmer överens med hur Du upplever ditt allmänna  
hälsotillstånd idag.

**Rörlighet**

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

**Hygien**

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

**Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor,  
familje- och fritidsaktiviteter)**

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

**Smärtor/besvär**

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

**Oro/nedstämdhet**

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

**Här följer ett antal frågor om nationalitet, civilstånd och utbildning**

Är Du född i Sverige:  Ja  Nej

Är Du svensk medborgare:  Ja  Nej

Vilket av följande alternativ beskriver bäst Ditt civilstatus?

Sammanboende  Ensamboende

Vilken är den högsta utbildning Du genomgått?

- Grundskola, Folkskola, Realskola  
 Gymnasieskola, Folkhögskola, Yrkesskola, Fackskola  
 Universitet eller högskola

**Följande frågor handlar om Din arbetsförmåga och sjukskrivning**

Har Du varit sjukskriven under det senaste året  Ja  Nej  
*på grund av Dina höft/knäbesvär?*

I så fall sammanlagt hur länge?

Mindre än en månad  1-3 månader  Mer än tre månader

Hur ser Din arbetssituation ut idag? Kryssa i det alternativ som bäst beskriver Din situation.

- Arbete/studier  
 Sjukskriven heltid  
 Sjukskriven deltid  
 Pension  
 Arbetslös

**Nu följer några frågor om Din fysiska aktivitetsnivå.**

FYSISK AKTIVITET är all aktivitet som får Ditt hjärta att slå snabbare och som gör Dig andfädd och varm. Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, på fritiden, på arbetet eller i vardagen. Några exempel på fysisk aktivitet är att promenera, cykla, dansa ... men också dammsuga eller arbeta i trädgården.

När Du svarar på nästa fråga, lägg ihop all tid som Du är fysiskt aktiv varje dag.

**Hur många dagar är Du fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter om dagen under en vanlig, typisk vecka?**

0     1     2     3     4     5     6     7  
dag/dagar

TRÄNING är en form av fysisk aktivitet som är planerad och strukturerad. Träning utförs för att förbättra valda aspekter av hälsan, så som kondition eller styrka. Några exempel på träning är löpning, raska promenader, cykling, åka skidor, simma eller gymnastisera.

**Hur ofta brukar Du vanligtvis träna så att Du blir andfädd eller svettas?**

Aldrig  
 Mindre än en gång i månaden  
 1-2 gånger i månaden  
 1 gång i veckan  
 2-3 gånger i veckan  
 4-6 gånger i veckan  
 Varje dag

**Om Du tränar, i genomsnitt, hur länge brukar Du vanligtvis träna varje gång?**

mindre än 15 minuter  
 15-30 minuter  
 31-60 minuter  
 mer än 1 timme

**Jämfört med andra i Din ålder, anser Du att Du är**

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | mycket mindre fysiskt aktiv |
| <input type="checkbox"/> | något mindre fysiskt aktiv  |
| <input type="checkbox"/> | ungefär lika fysiskt aktiv  |
| <input type="checkbox"/> | något mer fysiskt aktiv     |
| <input type="checkbox"/> | mycket mer fysiskt aktiv    |

**Aktivitetsbedömning.**

**Här ska Du uppskatta Din fysiska aktivitetsnivå. Bedömningen görs med hänsyn till hur aktiviteten belastar höft och knä.**

**Markera med en ring runt den siffra som bäst beskriver Din fysiska aktivitet den senaste månaden. (Markera endast ett alternativ.)**

10. Deltar regelbundet i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. jogging, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
9. Deltar ibland i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. jogging, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
8. Är regelbundet *mycket* fysiskt aktiv (t.ex. bowling och golf)
7. Är regelbundet fysiskt aktiv (t.ex. cykling)
6. Är regelbundet måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
5. Är ibland måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
4. Deltar regelbundet i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
3. Deltar ibland i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
2. Mestadels inaktiv (endast begränsad daglig aktivitet)
1. Helt inaktiv (beroende av andra, kan inte lämna hemmet)





### Upplevd kapacitet – andra symptom

Med följande frågor vill vi ta reda på din förmåga att påverka Din sjukdom. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffran som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter.

*Exempel:*

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

#### 1. Hur säker är Du på att Du kan påverka Din trötthet?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 2. Hur säker är Du på att Du kan anpassa Dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra Dina besvär?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 3. Hur säker är Du på att Du kan göra något för att muntra upp Dig om Du känner dig nere?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 4. Jämfört med andra personer med besvär som liknar Dina, hur säker är Du på att Du kan hantera Din smärta under dagliga aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 5. Hur säker är Du på att Du kan hantera Dina symptom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 6. Hur säker är Du på att Du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

# BOA

## *Patientformulär*

Bättre Omhändertagande  
av patienter med Artros

Uppföljning

Tack för att Du tar Dig tid att svara på samtliga frågor!  
All information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och sparas i  
enlighet med gällande lagar och föreskrifter för hantering av personuppgifter.

**Observera att alla frågor skall besvaras! Detta för att en riktig statistisk  
analys skall kunna göras.**

*Tack för Din medverkan!*





Är Du rädd att Dina leder tar skada av fysisk träning/aktivitet?

Ja  Nej

Sätt ett **KRYSS** på det *streck* som Du tycker motsvarar Din genomsnittliga smärtupplevelse från den aktuella höften/knäet under senaste månaden:



Har Du så mycket besvär från höft/knä att Du vill bli opererad?

Ja  Nej

Observera att ditt svar på denna fråga inte påverkar din vård och ej heller läses av läkaren

Här följer några frågor som handlar om Ditt allmänna hälsotillstånd.  
Markera, genom att kryssa i en ruta för varje område nedan, det påstående som bäst stämmer överens med hur Du upplever ditt allmänna hälsotillstånd idag.

**Rörlighet**

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

**Hygien**

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

**Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)**

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

**Smärtor/besvär**

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

**Oro/nedstämdhet**

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

### Ditt nuvarande hälsotillstånd

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometerliknande skalan till höger.

På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det.

Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa  
tänkbara  
tillstånd

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Sämsta  
tänkbara  
tillstånd

**Följande fråga handlar om Din arbetsförmåga och sjukskrivning.**

**Hur ser Din arbetssituation ut idag? Kryssa i det alternativ som bäst beskriver Din situation.**

- Arbete/studier
- Sjukskriven heltid
- Sjukskriven deltid
- Pension
- Arbetslös

**Nu följer några frågor om Din fysiska aktivitetsnivå.**

**TRÄNING** är en form av fysisk aktivitet som är planerad och strukturerad. Träning utförs för att förbättra valda aspekter av hälsan, så som kondition eller styrka. Några exempel på träning (förutom löpning, motionsgymnastik och bollsport som i exemplen nedan) är raska promenader, cykling, skidåkning, simning, styrketräning och yoga.

**Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfädd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0.5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1.5 timme)
- 90-120 minuter (1.5-2 timmar)
- Mer än 120 minuter (Mer än 2 timmar)

**FYSISK AKTIVITET** är all aktivitet som får Ditt hjärta att slå snabbare och som gör Dig andfädd och varm. Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, på fritiden, på arbetet eller i vardagen. Några exempel på fysisk aktivitet är att promenera, cykla, dansa ... men också dammsuga eller arbeta i trädgården.

**Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).**

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0.5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1.5 timme)
- 90-150 minuter (1.5-2.5 timmar)
- 150-300 minuter (2.5-5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

**Formuläret fortsätter på nästa sida →**

### Aktivitetsbedömning

Här ska Du uppskatta Din fysiska aktivitetsnivå. Exempler är givna med hänsyn till hur aktiviteten belastar höft och knä.

Markera med en ring runt den siffra som bäst beskriver Din fysiska aktivitet den senaste månaden. (Markera endast *ett* alternativ.)

10. Deltar regelbundet i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. joggning, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
9. Deltar ibland i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. joggning, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
8. Är regelbundet *mycket* fysiskt aktiv (t.ex. bowling och golf)
7. Är regelbundet fysiskt aktiv (t.ex. cykling)
6. Är regelbundet måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
5. Är ibland måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
4. Deltar regelbundet i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
3. Deltar ibland i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
2. Mestadels inaktiv (endast begränsad daglig aktivitet)
1. Helt inaktiv (beroende av andra, kan inte lämna hemmet)



**Följande frågor handlar om Din tillfredsställelse med Artrosskolan.**

**Vad tyckte Du om Artrosskolan?**

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Varken bra eller dåligt
- Bra
- Mycket bra
  
- Kan ej bedöma

**Hur ofta tillämpar Du det Du lärt dig på Artrosskolan i Din vardag?**

- Aldrig
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag
- Flera gånger dagligen
  
- Kan ej bedöma

## ARTHRITIS SELF-EFFICACY SCALE (ASES-S)

### Upplevd kapacitet – smärta

Med följande frågor vill vi ta reda på hur Din smärta och värk påverkar Dig. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande uppgifter.

*Exempel:*

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

#### 1. Hur säker känner Du Dig på att Du kan minska Din smärta avsevärt?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

#### 2. Hur säker är Du på att Du kan fortsätta med Dina dagliga aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

#### 3. Hur säker är Du på att Du kan undvika att Din smärta stör Din sömn?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

#### 4. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en liten till måttlig minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

#### 5. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en avsevärd minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker



### Upplevd kapacitet – andra symptom

Med följande frågor vill vi ta reda på din förmåga att påverka Din sjukdom. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffran som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter.

*Exempel:*

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

#### 1. Hur säker är Du på att Du kan påverka Din trötthet?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 2. Hur säker är Du på att Du kan anpassa Dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra Dina besvär?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 3. Hur säker är Du på att Du kan göra något för att muntra upp Dig om Du känner dig nere?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 4. Jämfört med andra personer med besvär som liknar Dina, hur säker är Du på att Du kan hantera Din smärta under dagliga aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 5. Hur säker är Du på att Du kan hantera Dina symptom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

#### 6. Hur säker är Du på att Du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker					någorlunda säker				mycket säker

Enhet: \_\_\_\_\_

**BOA**
**Sjukgymnastens formulär**  
**Uppföljning 3 månader**

**Observera att alla frågor skall besvaras! Detta för att en riktig statistisk analys skall kunna göras.**

Patienten har mest besvär från:

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Höft  | <input type="checkbox"/> Knä     |
| <input type="checkbox"/> Höger | <input type="checkbox"/> Vänster |

(Måste motsvara den led som angavs av sjukgymnast vid inskrivningen)

Datum för uppföljning:

     

Personnummer:

      -    
**Genomförda åtgärder:****Minimal intervention (flera alternativ möjliga):**

- individuell bedömning
- artrosskola – teori
- tillfälle med artrosinformatör/ombud
- valfri individuell träningsgenomgång

**Gruppträning**

- 10-12 träningstillfällen
- 7-9 träningstillfällen
- 1-6 träningstillfällen
- ej deltagit i övervakad träning

Är patienten opererad i aktuell led sedan nybesök?  Ja  NejOpererad på kontralateral sidan sedan nybesök?  Ja  NejÄr patienten röntgad i aktuell led sedan nybesök?  Ja  Nej  Vet ejVisade röntgen artrosförändringar?  Ja  Nej  Vet ej

Står patienten på väntelista för operation?  Ja  Nej

Har patienten varit hos sjukgymnast (annat än i Artrosskola) för besvär i aktuell led sedan nybesök?  Ja  Nej

Använder patienten gånghjälpmedel sedan nybesök?  Ja  Nej

Har patienten tagit ledrelaterade läkemedel under senaste 3-månadersperioden?

- Nej  
 Ja (markera vilket/vilka i listan nedan)

- paracetamol
- NSAID och/eller acetylica
- glukosamin
- hyaluronsyra-injektioner (tuppkam)
- kortison-injektioner
- naturläkemedel
- annat

**Patienten har fått ledprotes i höft eller knä sedan nybesök**

**Patienten har avbrutit av annan anledning än operation**