

GLAD

Godt Liv med Artrose i Danmark

Årsrapport 2014



GLA:D Årsrapport 2014

GLA:D-registeret

Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi – FoF, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

www.GLAiD.dk

Projektleder

Søren Thorgaard Skou

Cand. Scient., ph.d.-studerende,
fysioterapeut

Forskningsenheden for Muskuloskeletal
Funktion og Fysioterapi - FoF

Institut for Idræt og Biomekanik

Syddansk Universitet

Campusvej 55

5230 Odense M

sots@rn.dk

og

Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje

Aalborg Universitetshospital

Registeransvarlig

Ewa M. Roos

Professor, ph.d., docent, forskningsleder,
fysioterapeut

Forskningsenheden for Muskuloskeletal
Funktion og Fysioterapi - FoF

Institut for Idræt og Biomekanik

Syddansk Universitet

Campusvej 55

5230 Odense M

eroos@health.sdu.dk

GLA:D
Godt Liv med Artrose i Danmark

Indhold

1. Indledning.....	4
2. Resume GLA:D Årsrapport 2014.....	6
3. Om GLA:D	8
3.1. GLA:Ds tre dele	8
3.1.1. Uddannelse af fysioterapeuter.....	8
3.1.2. Uddannelse og træning af patienter	8
3.1.3. GLA:D-registeret	9
3.2. Mål med og vision for GLA:D	11
3.2.1. Formålet med GLA:D	11
3.2.2. Mål og forslag til fremtidige kvalitetsindikatorer.....	11
3.2.3. GLA:D-vision 2017	11
3.3. Generaliserbarhed, validitet og troværdighed af GLA:D-registeret.....	12
3.3.1. Dækningsgrad	12
3.3.2. Komplethedsgrad	14
4. Resultater 2014 - Ændring fra første besøg til 3 og 12 mdr. follow-up.....	15
4.1. Effektparametre	16
4.2. Compliance (deltagelse) og tilfredshed med GLA:D.....	21
5. Resultater 2014 – Patientkarakteristika ved første besøg hos fysioterapeuten.....	23
5.1. Demografi og kliniske karakteristika forud for GLA:D	23
5.2. Tidligere undersøgelse og behandling.....	30
6. Resultater 2014 - på GLA:D-enhedsniveau.....	32
7. Andre GLA:D-aktiviteter	39
7.1. Videnskabelige og tværfaglige aktiviteter	39
7.2. Pilotprojekter, implementering og Dronning Ingrid's Forskerpris 2014	41
7.3. Politisk og pressemæssigt fokus.....	42
7.4. Internationalt fokus på GLA:D	44
8. Bevillinger	45
9. GLA:D – Afsluttende kommentarer	46
10. Fakta om GLA:D og kontaktoplysninger	48
10.1. GLA:D-organisation og kontaktoplysninger.....	48
10.2. Registrerede GLA:D-enheder.....	48
10.3. Databasepartner	49
10.4. GLA:Ds historie	49
11. Referenceliste	50

1. Indledning

Artrose er et stort problem for både den enkelte patient og samfundet¹ og er samtidig en af de vigtigste årsager til nedsat funktionsniveau på verdensplan.² Næsten 900.000 danskere lider af artrose,³ og artrose alene koster det danske samfund 11,5 mia. kr. årligt.⁴ Grundet demografiske ændringer i de kommende år, forventes det, at forekomsten af artrose kommer til at stige væsentligt,⁵ hvilket er med til at understrege omfanget af denne lidelse samt fremhæve behovet for et paradigmeskift mod tidlig behandling.⁶

Nationale og internationale retningslinjer anbefaler, at behandling af patienter med knæ- og hofteartrose starter med patientuddannelse, træning og vægttab (ved behov).⁷⁻⁹ På trods af dette er der fortsat fokus på farmakologisk og kirurgisk behandling. Meget få patienter har gennemgået patientuddannelse, træning og vægttab i deres behandlingsforløb.¹⁰⁻¹² Dette kan skyldes, at der er behov for en omfattende indsats tilpasset den specifikke kontekst og patientpopulation for succesfuldt at implementere kliniske retningslinjer.¹³ Godt Liv med Artrose i Danmark (GLA:D) repræsenterer en sådan evidensbaseret behandlingsindsats af knæ- og hofteartrose bestående af patientuddannelse og neuromuskulær træning. Samtidig er GLA:D et elektronisk register med en unik mulighed for at følge patienter med hofte- og knæartrose fra de første symptomer samt evaluere effekten af behandlingen. GLA:D har i pilotprojekter vist sig at være både gennemførlig i en dansk kontekst og effektiv til at reducere smerte og forbedre funktion og livskvalitet.¹⁴ Den 22.-23. januar 2013 var de første 40 fysioterapeuter på kursus i GLA:D på Syddansk Universitet (SDU) i Odense. Dette markerede samtidig opstarten på det elektroniske GLA:D-register, hvor de første patienter blev registreret den 29. januar 2013. Den 31. december 2014 havde der været 7 kurser, og i alt 418 uddannede fysioterapeuter fra 218 GLA:D-enheder på tværs af Danmark.

GLA:D - Årsrapport 2014 præsenterer en oversigt over data fra det elektroniske register. Statistikken er udelukkende deskriptiv, og resultaterne skal naturligvis tolkes med forsigtighed. Der indgår patientrapporterede, fysioterapeutrapporterede og objektive data på patienter registreret til og med den 31. december 2014. På dette tidspunkt var der indrapporteret data for **3.637 patienter fra 137 GLA:D-enheder**, primært fra privat praksis, men også fra kommuner og sygehuse. Disse tal er steget eksponentielt siden den sidste årsrapport 2013, hvor der var 719 patienter fra 49 GLA:D-enheder. Grundet den massive interesse fra fysioterapeuter og andre fagpersoner, patienter, politikere og medier er der ingen grund til at tro, at denne stigning vil stagnere i det kommende år. Dette tyder samtidig på, at GLA:D har ramt et stort behov i Danmark (se www.glaid.dk).


I denne årsrapport fremgår der primært resultater på landsplan, men vi er også meget stolte af for første gang at kunne præsentere enkelte resultater på GLA:D-enhedsniveau. I takt med at der inkluderes flere og flere patienter i de enkelte GLA:D-enheder, vil registeret skabe et unik grundlag for at kvalitetssikre og forbedre artrosebehandlingen i de enkelte GLA:D-enheder og dermed sikre,

at patienter tilbydes den bedst tilgængelige behandling ud fra den eksisterende evidens. Alle enheder har dog allerede nu mulighed for selv at gå ind og se sine egne resultater og sammenligne dem med de resultater, der er præsenteret i denne årsrapport.

Vi håber, at GLA:D-registrets resultater kan være medvirkende til at skabe overblik over artrosepopulationen og effekten af at implementere de kliniske retningslinjer i klinisk praksis, med fokus på patientuddannelse og træning, samt dermed på længere sigt forbedre kvaliteten af artrosebehandling i Danmark.

God læselyst!

Odense, 26. marts 2015



Søren Thorgaard Skou



Ewa M. Roos

www.GLAiD.dk

2. Resume GLA:D Årsrapport 2014

Baggrund

Nationale og internationale kliniske retningslinjer anbefaler, at behandling af patienter med knæ- og hofteartrose starter med patientuddannelse, træning og vægttab (ved behov). På trods af dette lever det behandlingsforløb, som patienten tilbydes, ikke op til disse retningslinjer. Godt liv med Artrose i Danmark (GLA:D) er et nationalt initiativ fra Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi ved Syddansk Universitet med det overordnede formål at implementere kliniske retningslinjer for artrose i klinisk praksis i Danmark.

GLA:D består af tre dele

- Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage patientuddannelse og neuromuskulær træning for patienter
- Uddannelse og neuromuskulær træning af patienter på de enkelte GLA:D-enheder
- Registrering af patientdata i det nationale GLA:D-register

GLA:Ds mål

- Samme muligheder og forudsætninger for evidensbaseret behandling uanset bopæl, økonomi og sundhedssektor
- Reduceret smerte
- Reduceret medicinforbrug
- Forøget fysisk aktivitetsniveau
- Forøget livskvalitet
- Færre besøg i sundhedssektoren, og lavere omkostninger for individet og samfundet

Resultater i korthed 2014: Hvor mange og hvem er med i GLA:D-registret, og hvordan går det dem?

- GLA:D har eksisteret som et nationalt register siden den 29. januar 2013. Årsrapporten 2014 præsenterer resultaterne for de patienter, med data i registeret den 31. december 2014. Data stammer fra **137 GLA:D-enheder** fordelt over hele Danmark, hvor **3.637 patienter** (75 % kvinder, gennemsnitsalder 63,9 år, 74 % med mest besvær fra knæet) har gennemgået første besøg hos fysioterapeuten og **2.290 patienter** har gennemgået 3 mdr. follow-up og 425 har gennemgået 12 mdr. follow-up.
- 8 % af hoftepatienterne og 14 % af knæpatienterne angiver at have været sygemeldt inden for det sidste år pga. deres hofte-/knæartrose.
- Gennemsnitlig symptomvarighed for hofteartrose er 3,7 år og 5,1 år for knæartrose
- 61 % har besvær med minimum ét andet hofte- eller knæled ud over det, de angiver mest besvær med.
- 36 % angiver at have besvær med hånd-/fingerled i tillæg til deres hofte-/knæartrose

- Gennemsnits-BMI for hoftepatienter er 26,7 og for knæpatienter 28,3.
- 81 % av patienterne oplever smerte hver dag eller altid forud for forløbet
- Forud for forløbet, angiver 82 % at have gangproblemer som følge af deres hofteartrose og 79 % angiver at have gangproblemer som følge af deres knæartrose.
- Smerteintensitet:
 - Inden GLA:D er den 48 (VAS 0-100) for hofteartrose og 47 for knæartrose
 - Efter GLA:D (3mdr.) er den 10,9 lavere (23 % reduktion) for hofteartrose og 14,4 lavere (31 % reduktion) for knæartrose, mens den efter 12 mdr. er 14,4 lavere for hofteartrose (30 % reduktion) og 17,0 lavere for knæartrose (36 % reduktion).
- Brug af ledrelaterede lægemidler:
 - Inden GLA:D angiver 57 % at tage enten paracetamol, NSAID eller et opioid/opioidlignende præparat pga. de aktuelle knæ-/hofteproblemer
 - Efter GLA:D interventionen (3 måneders follow-up) tager 36 % disse lægemidler pga. de aktuelle knæ-/hofteproblemer.
- Sygemelding
 - Inden GLA:D havde 13 % været sygemeldt det seneste år pga. deres led.
 - Et år efter GLA:D (12mdr. follow-up) har kun 8 % været sygemeldt det seneste år pga. deres led.
- 32,6 % havde øget deres fysiske aktivitetsniveau efter 3mdr. og 30 % havde øget deres fysiske aktivitetsniveau efter 12mdr. sammenlignet med før GLA:D.
94 % af patienterne synes enten godt eller meget godt om GLA:D efter 3mdr., og 93 % anvender det de har lært i GLA:D minimum på ugentlig basis efter 3 mdr. og 79 % efter 12 mdr.

Perspektivering

Symptomvarighed på patienterne inden GLA:D er faldet siden sidste årsrapport. Hvorvidt dette er et udtryk for en tendens mod tidligere behandling ved artrose (som retningslinjerne anbefaler), er det for tidligt at sige noget om, men det er interessant og vigtigt, hvis denne tendens fortsætter. Størstedelen af patienterne i GLA:D-registret har haft symptomer i mange år, oplever også symptomer fra andre led, andre komorbiditeter, er overvægtige og har problemer med at gå. Dette understreger behovet for et tiltag som GLA:D målrettet mod at øge forståelsen for artrosesydommen hos den enkelte samt igangsætte målrettet træning for at forbedre funktionsniveauet.

På baggrund af de interessante fund med reduceret forbrug af smertestillende medicin, reduktion i antal sygemeldinger samt reduceret smerte, der endda reduceres yderligere fra 3mdr. til 12 mdr. follow-up, understreges det, at GLA:D med fordel kan tilbydes, så tidligt som muligt, evt. i kombination med vægttabsrådgivning til alle med artrose i knæ og hofter.

3. Om GLA:D

3.1. GLA:Ds tre dele

Godt Liv med Artrose i Danmark (GLA:D) består af tre dele:

1. Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage uddannelse og neuromuskulær træning for patienter
2. Uddannelse og træning af patienter på de enkelte GLA:D-enheder
3. Registrering af patientdata i det nationale GLA:D-register

3.1.1. Uddannelse af fysioterapeuter

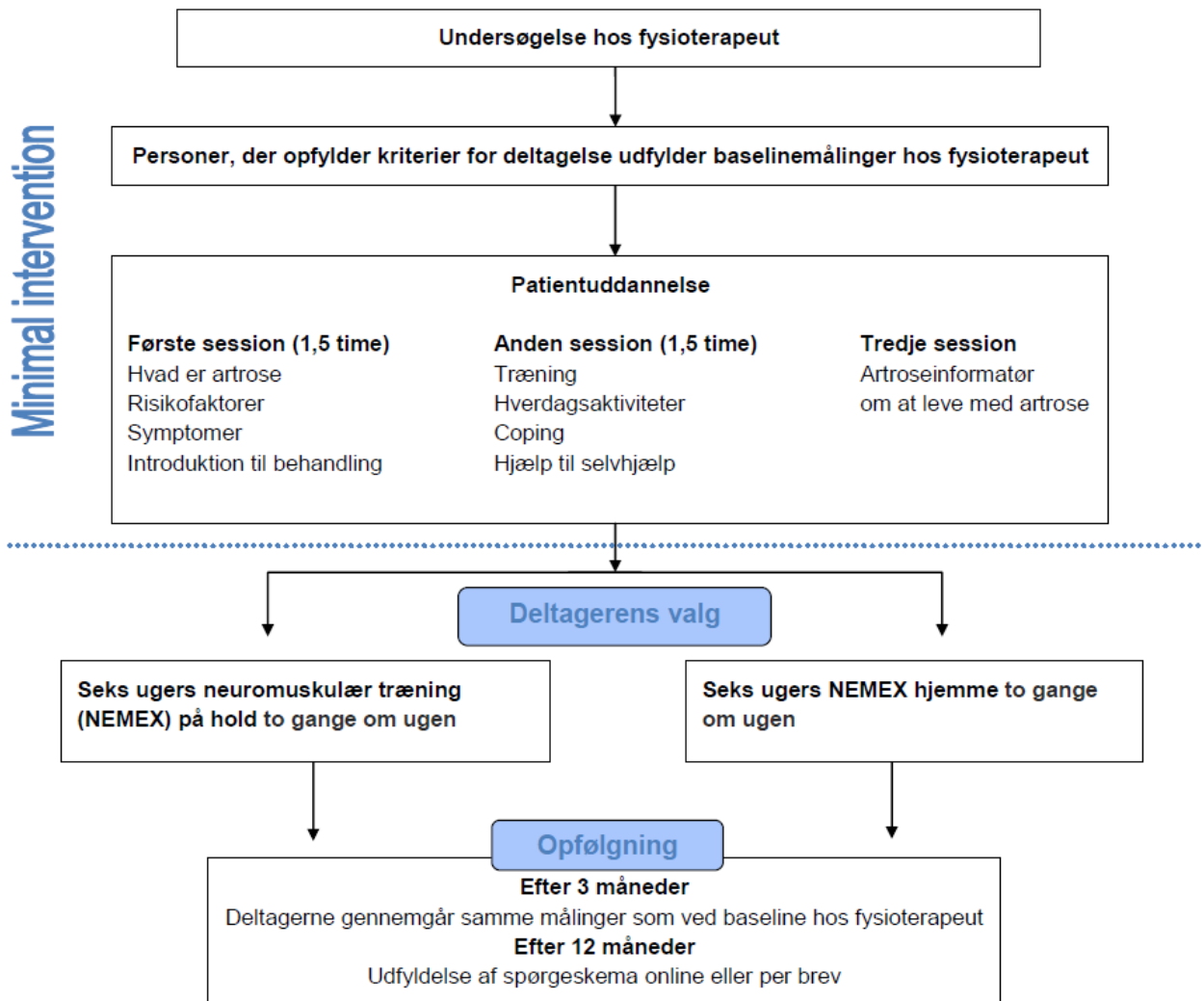
Fysioterapeuter med interesse i at starte evidensbaseret uddannelse og træning af hoft- og/eller knæartrose gennemgår et 2-dages kursus. Kurset omfatter den foreliggende evidens inden for artrose, behandling af artrose og brugen af og behovet for nationale registre i sundhedsvæsenet. Derudover får fysioterapeuterne en grundig gennemgang af GLA:D-tilgangen fra inklusionen af patienten og registreringen i GLA:D-registeret over behandling og test til afsluttende follow-up efter 3 mdr. Desuden gennemgås alle praktiske elementer af GLA:D, herunder neuromuskulær træning og tests, og hvordan man rent praktiske starter GLA:D på en klinik, i en kommune og på et sygehus. **Kurset skal sikre, at alle fysioterapeuter tilbyder ensartet behandling, der lever op til retningslinjerne på området, samt evaluerer deres indsats, således at alle patienter uanset bopæl og økonomi på sigt kan tilbydes evidensbaseret behandling.** GLA:D-kurset er således en færdigudviklet pakke, som fysioterapeuterne kan gå direkte hjem og anvende i deres dagligdag. Sammenholdt med muligheden for at få support på opstarten af GLA:D giver dette optimale betingelser for at implementere de kliniske retningslinjer i klinisk praksis.

3.1.2. Uddannelse og træning af patienter

Uddannelsen og træningen af patienterne i GLA:D følger den nyeste evidens på området sammenholdt med tanker og ønsker fra patienter og fysioterapeuter. GLA:D indeholder en "Minimal intervention" bestående af patientuddannelse i tre sessioner samt seks ugers neuromuskulær træning (Figur 1).

Patientuddannelsen består af to sessioner forestået af en fysioterapeut og en session forestået af en artroseinformatør (en tidligere patient i GLA:D med særlig evne til at kommunikere sine erfaringer ud til patienterne). De to sessioner forestået af en fysioterapeut sigter mod at give patienten indsigt i artrosesygdommen og behandling af artrose med særlig vægt på træning samt hjælp til selvhjælp. Den tredje session har bl.a. til hensigt at give patienterne muligheden for at identificere sig med en ekspertpatient, der tidligere har stået i samme situation som dem men som nu har opnået væsentlige forbedringer i deres livssituation som følge af deltagelsen i GLA:D. Alle tre sessioner er planlagt således at patienterne aktivt melder ind med spørgsmål og erfaringer undervejs bl.a. for at højne fællesskabsfølelsen internt i gruppen.

Derudover lægger GLA:D-uddannelsen kraftigt op til, at patienten gennemfører den holdbaserede neuromuskulære træning to gange ugentligt i seks uger, idet træningen er en væsentlig behandling i forhold til forbedring af symptomer og livskvalitet. De patienter, der af den ene eller anden grund ikke ønsker at deltage i holdtræningen kan lave seks ugers neuromuskulær træning to gange ugentligt hjemme efter grundig instruktion hos en fysioterapeut. Efter GLA:D støttes og rådgives patienten i at fortsætte med at træne og være fysisk aktiv enten hos fysioterapeuten eller lokalt i patientens nærmiljø for at sikre, at effekten af GLA:D fastholdes, også på længere sigt.



Figur 1. GLA:D for patienter

3.1.3. GLA:D-registeret

GLA:D-registeret kan ansues som både et register med fokus på at beskrive artrosepopulationen i Danmark og et interventionsregister for artrosepatienter. Man kan derfor med rette kalde GLA:D-registeret for et artroseregister.

GLA:D-registeret er opbygget i et system (udviklet og leveret af Procordo ApS), der giver rig mulighed for løbende tilpasning, når behovet for at tilføje eller modificere spørgsmål eller andre elementer opstår. Som eksempel på dette er spørgsmål i forhold til rygning blevet tilføjet i efteråret 2013.

Samtidig er det et register, der lægger vægt på en høj grad af brugerinddragelse og medejerskab for fysioterapeuterne i GLA:D. Dette skal sikre, at registeret er meningsfuldt og brugbart for den enkelte fysioterapeut, således at denne kan anvende registeret som en integreret del af hverdagen og interventionen og evalueringen af den enkelte patient. Samtidig vil det i fremtiden være muligt at integrere data fra registeret med data fra bl.a. Dansk Knæalloplastik Register (DKR) og Dansk Hoftealloplastik Register (DHR), hvilket i princippet vil betyde, at det bliver muligt at følge den enkelte patient fra de første symptomer (GLA:D-registeret) til en evt. alloplastik (DKR og DHR). Dette giver nogle unikke perspektiver for at optimere indholdet af fremtidens behandling af patientgruppen.

Ved opstarten hos fysioterapeuten samt efter gennemført patientuddannelse og træning (efter 3 mdr.) skal alle patienter i GLA:D evalueres vha. en fysioterapeutformular, en patientformular samt to fysiske tests. Herudover får patienten automatisk tilsendt en patientformular efter 12 mdr. (Figur 1). Disse evalueringer indgår i GLA:D-registeret og skal være med til at beskrive patientgruppen samt optimere og kvalitetssikre behandlingen både lokalt på den enkelte klinik men også på nationalt plan.

Evalueringerne indeholder demografiske spørgsmål men også følgende spørgsmål, der kan anvendes til at evaluere effekten af GLA:D:

- Gennemsnitlig smerteintensitet i knæ/hofte den sidste måned (Visuel Analog Skala (VAS 0-100), hvor 0 er bedst og 100 værst)
- Livskvalitet (EQ-5D og Quality of Life subskalaen fra Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS QOL; 0-100, hvor 0 er værst og 100 er bedst) og Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS QOL; 0-100, hvor 0 er værst og 100 er bedst).
- Fysisk aktivitetsniveau (dage i ugen med mindst 30 min fysisk aktivitet, 0-7 dage)
- Self-efficacy (Gennemsnit af de to subskalaer Pain og Other symptoms fra Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES; 10-100, hvor 10 er værst og 100 er bedst). Self-efficacy er i dette tilfælde patientens tiltro til selv at kunne forbedre smerte og andre symptomer.
- Body Mass Index (BMI)
- Arbejdsevne og sygemelding
- Medicinforbrug og ønske om operation

De to fysiske tests i GLA:D måler, hvor mange gange man kan rejse-sætte-sig på 30 sekunder, og hvor lang tid det tager at gå 40 m, der ligeledes indgår i registeret som mål for henholdsvis muskelfunktion og -styrke i benene og ganghastighed.

Derudover registreres oplysninger om patienttilfredshed og compliance (deltagelse) i forhold til patientuddannelse og træning efter 3 mdr. og igen efter 12 mdr.

3.2. Mål med og vision for GLA:D

3.2.1. Formålet med GLA:D

- Alle patienter med artrose uanset bopæl og økonomi skal tilbydes patientuddannelse og træning i henhold til de kliniske retningslinjer.
- Kirurgi skal kun overvejes når non-operativ behandling ikke giver tilfredsstillende resultater.

3.2.2. Mål og forslag til fremtidige kvalitetsindikatorer

- Reduceret smerte
- Reduceret medicinforbrug
- Fysisk aktivitetsniveau
- Forøget livskvalitet
- Færre besøg i sundhedssektoren, og lavere omkostninger for individet og samfundet
- Samme muligheder og forudsætninger for evidensbaseret behandling uanset bopæl, økonomi og sundhedssektor

Der foreligger ingen kvalitetsindikatorer i Danmark inden for dette område. Eksempler på forslag til fremtidige kvalitetsindikatorer er: minimum 80 % af patienter skal rapportere reduceret smerteintensitet med 15 på en 0-100 VAS-skala efter 3 måneder og 1 år, minimum 80 % af patienterne i registeret skal være fysisk aktive i minimum 30 min. de fleste af ugens dage efter 1 år, øge EQ-5D med 0,10 efter 1 år, etc. Der er brug for en diskussion af, hvilke kvalitetsindikatorer GLA:D-registeret skal have, og på hvilket grundlag de skal etableres. Det er dog væsentligt, at kvalitetsindikatorerne er målrettet patientgruppen, giver klinikspecifik information og er tidsrelevante, således at de er til gavn for den enkelte GLA:D-enhed i deres arbejde med at optimere behandlingen. Denne diskussion af relevante kvalitetsindikatorer kommer til at inddrage en række eksperter, herunder patienter, inden de endelige kvalitetsindikatorer foreligger.

3.2.3. GLA:D-vision 2017

- 400 fysioterapeuter har gennemgået GLA:D-kursus (er allerede opnået)
- 7000 patienter har gennemgået GLA:D og indgår i GLA:D-registeret

3.3. Generaliserbarhed, validitet og troværdighed af GLA:D-registeret

For at vurdere generaliserbarhed, validitet og troværdighed af resultaterne i et register, er det nødvendigt at vide, hvor godt registeret afdækker patientpopulationen, og hvor komplette data er for de registrerede patienter. I den forbindelse har Danske Regioner opsat nogle basiskrav til at kunne være en landsdækkende, klinisk kvalitetsdatabase og modtage støtte fra regionernes fælles databasepulje¹⁵:

- 1) Dækningsgraden. Det er et krav til en etableret klinisk kvalitetsdatabase, at registeret er landsdækkende og at mindst 90 % af alle patienter fra sekundærsektoren registreres i registeret. Dette krav gælder ikke for primærsektoren.¹⁵
- 2) Kompletthedsgraden. Det er desuden et krav til en etableret klinisk kvalitetsdatabase, at datakomplettheden af de enkelte registrerede patientforløb er på mindst 80 %.¹⁵

3.3.1. Dækningsgrad

Det er målet, at GLA:D-registeret med tiden bliver en klinisk kvalitetsdatabase, hvorfor det er ambitionen, at ovenstående mål opnås. Dette er samtidig i overensstemmelse med GLA:Ds formål, nemlig at alle patienter med artrose uanset bopæl og økonomi skal tilbydes patientuddannelse og træning i henhold til de kliniske retningslinjer. I forhold til kravet om, at den kliniske kvalitetsdatabase skal være landsdækkende, overholdes dette allerede med GLA:D-enheder i alle fem regioner i Danmark på tværs af privat praksis, kommune og sygehus (figur 2).



Figur 2. GLA:D-enheder i Danmark 31. december 2014. Numrene i de blå og gule cirkler angiver, hvor mange enheder der er i det specifikke område. De røde markeringer angiver, at der er én enhed i området.

En dækningsgrad på 90 % i sekundærsektoren er et mere langsigtet mål, specielt med tanke på, at artrosepatienten ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer i første omgang skal ses og forsøges behandlet i primærsektoren.⁷ For at følge visitationsretningslinjerne kunne man derfor forestille sig, at dækningsgraden i højere grad skal vurderes med udgangspunkt i primærsektoren.

Der er indtil 31. december 2014 418 fysioterapeuter, der har gennemgået GLA:D-kurset i Danmark, og i alt 218 GLA:D-enheder (se www.glaidd.dk for nærmere beskrivelse af de enkelte enheder i GLA:D). Ud af disse 218 GLA:D-enheder havde 137 ved årsskiftet registreret patienter i GLA:D-registeret (63 %). Hvorvidt de resterende GLA:D-enheder er gået i gang med at afholde GLA:D-kurser for patienter uden at registrere disse kan være svært at kontrollere. For at sikre kvaliteten af behandlingen, vil der i de kommende år blive sat fokus på, at alle GLA:D-enheder skal overholde GLA:Ds principper (uddannelse, træning og evaluering) for at kunne kalde sig GLA:D-enhed og fremgå af fortegnelsen på hjemmesiden. GLA:D opfordrer derfor kraftigt alle GLA:D-enheder til at registrere patienter i GLA:D-registeret for at højne kvaliteten af registeret, men også fordi det vil være en vigtig faktor i kvalitetssikringen af den enkelte GLA:D-enhed. Ud fra tilkendegivelser ved en rundspørge blandt GLA:D-enhederne, tyder det mere på, at lokale udfordringer (praktiske, politiske, ledelsesmæssige osv.) har medført, at disse GLA:D-enheder endnu ikke er kommet i gang med at afholde GLA:D-kurser for patienter. GLA:D giver fysioterapeuterne, der kommer på kursus, en værktøjskasse til at iværksætte GLA:D lokalt, samtidig med at der på GLAid.dk er et forum, hvor enhederne internt kan udveksle erfaringer og gode råd til at komme i gang med at afholde GLA:D-kurser.

Med tiden vil udbredelsen af GLA:D formentlig også medføre, at det bliver lettere at iværksætte GLA:D, uanset hvor og i hvilken sektor, den enkelte fysioterapeut kommer fra. I 2014 blev der uddannet sammenlagt 333 nye GLA:D fysioterapeuter, og der er allerede planlagt to kurser i 2015 med 70-80 deltagere på begge kurser. Med tanke på den store vækst i GLA:D-enheder, som dette har medført og vil medføre i 2015, forventes det, at dækningsgraden bliver yderligere forbedret i de kommende år.

For at give mulighed for at sammenligne artrosepatienter i GLA:D-registeret med artrosepatienter, der ikke er med i GLA:D-registeret, indsamler GLA:D-fysioterapeuter oplysninger på dem, der ikke ønsker at deltage i GLA:D. Herved bliver i de kommende år muligt at finde frem til evt. forskelle mellem disse grupper for herved i endnu højere grad at få afdækket artrosepopulationen og sikre optimal behandling til alle. Den 31. december 2014 var der kun registreret 25 patienter (svarende til 0,7 % ud af det samlede GLA:D-register), der ikke ønskede at deltage i GLA:D. De to primære årsager til dette var manglende mulighed for at komme til behandlingen (n=10) og ønske om anden behandling (n=9).

3.3.2. Komplethedegrad

Komplethedsgraden angiver hvor mange af de patienter, der har gennemført 12mdr. follow-up, der har komplette data. Den 31.december 2014 var 344 patienter (9 %) stoppet undervejs i GLA:D-forløbet af forskellige årsager (tabel 1).

Årsag til stop	Antal patienter
Ønsker ikke at deltage alligevel	19,8 %
Patienten er ramt af egen eller andres sygdom	15,7 %
Kan ikke komme til behandling	14,5 %
Tidsmangel	14,2 %
Anden behandling	13,7 %
Mere smerte	12,5 %
Nye symptomer	6,7 %
Økonomiske årsager	2,9 %

Tabel 1. Årsager til stop undervejs i GLA:D (n=344).

Indregner man en mulighed for, at 12mdr. follow-up kan være forsinket op til én måned af den en eller anden årsag, skulle 669 patienter have været til både 3mdr. og 12mdr. follow-up den 31.december 2014. Af disse har 92 givet udtryk for et ønske om at stoppe undervejs i GLA:D, hvorfor 577 patienter burde have været ved både 3 og 12mdr. follow-up. Således er komplethedsgraden ved 3mdr. 96 % (554 patienter) og ved 12mdr. 67 % (388 patienter).

Det er en stor udfordring at sikre en høj komplethedegrad af longitudinelle data. Sammenlignet med registre, der kun optager data på et tidspunkt, ligger der en lang række faktorer ved opsamling af data ved flere tidspunkter, det ikke er muligt at kontrollere for. GLA:D-registerets opbygning har en række indbyggede kontrolmekanismer og muligheder for at tilpasse indtastningerne til en lokal kontekst, der kan være med til at sikre en høj komplethedegrad:

- Man kan ikke springe spørgsmål over
- Man kan ikke afkrydse to svar til spørgsmål, hvor der kun kræves et svar
- Der er indbyggede grænseværdier, hvilket advarer ved tal, der ligger uden for normalmaterialet (f.eks. meget høj vægt ved lav højde)
- Fysioterapeuten, patienten og projektlederen bliver automatisk påmindet via mail, hvis der mangler at blive udfyldt et af skemaerne i GLA:D svarende til et specifikt tidspunkt
- Patienten har mulighed for at udfylde skemaet hjemme via et link i en mail eller på papir, hvis patienten ikke har en mailadresse
- Udfyldelse af skemaerne kan gøres på mange forskellige måder, således at det kan tilpasses den kontekst, som den enkelte GLA:D-enhed har
- Der er indbygget en advarsel, såfremt man indtaster et skema på en patient, der allerede er i registeret

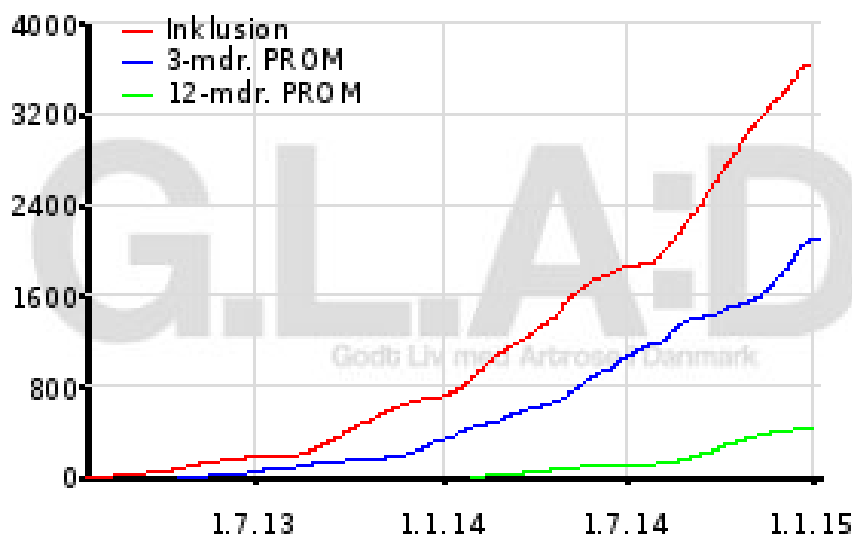
4. Resultater 2014 - Ændring fra første besøg til 3 og 12 mdr. follow-up

I dette afsnit præsenteres ændringerne fra første besøg til 3 og 12 mdr. follow-up. Der indgår derfor kun parrede data, hvilket indebærer data fra patienter, der både havde været til første besøg og 3 mdr./12 mdr. follow-up senest 31. december 2014. Resultaterne præsenteres separat for hoften og knæ for de fleste variabler. Ved hver analyse vil antallet af deltagere, der har indgået i analysen fremgå, enten i teksten eller i parentes.

Den 31. december 2014 var der **3.637 patienter** i GLA:D registeret, der havde gennemgået minimum **første besøg hos fysioterapeuten** (figur 3), 3.464 der havde udfyldt patientformularen for første besøg og 3.332 der havde gennemgået de fysiske tests for første besøg. Af disse havde **26 % mest besvær med hoften og 74 % mest besvær med knæet**. I denne årsrapport angives dette som henholdsvis hofteartrose og knæartrose¹, og resultaterne vil nedenfor ofte behandles separat for hofter og knæ for at give et indblik i de to diagnoser hver for sig.

Den 31. december 2014 var der samtidig **2.290 patienter**, der havde gennemgået **3mdr. follow-up** hos fysioterapeut (figur 3), 2.020 der havde udfyldt patientformular efter 3mdr. og 1.872, der havde gennemgået de fysiske tests efter 3mdr. For resultaterne efter 3mdr. vil det således kun være for disse, at der vil fremgå data.

425 patienter havde udfyldt patientformular **efter 12 mdr.** (figur 3). Det vil således kun være for disse, at der vil fremgå 12 mdr. data.



Figur 3. Antal inkluderede og antal som har gennemgået 3 og 12 mdr. follow-up i GLA:D den 31. december 2014

1 I GLA:D-projektet er artrose defineret klinisk ud fra symptomer. Symptomer og røntgenforandringer stemmer kun overens i et vist omfang. 74,9 % af patienterne i GLA:D har artroseforandringer, som kan ses på røntgen. I de nationale kliniske retningslinjer for knæartrose fremgår det, at diagnosen knæartrose kan stilles klinisk uden røntgenundersøgelse af knæet⁷.

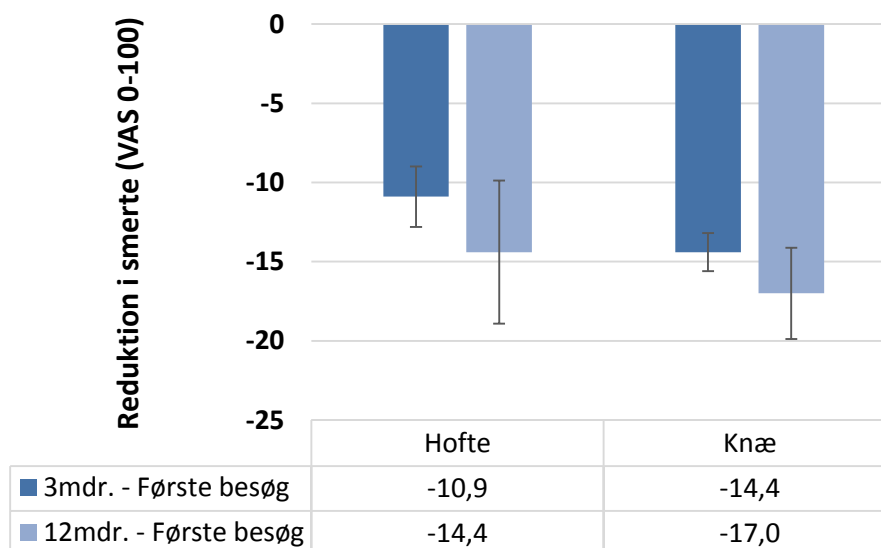
4.1. Effektparametre

Smerte

Smerteintensiteten (SD; VAS 0-100) for deltagerne ved første besøg, 3 mdr. og 12 mdr. fremgår af tabel 2, mens forskellen i smerte fra første besøg til henholdsvis 3 og 12 mdr. fremgår af figur 4.

Tidspunkt	Hofte	Knæ
Første besøg → 3 mdr.	n=548	n=1.471
Første besøg	47,5 (21,2)	47,0 (21,6)
3 mdr.	36,6 (22,4)	32,6 (21,3)
Første besøg → 12 mdr.	n=130	n=294
Første besøg	48,5 (21,6)	48,7 (20,7)
12 mdr.	34,1 (22,7)	31,7 (22,9)

Tabel 2. Gennemsnitlig smerte (SD; VAS 0-100) hos deltagerne ved første besøg, 3 mdr. og 12 mdr.



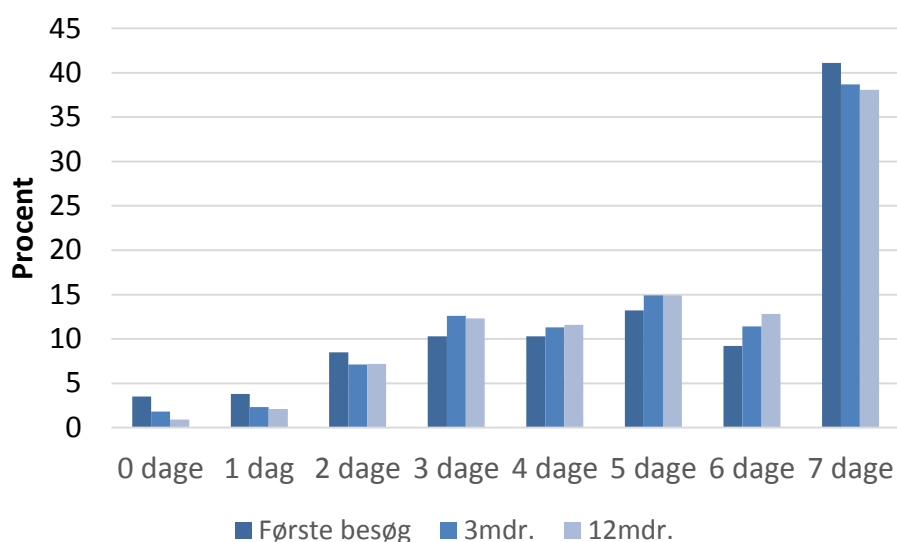
Figur 4. Gennemsnitlig reduktion i smerte (VAS 0-100) fra første besøg til efter 3 og 12 mdr. 548 hoftepatienter og 1.471 knæpatienter indgår i analysen efter 3 mdr., mens henholdsvis 130 og 294 indgår i analysen efter 12 mdr. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

Bevægelsesfrygt og fysisk aktivitet

Ser man på data for 3 mdr. (n=2.204), var 13,9 % forud for GLA:D bange for, at deres led tog skade af fysisk aktivitet og træning, mens det efter 3 mdr. var 7,3 %. Ser man på data for 12 mdr. (n=426), var 11,5 % forud for GLA:D bange for, at deres led tog skade af fysisk aktivitet og træning, mens det efter 12 mdr. var 3,5 %.

I figur 5 fremgår, hvor mange dage om ugen patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30 min. før deltagelse i GLA:D og efter 3 og 12 mdr.

32,6 % havde øget deres fysiske aktivitetsniveau efter 3mdr. (n=2.024) og 30 % havde øget deres fysiske aktivitetsniveau efter 12mdr. sammenlignet med første besøg (n=426).



Figur 5. Antal dage om ugen, hvor patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30 min. ved første besøg og efter 3 og 12mdr. 2.024 patienter indgår i analysen ved 3mdr. og 426 ved 12mdr. For at forbedre læsevenligheden af grafen er tallene for første besøg kun angivet én gang (deltagere med data både første besøg og 3mdr.).

Ledrelateret livskvalitet

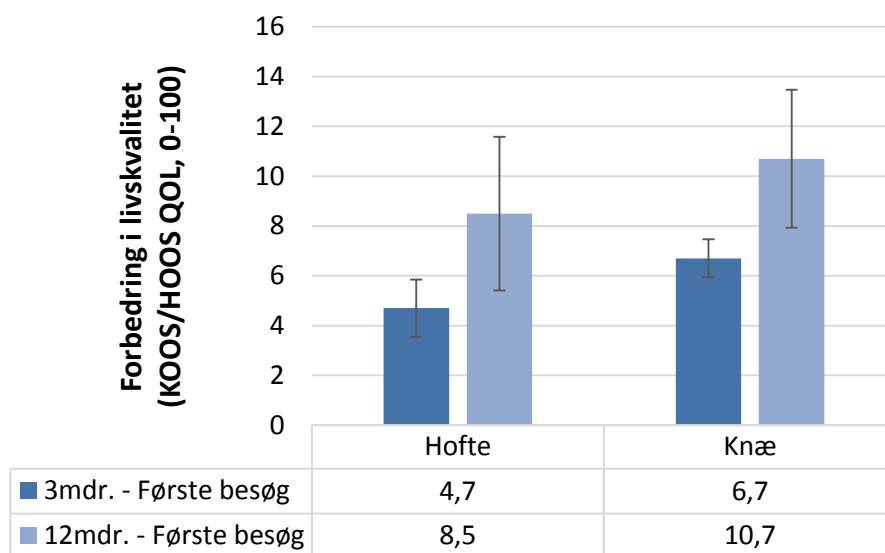
Ledrelateret livskvalitet er målt med HOOS/KOOS QOL.

Den ledrelaterede livskvalitet (SD; 0-100, 100 er bedst) for deltagerne ved første besøg, 3mdr. og 12 mdr. fremgår af tabel 3, mens forskellen i livskvalitet fra første besøg til henholdsvis 3 og 12mdr. fremgår af figur 6.

Tidspunkt	Hofte	Knæ
Første besøg → 3mdr.	n=549	n=1.473
Første besøg	46,1 (14,6)	45,2 (14,2)
3 mdr.	50,8 (16,9)	51,9 (16,3)
Første besøg → 12mdr.	n=130	n=295

Første besøg	47,2 (13,7)	44,3 (13,2)
12 mdr.	55,7 (20,0)	55,0 (24,1)

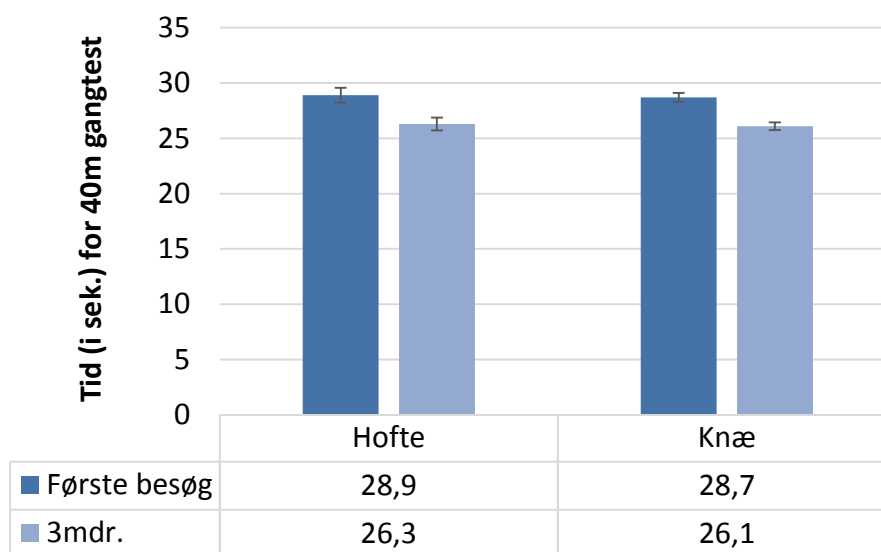
Tabel 3. Gennemsnitlig livskvalitet (SD; 0-100, 100 er bedst) hos deltagerne ved første besøg, 3mdr. og 12mdr.



Figur 5. Gennemsnitlig forbedring i livskvalitet (KOOS/HOOS QOL, 0-100) fra første besøg til efter 3 og 12 mdr. 549 hoftepatienter og 1.473 knæpatienter indgår i analysen efter 3mdr., mens henholdsvis 130 og 295 indgår i analysen efter 12mdr. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

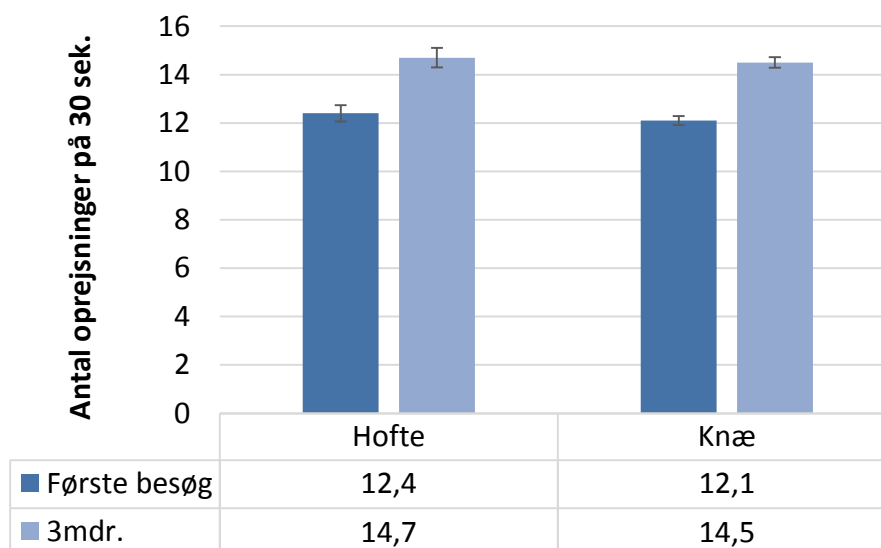
Fysiske tests

Tid i sek. anvendt til at gennemføre 40 m gangtest fremgår af Figur 6. Disse resultater kan omregnes på forskellige måder, f.eks. til at middelhastigheden forøges fra 1,38 m/s til 1,52 m/s, eller til at den gennemsnitlige GLA:D-patient går 400 meter 26 sek. hurtigere efter 3 måneder. 9 hoftepatienter anvendte ganghjælpemiddel under testen før GLA:D, 6 anvendte det efter GLA:D. 21 af knæpatienter anvendte ganghjælpemiddel under testen før GLA:D, 16 anvendte det efter GLA:D.



Figur 6. Gennemsnitlig tid brugt til 40m gangtest ved første besøg og efter 3 mdr. En kortere tid indikerer et bedre resultat. 487 hoftepatienter og 1.385 knæpatienter indgår i analysen. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

Antal gentagelser i 30 sek. rejse-sætte-sig-test fremgår af figur 7. 8 af hoftepatienterne og 26 af knæpatienterne var ved første besøg ikke i stand til at udføre minimum én oprejsning i den almindelige rejse-sætte-sig-test, hvorfor de lavede en modificeret version. Efter GLA:D kunne 4 af hoftepatienter og 19 af knæpatienterne ikke udføre minimum én oprejsning.



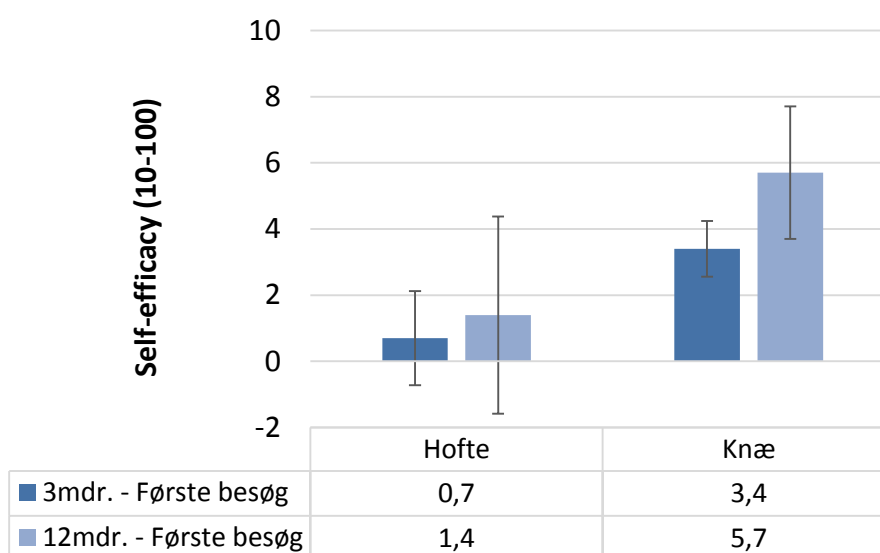
Figur 7. Gennemsnitligt antal gentagelser i 30 sek. Rejs-sætte-sig-test ved første besøg og efter 3 mdr. Et højere tal angiver et bedre resultat. 485 hoftepatienter og 1.353 knæpatienter indgår i analysen. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

Self-efficacy

Self-efficacy (ASES) for deltagerne ved første besøg, 3 mdr. og 12 mdr. fremgår af tabel 4, mens forskellen i self-efficacy fra første besøg til henholdsvis 3 og 12 mdr. fremgår af figur 8.

Tidspunkt	Hofte	Knæ
Første besøg → 3 mdr.	n=549	n=1.474
Første besøg	68,6 (17,1)	69,6 (17,2)
3 mdr.	69,3 (18,6)	73,0 (17,9)
Første besøg → 12 mdr.	n=129	n=295
Første besøg	69,6 (17,0)	68,3 (16,5)
12 mdr.	71,0 (17,8)	74,0 (17,9)

Tabel 4. Gennemsnitlig self-efficacy (SD; 10-100, 100 er bedst) hos deltagerne ved første besøg, 3 mdr. og 12 mdr.



Figur 8. Gennemsnitlig forbedring i self-efficacy (ASES, 10-100) fra første besøg til efter 3 og 12 mdr. 549 hoftepatienter og 1.474 knæpatienter indgår i analysen efter 3 mdr., mens henholdsvis 129 og 295 indgår i analysen efter 12 mdr. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

BMI

BMI (SD) var henholdsvis 26,6 (4,2) og 26,3 (4,1) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hoftepatienterne (n=604) og 28,3 (5,2) og 28,1 (5,1) for knæpatienterne (n=1.683).

Sygemelding, brug af ledrelaterede lægemidler, operation og ønske om operation

54 (12,7 %) havde været sygemeldt inden for det sidste år ved første besøg pga. deres led, mens 35 (8,2 %) havde været det ved 12 mdr. pga. deres led (n=425).

Ved første besøg tager 56,7 % enten paracetamol, NSAID eller et opioid/opioidlignende præparat pga. deres hofte-/knæartrose mens det ved 3 mdr. follow-up gør sig gældende for 36,1 % (n=2.290).

0,5 % af hoftepatienterne har fået en kunstig hofte efter 3 mdr., mens 0,1 % af knæpatienterne har fået et kunstigt knæ.

Ser man på patienter, hvor data er tilgængelige ved første besøg og 3 mdr. (n=550), ønsker 12,0 % en operation af deres hofteled, hvis de selv kunne vælge, ved første besøg, mens det ved 3 mdr. gør sig gældende for 13,5 %. Ser man på patienter, hvor data er tilgængelige ved første besøg og 12 mdr. (n=130), ønsker 13,1 % en operation af deres hofteled, hvis de selv kunne vælge, ved første besøg, mens det ved 12 mdr. gør sig gældende for 18,5 %.

Ser man på patienter, hvor data er tilgængelige ved første besøg og 3 mdr. (n=1.473), ønsker 12,1 % en operation af deres knæled, hvis de selv kunne vælge, ved første besøg, mens det ved 3 mdr. gør sig gældende for 9,2 %. Ser man på patienter, hvor data er tilgængelige ved første besøg og 12 mdr. (n=296), ønsker 12,8 % en operation af deres knæled, hvis de selv kunne vælge, ved første besøg, mens det ved 12 mdr. gør sig gældende for 9,5 %.

4.2. Compliance (deltagelse) og tilfredshed med GLA:D

Compliance (deltagelse)

Af tabel 5 fremgår deltagernes compliance i forhold til patientuddannelsen i GLA:D, session 1, 2 og 3. I opstartsfasen af en GLA:D-enhed er det muligt kun at tilbyde session 1 og 2 af patientuddannelsen, idet session 3 forestås af en tidligere patient i GLA:D, en artroseinformatør, hvorfor det først er muligt at have denne session med, efter det første hold af patienter har været i gennem forløbet. Grundet de mange nystartende GLA:D-enheder er dette tal forventeligt lavt.

Patientuddannelse	Procent der har deltaget
Session 1	90,9 %
Session 2	88,8 %
Session 3	14,8 %

Tabel 5. Compliance i forhold til patientuddannelsen i GLA:D (n=2.308)

I tabel 6 ses deltagelse i forhold til holdundervisningen i GLA:D for henholdsvis hofter og knæ. Som det ses vælger næsten alle patienter at deltage i holdtræningen i stedet for at træne hjemme, og

84 % af hoftepatienter og 81 % af knæpatienterne har deltaget i superviseret holdtræning mindst 10 gange.

Antal træninger på hold	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Deltog ikke i holdtræning	3,0 %	3,9 %
1-6 træninger	2,8 %	4,8 %
7-9 træninger	9,9 %	10,3 %
10-12 træninger	50,0 %	52,0 %
Mere end 12 træninger	34,3 %	29,0 %

Tabel 6. Antal holdtræninger for patienter i GLA:D-registeret. 604 hoftepatienter og 1.683 knæpatienter indgår i analysen. Bemærk at der trods GLA:D kun indeholder 12 obligatoriske træninger (2 gange ugentligt i seks uger) er patienter, der har trænet mere end 12 gange. Dette skyldes, at den enkelte GLA:D-enhed gerne må lave flere træningsgange, hvis de har mulighed for det, og de ønsker dette.

Størsteparten af patienter i GLA:D anvender det, de har lært i GLA:D (både patientuddannelse og træning) mindst hver dag. I tabel 7 ses en oversigt over hvor ofte den nye kundskab benyttes.

Hvor ofte anvendes det lærte?	Procentfordeling hofte 3/12mdr.	Procentfordeling knæ 3/12mdr.
Aldrig	1,5 %/0,0 %	1,6 %/4,7 %
Hver måned	1,1 %/4,6 %	0,9 %/6,7 %
Hver uge	38,5 %/47,7 %	34,3 %/32,3 %
Hver dag	44,3 %/34,6 %	45,6 %/38,7 %
Flere gange dagligt	10,9 %/3,8 %	14,5 %/8,4 %
Ved ikke	3,8 %/9,2 %	3,1 %/9,1 %

Tabel 7. Hvor ofte i deres hverdag anvender patienterne, det de har lært i GLA:D (både patientuddannelse og træning). 551 hoftepatienter og 1.479 knæpatienter indgår i analysen efter 3mdr., mens henholdsvis 130 og 297 indgår i analysen efter 12mdr.

Tilfredshed med GLA:D

95,5 % af hoftepatienterne og 94,1 % af knæpatienterne i GLA:D-registeret synes enten godt eller meget godt om GLA:D efter 3mdr., mens det gør sig gældende for henholdsvis 92,3 % og 90,6 % efter 12mdr.

0,7 % og 1,2 % synes dårligt eller meget dårlig om GLA:D efter henholdsvis 3 og 12mdr., hvilket må siges at være meget få. En vigtig del af kvalitetsarbejdet med GLA:D er dog at sætte fokus på denne gruppe af deltagere. Derfor monitoreres, om der er nogle GLA:D-enheder, hvor der er flere utilfreds deltagere, således at disse enheder kan støttes i forhold til at forbedre deres indsats over for patientgruppen. 551 hoftepatienter og 1.479 knæpatienter indgår i analysen efter 3mdr., mens henholdsvis 130 og 297 indgår i analysen efter 12mdr.

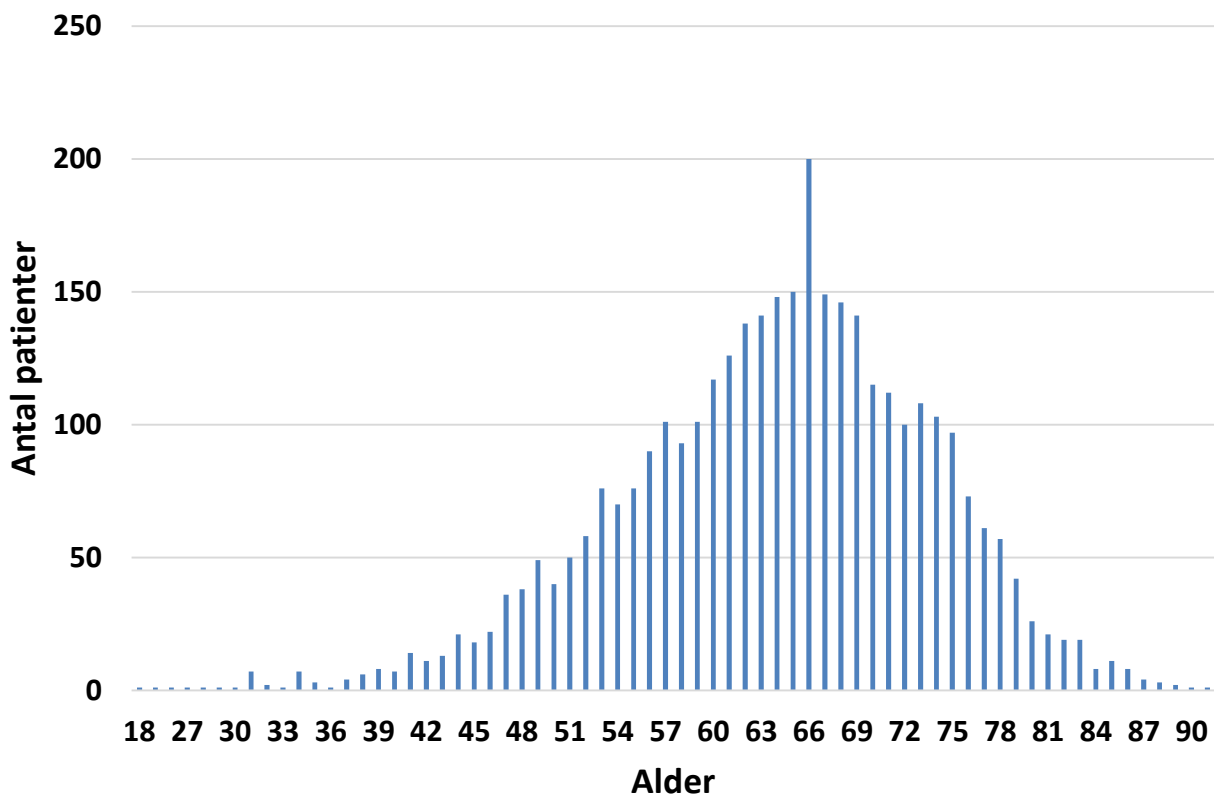
5. Resultater 2014 – Patientkarakteristika ved første besøg hos fysioterapeuten

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra GLA:D-registeret for første besøg fra indrapporteringen af de første patienter 29. januar 2013 til og med den 31. december 2014. Ved hver analyse vil antallet af deltagere, der har indgået i analysen fremgå, enten i teksten eller i parentes.

5.1. Demografi og kliniske karakteristika forud for GLA:D

Alder

Gennemsnitsalderen (SD) for patienter ved første besøg er 63,9 (9,7) år (n=3.477), den yngste er 18 år og den ældste er 94 år (Figur 9). Gennemsnitsalderen for mænd er 64,6 år og for kvinder 63,7 år, mens den for hoftepatienterne er 65,1 år og for knæpatienterne 63,5 år.



Figur 9. Aldersfordeling i GLA:D-registeret. 3.477 er med i analysen.

Køn

I GLA:D-registeret er 2.616 kvinder (75 %) og 861 mænd (25 %). Blandt kvinderne er 26,7 % mest besværet af hofteartrose mens 73,3 % er mest besværet af knæartrose. Hos mændene er 27,4 % mest besværet af hofteartrose mens 72,6 % er mest besværet af knæartrose.

Civilstatus, nationalitet og uddannelse (n=3.450)

25 % bor alene, mens de resterende 75 % i GLA:D-registeret bor sammen med andre. 96 % af patienter i GLA:D-registeret er født i Danmark og 99 % er danske statsborgere. Fordelingen i forhold til uddannelsesniveau fremgår af tabel 8.

Højest gennemførte uddannelse	Procentfordeling
Folkeskolen	16 %
Ungdomsuddannelse	13 %
Kort videregående uddannelse	21 %
Mellemlang videregående uddannelse	38 %
Lang videregående uddannelse eller højere	11 %

Tabel 8. Uddannelsesniveau i GLA:D-registeret

Rygning (n=3042)

8,5 % angiver at være rygere.

Hjemmehjælp (n=2.528; nyt spørgsmål i 2014)

11,5 % angiver at modtage hjælp i hjemmet (f.eks. havearbejde, rengøring og personlig pleje).

Sygemelding og nuværende arbejdssituation

8 % angiver at have været sygemeldt inden for det sidste år pga. deres hofteartrose (n=932) og 14 % for deres knæartrose (n=2.534). For 58 % af disse har sygemeldingen sammenlagt varet under 1 måned, for 23 % har den varet 1-3 mdr. og for de resterende 20 % har den varet i over 3 mdr. (n=440) Arbejdssituationen for patienterne i GLA:D-registeret kan ses i Tabel 9.

Nuværende arbejdssituation	Procentfordeling
I arbejde/studerende	32 %
Sygemeldt på fuld tid	2 %
Sygemeldt på deltid/fleksjob	3 %
Pensionist	50 %
Arbejdsløs	2 %
Efterløn	8 %
Førtidspensionist	4 %

Tabel 9. Nuværende arbejdssituation. 3.471 indgår i analysen.

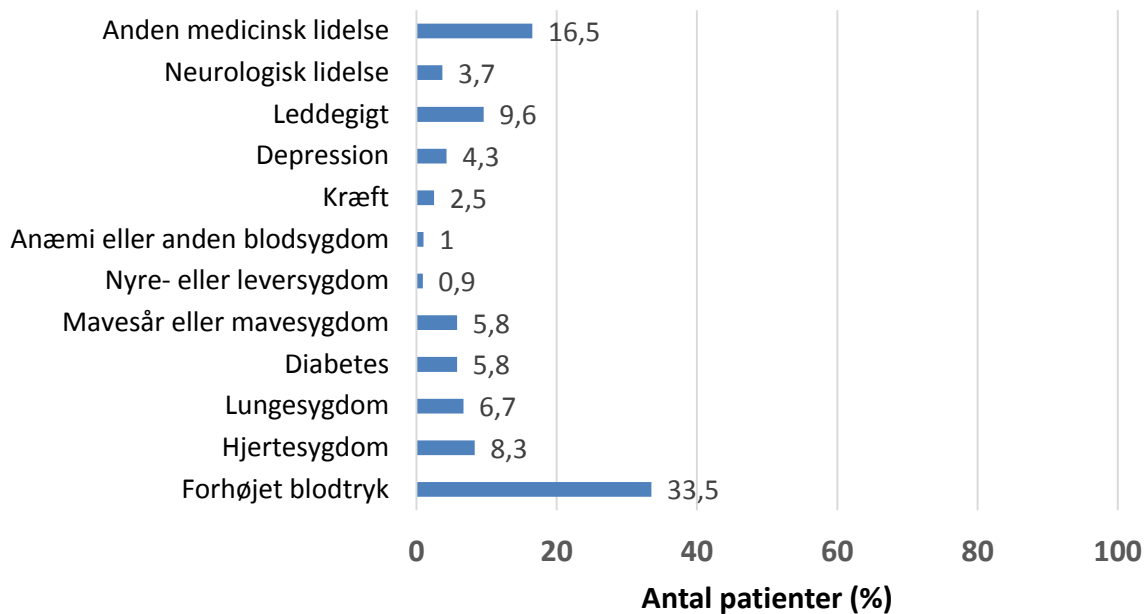
Problemer med andre led

61 % har besvær med minimum ét andet hofte- eller knæled ud over det, de angiver mest besvær med (n=3.476).

36 % angiver at have besvær med hånd-/fingerled i tillæg til deres hofte-/knæartrose (n=3.470).

Komorbiditet (nyt spørgsmål i 2014)

I figur 10 fremgår en oversigt over patienternes selvrapporterede komorbiditeter.



Figur 10. Komorbiditet. 1.669 indgår i analysen.

BMI

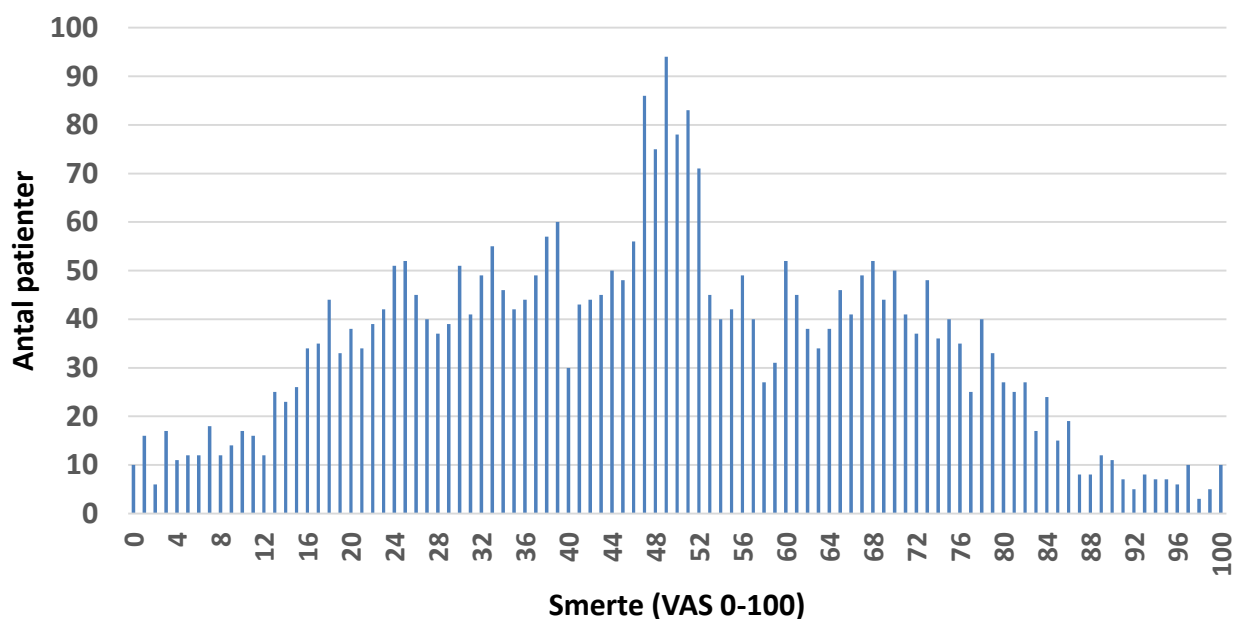
Gennemsnits-BMI (SD) for alle i GLA:D-registeret er på 27,9 (5,1), mens det er på 26,7 (4,4) for hoftepatienter (n=943) og på 28,3 (5,2) for knæpatienter (n=2.694). Fordelingen fremgår af tabel 10.

Klassifikation	BMI (kg/m ²)	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Undervægt	<18,5	0,6 %	0,5 %
Normalvægt	18,5-24,9	38,8 %	27,1 %
Moderat overvægt	25-29,9	40,7 %	39,9 %
Svær overvægt (fedme)	≥30	19,8 %	32,5 %

Tabel 10. BMI-fordeling i GLA:D-registeret. 943 hoftepatienter og 2.694 knæpatienter er en del af analysen.

Smerteintensitet, symptomvarighed og smertehyppighed

Hoftepatienterne (n=931) har en middelsmerteintensitet (VAS 0-100; SD) på 47,3, (21,8), den laveste 0 og den højeste 100, mens knæpatienterne (n=2.533) har en middelsmerteintensitet (SD) på 47,6 (22,0), den laveste 0 og den højest 100 (figur 11).



Figur 11. Smertefordeling i GLA:D-registeret. 3.464 er med i analysen.

Hoftepatienterne (n=928) har en middelsmertevarighed på næsten 4 år (44,8 måneder, den laveste 1 og den højeste 400 måneder), mens knæpatienterne (n=2.662) har en middelsymptomvarighed på mere end 5 år (61,6 måneder, den laveste 1 og den højeste 840 måneder).

81 % av patienterne oplever smerte hver dag eller altid forud for forløbet. Smertehyppigheden for hofte- og knæpatienterne ses i tabel 11.

Hvor ofte har du ondt?	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Aldrig	2 %	1 %
Hver måned	3 %	4 %
Hver uge	13 %	13 %
Hver dag/døgn	66 %	63 %
Altid	17 %	18 %

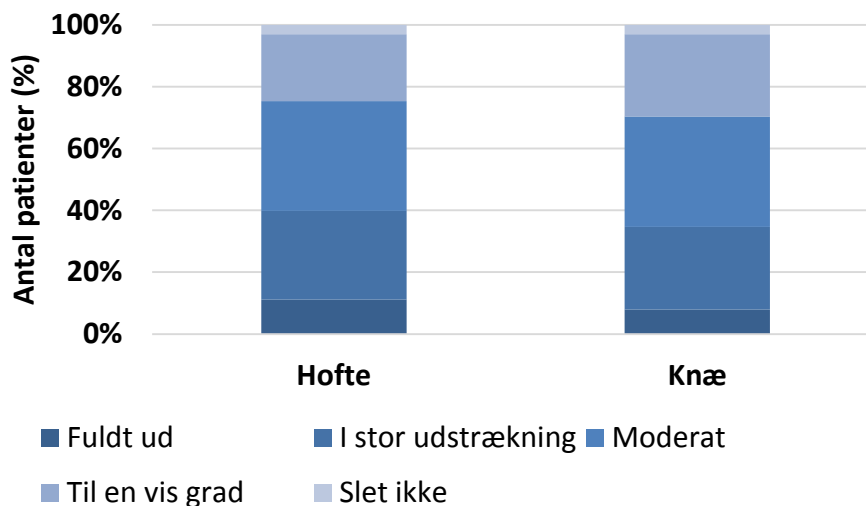
Tabel 11. Smertehyppighed i GLA:D-registeret. 933 hoftepatienter og 2.536 knæpatienter er en del af analysen.

Bevægelsesfrygt, fysisk aktivitet og træning²

13,9 % af patienterne i GLA:D-registeret angiver forud for forløbet at være bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning (n=3.470).

² Fysisk aktivitet og træning defineres på baggrund af intention med aktiviteten. At cykle eller gå til arbejde eller bussen kan reelt set være både træning og fysisk aktivitet. I GLA:D defineres træning som en aktivitet med moderat intensitet, dvs. så man bliver forpustet eller sveder. En stille og rolig gåtur er således fysisk aktivitet, men ikke træning. Spørgsmålene drejer sig om en typisk uge for patienten på nuværende tidspunkt.

I figur 12 fremgår i hvor høj grad patienterne føler, at de kan stole på deres hofte/knæ. Kun 11 % af hoftepatienterne og 8 % af knæpatienterne oplever, at de kan stole fuldt ud på deres hofte/knæ før GLA:D.



Figur 12. Tiltro til hofte/knæ. Som svar på spørgsmålet: "I hvor høj grad kan du stole på dit knæ/din hofte?". 932 hoftepatienter og 2.535 knæpatienter er en del af analysen.

Forud for forløbet, angiver 82 % at have gangproblemer som følge af deres hofteartrose (n=933) og 79 % angiver at have gangproblemer som følge af deres knæartrose (n=2536).

I tabel 12 fremgår, hvor mange dage om ugen patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30min. om dagen og dermed følger Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fysisk aktivitet. Som det ses bevæger 60 % af patienterne i GLA:D-registeret ikke i overensstemmelse med retningslinjerne.

Antal dage	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
0	4,0 %	4,1 %
1	4,1 %	4,3 %
2	8,1 %	8,4 %
3	10,4 %	11,6 %
4	10,0 %	9,7 %
5	12,5 %	13,1 %
6	10,4 %	8,6 %
7	40,5 %	39,9 %

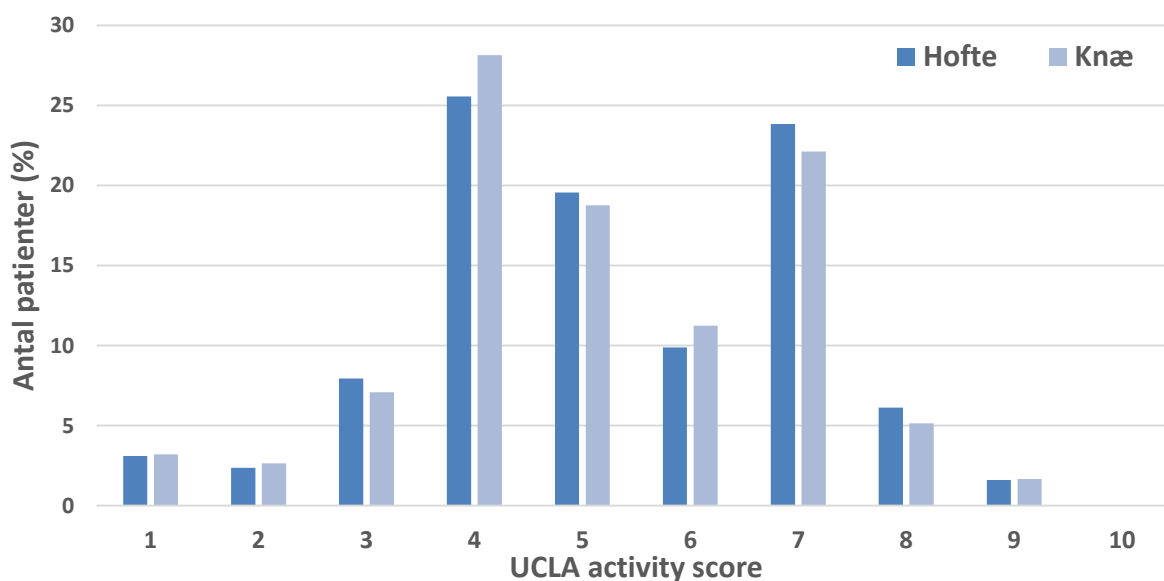
Tabel 12. Antal dage om ugen, hvor patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30min. 933 hoftepatienter og 2.536 knæpatienter er en del af analysen.

I tabel 13 fremgår hvor ofte patienterne træner forud for GLA:D-forløbet, så de bliver forpustet eller sveder.

Hvor ofte	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Aldrig	13,8 %	13,7 %
Mindre end 1 gang om måneden	7,2 %	7,8 %
1-2 gange per måned	5,8 %	6,3 %
1 gang per uge	20,0 %	19,9 %
2-3 gange per uge	38,2 %	37,4 %
4-6 gange per uge	10,1 %	10,5 %
Hver dag	4,8 %	4,4 %

Tabel 13. Hvor ofte træner patienterne i GLA:D-registeret. 933 hoftepatienter og 2.534 knæpatienter er en del af analysen.

Resultater fra første besøg for University of California (UCLA) activity score, der går fra 1 (Helt inaktiv (afhængig af andre, kan ikke forlade hjemmet)) til 10 (Deltager regelmæssigt i fysisk aktivitet med høj belastning), fremgår af figur 13.



Figur 13. University of California (UCLA) activity score ved første besøg. 1=Helt inaktiv; 2=for det meste inaktiv; 3=Deltager af og til i let fysisk aktivitet; 4=Deltager regelmæssigt i let fysisk aktivitet; 5=Er af og til moderat fysisk aktiv; 6=Er regelmæssigt moderat fysisk aktiv; 7=Er regelmæssigt fysisk aktiv; 8=Er regelmæssigt meget fysisk aktiv; 9=Deltager af og til i fysisk aktivitet med høj belastning; 10=Deltager regelmæssigt i fysisk aktivitet med høj belastning. 2.528 knæpatienter og 931 hoftepatienter indgår i analysen.

I 40m gangtest er den gennemsnitlige tid på at gå de 40m (SD) 28,7 (8,4) sek. for hoftepatienter (n=859) og 28,5 (7,5) sek. for knæpatienter (n=2.473). 2 % af hoftepatienter og 2 % af knæpatienterne anvender ganghjælpemidler under testen. I tabel 14 fremgår percentiler for 40m

gangtest. Den kan anvendes til at sammenligne sig selv eller sine patienter med patienterne i GLA:D-registeret.

Percentiler (tid i sek at gå 40 m)							
	5	10	25	50	75	90	95
Hofte	19,8	21,0	23,4	27,0	31,9	38,5	43,0
Knæ	19,9	21,0	23,7	27,1	31,6	37,7	42,0

Tabel 14. Percentiler for 40m gangtest.³ 859 hoftepatienter og 2.473 knæpatienter er en del af analysen.

I 30 sek. rejse-sætte-sig testen er det gennemsnitlige antal oprejsninger (SD) 12,4 (3,8) for hoftepatienter (n=859) og 12,1 (3,6) for knæpatienter (n=2.473). I tabel 15 fremgår percentiler for 30sek. rejse-sætte-sig test. Den kan også anvendes til at sammenligne sig selv eller sine patienter med patienterne i GLA:D-registeret. 1,2 % af hoftepatienter og 1,8 % af knæpatienterne er ikke i stand til at gennemføre testen, hvorfor de udfører en modificeret form med brug af armlæn og en stol på 44-47cm. Her er det gennemsnitlige antal oprejsninger (SD) 8,4 (2,5) for hoftepatienter (n=11) og 8,9 (5,0) for knæpatienter (n=44).

Percentiler (antal gentagelser i 30sek. rejse-sætte-sig test)							
	5	10	25	50	75	90	95
Hofte	7	8	10	12	14	16	18
Knæ	7	8	10	12	14	17	19

Tabel 15. Percentiler for 30sek. rejse-sætte-sig test.⁴ 859 hoftepatienter og 2.473 knæpatienter er en del af analysen.

Livskvalitet og self-efficacy

Livskvalitet (SD) for hoftepatienterne (HOOS QOL, n=932) er 46,3 (16,3) og for knæpatienterne (KOOS QOL, n=2.535) 45,0 (15,2).

Self-efficacy (SD; ASES) er 68,0 (17,4) for hoftepatienterne (n=933) og 68,8 (17,1) for knæpatienterne (n=2.536).

³ Tabellen skal læses på følgende måde: Hvis du eller din patient f.eks. bruger 23,4sek. på 40m gangtest, er denne tid lige så god eller bedre end 25 % af hoftepatienterne i GLA:D. Således kan tabellen bruges til at slå op, hvor godt man klarer sig sammenlignet med en stor gruppe mennesker, der også har hofte- eller knæartrose.

⁴ Tabellen skal læses på følgende måde: Hvis du eller din patient f.eks. tager 14 gentagelser i 30sek. rejse-sætte-sig test, er dette lige så godt eller bedre end 75 % af knæ- og hoftepatienterne i GLA:D. Således kan tabellen bruges til at slå op, hvor godt man klarer sig sammenlignet med en stor gruppe mennesker, der også har hofte- eller knæartrose.

5.2. Tidligere undersøgelse og behandling

Røntgen og forklaring på hofte-/knæproblem

Patienterne i GLA:D-bliver spurgt (i fysioterapeutformularen), om de har fået taget røntgen af deres hofte-/knæled, samt hvad røntgenbilledet viste. 85,8 % af hoftepatienterne (n=943) og 83,8 % af knæpatienterne (n=2.694) angiver at have fået taget røntgen af deres led. Af disse angiver 90,0 % af hoftepatienterne og 89,8 % af knæpatienterne, at røntgen viste artrose. Ud fra dette tyder det således på, at 77,2 % af hoftepatienterne og 75,3 % af knæpatienterne i GLA:D har artroseforandringer, som kan ses på røntgen.

Patienterne i GLA:D-registeret bliver spurgt, hvilken forklaring de har fået på deres hofte-/knæ smerter. I tabel 16 ses deres svar.

Forklaring	Procentfordeling
Slitage	37 %
Ledsvigt	1 %
Artrose uden forklaring	23 %
Artrose med forklaring	23 %
Ingen forklaring	16 %

Tabel 16. Tidligere forklaring på hofte-/knæ smerter. 'Forklaring' referer til om patienten har fået information om risikofaktorer, muligheder for behandling, hvad man selv kan gøre osv. 3.637 patienter er med i analysen

Tidligere alvorlig ledskade (nyt spørgsmål i 2014)

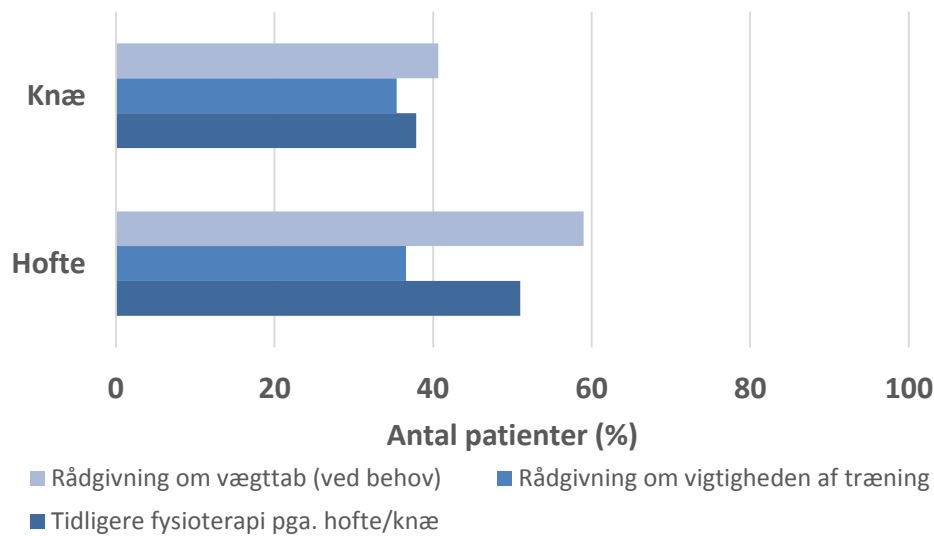
33 % af hoftepatienterne (n=228) og 56 % af knæpatienterne (n=601) har tidligere haft en skade i det pågældende led, der har medført, at de opsøgte egen læge.

Tidligere fysioterapi, råd om vigtigheden af træning og vægtreduktion samt brug af hjælpemidler

40 % af hofte- og knæpatienterne (n=943 og 2.535) har forud for GLA:D fået rådgivning i forhold til vigtigheden af træning og 60 % af de overvægtige hoftepatienter (n=585) og 40 % af de overvægtige knæpatienter (n=2.024) har fået rådgivning i forhold til vægttab (figur 14).

10 % af hoftepatienterne (n=943) og 13 % af knæpatienterne (n=2.694) har anvendt eller anvender ganghjælpemiddel.

5 % af hoftepatienterne (n=889) og 9 % af knæpatienterne (n=2.445) anvender andre hjælpemidler.



Figur 14. Tidligere fysioterapi samt råd om vigtigheden af træning og vægtreduktion. Råd om vægttab inkluderer kun dem, der har haft behov for et vægttab. 943 (585 for vægttab) hoftepatienter og 2.535 (2.024 for vægttab) knæpatienter er en del af analysen.

Ledrelaterede lægemidler (n=3.637)

Ved første besøg angiver 56,7 % at have taget enten paracetamol, NSAID eller et opioid/opioidlignende præparat pga. deres hofte-/knæartrose de sidste 3 måneder.

13 % tager naturmedicin eller kosttilskud pga. deres hofte-/knæartrose.

Operation i det aktuelle led, operation i andet led og nuværende ønske om operation

3,3 % af hoftepatienterne (n=935) angiver at have gennemgået en operation af deres hofte tidligere mens 33 % af knæpatienterne (n=2.702) angiver at have gennemgået en operation af deres knæ tidligere.

24 % af hoftepatienterne (n=935) og 23 % af knæpatienterne (n=2.702) er tidligere opereret i minimum et andet knæ-/hofteled end det aktuelle led.

14 af hoftepatienterne (n=933) og 12 % af knæpatienterne (n=2.535) angiver, at de har så meget besvær med deres hofte/knæ, at de ønsker at blive opereret nu, hvis de selv kunne vælge.

6. Resultater 2014 - på GLA:D-enhedsniveau

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra GLA:D-registeret for den enkelte GLA:D-enheder fra indrapporteringen af de første patienter 29. januar 2013 til og med den 31. december 2014. Resultaterne fra de enkelte enheder kan ikke sammenlignes direkte, i det patienterne ikke er sammenlignelige på tværs av GLA:D-enhederne.

Patienterne er forskellige med henblik på alder, køn, BMI, uddannelse og træning hvilket fremgår af tabel 17. Deltagelse i patientuddannelse er opgjort som antal sessioner ud af de 3 mulige sessioner (2 ledet af fysioterapeut, 1 ledet af tidligere deltager i GLA:D). Deltagelse i superviseret træning er opgjort som: 1=Deltog ikke i superviseret træning; 2=1-6 træninger; 3=7-9 træninger; 4=10-12 træninger; 5=Mere end 12 træninger.

I tabel 18 fremgår resultater efter 3mdr. for hvor ofte patienterne anvender det de har lært i GLA:D, tilfredshed med GLA:D, ændring i 40m gangtest samt ændring i smerte for GLA:D-enheder med minimum 20 patienter for alle de udvalgte parametre. Patienterne svarer på, hvor ofte de anvender det de har lært i GLA:D med følgende svarkategorier: 1=Aldrig; 2= Hver måned; 3=Hver uge; 4=Hver dag; 5=Flere gange dagligt. Patienterne angiver hvad de synes om deltagelsen i GLA:D ud fra følgende svarkategorier: 1: Meget dårligt; 2=Dårligt; 3=Hverken godt eller dårligt; 4=Godt; 5=Meget godt.

Tabel 17. Karakteristika for patienterne ved første besøg samt median deltagelse i patientuddannelse og superviseret træning for alle GLA:D-enheder. De klinikker, der har indrapporteret data til registeret fremgår (n=137). Se forklaring øverst i dette kapitel.

GLA:D-enhed	Alder (Middel)	Køn (Antal)		BMI (Middel)	Uddannelse (Median)	Træning (Median)
		Kvinder	Mænd			
A-FYS Solrød Strand	66,2	3	2	31,6	.	.
Aktiv fysioterapi og træning Nykøbing F	67,5	6	4	27,8	2	4
Algade Fysioterapi	64	4	2	26,2	2	3
Alléens Fysioterapi	67,5	15	4	26,1	2	2
Alsidig Fysioterapi	63	21	4	27,6	2	4
Arden Fysioterapi	64,9	7	3	30,8	2	5
Arkadens Fysioterapi	63,5	136	47	27,5	3	3
ARTROSE FYS	58,7	13	1	27,5	2	4
Assensklinikken	69,7	16	8	28,7	3	5
Astro Fysioterapi Slagelse	58,8	3	1	33,1	1	5
Axeltorv Fysioterapi	64,5	22	2	27,4	2	5
Ballerup Fysioterapi og Træningscenter	64,4	29	15	26,6	2	4
Beder Fysioterapi	64,2	5	1	23,6	2	2
BeneFIT Hobro	63,7	35	16	28,3	2	4
BeneFIT Sæby Fysioterapi	66,8	17	5	28,9	2	4
BeneFIT Viborg Fysioterapi & Træning	64,6	7	4	27,1	2	5
Birkerød Fysioterapi & Træningscenter	66,7	32	6	26,6	2	5
Bramming Fysioterapi	62,4	22	7	29,2	2	4
Brønderslev Fysioterapi og Genoptræningscenter	60	25	2	29,5	2	4
Brørup Fysioterapi og Træning	70,4	7	1	29,2	2	4
Buddingevej Fysioterapi	64,7	81	17	27,1	2	5
Center for Fysioterapi og Akupunktur, Aabenraa	64,6	80	25	28,5	2	3
Center for Fysioterapi og Træning Helsingø	61,6	24	12	26,1	3	5
Center for Fysioterapi og Træning Horsens	62	35	14	27,6	2	4
Center for Fysioterapi og Træning, Munkebo	67,1	12	2	31,7	2	5
Centrum Fysioterapi Viborg	61,5	11	0	26,6	2	4

GLA:D-enhed	Alder (Middel)	Køn (Antal)		BMI (Middel)	Uddannelse (Median)	Træning (Median)
		Kvinder	Mænd			
Centrum Fysioterapi, Odense	59,5	6	0	25,2	0	1
Charlottehøj Fysioterapi	64,4	46	8	27,5	2	1
Dronninglund Fysioterapi og Træning	63,3	77	39	27,9	2	4
Egedal Kommune	63,3	8	10	29,9	2	3
Esbjerg Fysioterapi	63	56	12	27,4	2	4
Farsø Fysioterapi	67,9	5	9	28,2	.	.
Fredensborg Sundhedscenter	70,5	8	5	25,1	2	5
Furesø Fysioterapi	66,5	14	5	27	2	4
FysHuset	63,8	26	6	27,6	2	5
Fysio Silkeborg	58,5	6	0	27,7	2	5
Fysio Sønderland	59,5	10	1	29,1	2	4
Fysiocenter Helsinge	66,3	20	6	25,2	2	4
Fysiocenter Roskilde	65,6	27	7	26,5	2	5
FysioCenter Varde	61,9	6	1	29,3	.	.
Fysiocenter Vejle	61	1	0	25,6	.	.
Fysiocenter Aarhus	63,6	29	16	26,8	2	2
Fysiocenter Aarhus N	63,7	9	2	25,6	2	4
Fysioklinik Snedsted	64	10	1	28	2	5
Fysioteam & Ejby Fysioterapi	64,1	36	7	27,8	2	1
Fysioteam Midtjylland	61	3	3	29,5	2	3
Fysioterapeuterne Esbjerg	65,5	7	3	26,5	3	5
Fysioterapeutisk Specialistteam i Risskov	65,6	12	3	26,2	0	4
Fysioterapi & Træningsklinik Frederiksberg	62,7	34	8	27,5	2	5
Fysioterapi Behandlings- og træningscenter Lemvig	64,1	20	6	30,5	2	4
Fysioterapien i Jels	56	19	2	29,2	2	4
Fysioterapien Skive	62,4	55	12	27,9	2	4
FYSIOVEJEN	65,6	26	6	27,7	2	3
FYSIQ Tårnby	65,1	49	13	27,6	2	5
Faaborg Fysioterapi & Træningscenter	65,7	49	21	26,9	2	5
Galten Fysioterapi & Træning	62	14	9	28,6	2	2

GLA:D-enhed	Alder (Middel)	Køn (Antal)		BMI (Middel)	Uddannelse (Median)	Træning (Median)
		Kvinder	Mænd			
Genoptræning - Allerød Kommune	59,8	2	3	24,5	0	4
Gentofte Kommune - Tranehaven	69,3	11	5	27,5	2	5
Gigtforeningens oplysningskreds Thisted (GOK)	62,6	17	1	28,6	2	5
Gilleleje Fysioterapi	65,4	4	1	25,1	2	4
Glostrup Fysioterapi & Træning	64,1	14	4	27,5	1	5
Grenå Fysioterapi og Træningsklinik	66,5	10	3	28,9	2	1
Gudenådalens Fysioterapi	66,3	12	8	26,6	2	4
Hartvigsen og Hein - Rygcenter og Idrætsklinik	63	46	6	26,8	2	4
Haslev Fysioterapi	64,6	45	9	27,4	2	5
Hasseris Fysioterapi og Motionscenter	65,8	16	7	26,7	2	4
Hillerød fysioterapi & træningscenter	62,4	12	5	26,1	.	.
Hjørring Kommune	63,1	15	10	28,1	2	5
Hornslet Fysioterapi	64,2	12	0	29,1	3	1
Hvidovre Kommune	61,4	45	15	32	2	4
Ishøj Fysioterapi	63,4	20	4	27,1	0	3
Kirkeby Fysioterapi og Træningsklinik	67,3	3	0	24,2	3	4
Kiropraktorerne Valby	60,4	7	1	28,7	2	4
Klinik for Fysioterapi Holbergsgade 13	62	18	4	27,6	2	2
Klinik for fysioterapi i Tønder	58,4	7	0	29,7	.	.
Klinik for Fysioterapi Kibæk	62,5	26	5	28,1	2	4
Klinik for fysioterapi Nybøl	67,4	9	10	26,8	2	5
Klinik for fysioterapi Ry	60,5	5	1	28,7	2	5
Klinik for Fysioterapi Sindal	61	21	8	27	2	2
Klinik for Fysioterapi, Give	62,1	16	1	28,1	2	4
Klinik for Fysioterapi, Aabybro	69,5	4	0	27,5	.	.
Klinikken Munkebo	63,8	9	4	31,7	2	3

GLA:D-enhed	Alder (Middel)	Køn (Antal)		BMI (Middel)	Uddannelse (Median)	Træning (Median)
		Kvinder	Mænd			
Kolding Fysioterapi og Træningsklinik	60,4	83	30	28,1	2	4
Løgstør Fysioterapi	62	4	2	27,1	2	4
Middelfart fysioterapi	66,1	13	2	26,8	2	4
Midtbyens Fysioterapi	62,4	11	8	30,5	2	4
Midtjysk Fysioterapi	62,9	57	12	28,3	2	4
MidtVest Osteopati & Fysioterapi	63,1	12	4	30,1	2	4
Møllebakkens fysioterapi	67,9	9	1	27,7	2	4
Mårslet Fysioterapi	62,6	12	4	28,4	2	4
Nordthy Klinik for Fysioterapi	65	15	6	27,2	3	4
Nyborg Fysioterapi og træning	69,7	3	0	28,9	3	5
Næstved Fysioterapi & Træningsklinik	65,1	13	7	30,6	2	4
Nørager Fysioterapi	61	42	19	29,2	2	4
Nørresundby Torv Fysioterapi	61,2	6	4	28,9	2	4
Odder Fysioterapi	65,8	21	1	27,4	2	5
Odense Fysioterapi, Idrætsklinik og Fitness	61	16	8	28,5	2	4
Odense Kommune	66,4	12	8	27,1	2	5
Ortopædkir. afd. Horsens	61,7	4	3	27,8	2	4
Randers Fysioterapi og Træningscenter	66,5	25	8	28,3	2	5
Regstrup Fysioterapi	64	8	4	29,7	2	4
Ringe Fysioterapi	54,4	5	2	28	1	4
Ringkøbing-Skjern Kommune	65,2	19	6	27,5	2	4
Ringsted Fysioterapi & Sportsklinik	56,8	2	2	26,1	.	.
Risskov Fysioterapi	69,5	10	1	27,2	2	4
Roskilde Kommune	64,4	40	19	29	2	4
Rungsted Fysioterapi og Træning	66,7	8	1	29,3	2	4
Rødovre Fysioterapi & Træning	63,9	14	6	29,1	2	3
Silkeborg Fysioterapi og Træning	65	4	0	26,5	2	4
Skanderborg Sundhedscenter	68,3	38	14	26,8	2	4

GLA:D-enhed	Alder (Middel)	Køn (Antal)		BMI (Middel)	Uddannelse (Median)	Træning (Median)
		Kvinder	Mænd			
Skælskør Fysioterapi & Træning	65,1	8	3	27,3	2	5
Skødstrup Fysioterapi	66,3	23	9	26,4	2	5
Slagelse Kommune	58,7	25	8	29,3	2	4
Sofiendal Fysioterapi og Kiropraktik	63,4	4	3	30,9	1	1
Storvorde Fysioterapi	68	5	1	27,4	2	4
Sundhedshuset Kolind	64,4	6	5	30,4	2	2
Sydthy klinik for fysioterapi	65,5	9	1	28,1	2	5
Søndersø Fysioterapi & Fitness	63,7	6	1	26,5	1	5
Them Fysioterapi	49	1	0	27,3	.	.
Thyholm Fysioterapi	60,4	6	1	25,5	2	5
Tidens Kiropraktor	63	2	2	29,2	.	.
Tommerup Fysioterapi	61,5	17	7	29,3	2	2
Ulfborg klinik for fysioterapi	68	1	0	26,4	0	1
Varde Fysioterapi & Træningscenter	58,9	9	2	27,5	3	5
Vejgaard Fysioterapi	63,9	6	3	30,3	2	4
Viborg Fysioterapi	65,3	4	2	27,2	3	4
Vojens Fysioterapi & Træning	61,8	6	3	27,8	2	5
Ørum Fysioterapi & Træningscenter	69,2	7	4	27,2	2	4
Østerbro Fysioterapi	64,1	34	8	26,7	3	5
Østervrå Fysioterapi	59,2	8	1	29,4	2	4
Aabenraa Fysioterapi & Træning	65,8	3	3	26,1	2	4
Aalborg Fysioterapi	64,6	50	35	28,1	2	5
Aalborg Kommune, Træningsenhed Nord	66,7	16	13	29,7	2	4
Aalborg Kommune, Træningsenhed øst	67,7	24	7	28,8	2	4
Aalborg Kommune, Træningsenheden Vest	71,5	35	10	28,6	2	4
Aars fysioterapi og Træningscenter	55	1	0	37,9	.	.
Årlev Fysioterapi	67	1	0	25,4	.	.

Tabel 18. Resultater efter 3mdr. for hvor ofte patienterne anvender det de har lært i GLA:D, tilfredshed med GLA:D, ændring i 40m gangtest samt ændring i smerte for GLA:D-enheder med minimum 20 patienter for alle de udvalgte parametre (n=29). Se forklaring øverst i dette kapitel.

GLA:D-enhed	Deltagelse (Median)	Tilfredshed (Median)	Ændring i smerte (Middel)	Ændring i 40m gangtest (Middel)
Arkadens Fysioterapi	4	5	-17,4	-3,0
BeneFIT Hobro	4	5	-18,9	-1,7
Buddingevej Fysioterapi	4	5	-17,1	-3,2
Center for Fysioterapi og Akupunktur, Aabenraa	4	5	-12,9	-2,5
Center for Fysioterapi og Træning Helsinge	4	5	-14,1	-2,7
Charlottehøj Fysioterapi	4	5	-16,3	-1,6
Dronninglund Fysioterapi og Træning	4	5	-16,5	-1,6
Esbjerg Fysioterapi	4	5	-12,1	-1,6
Fysiocenter Roskilde	4	5	-13,4	-2,6
Fysioteam & Ejby Fysioterapi	4	5	-18,0	-4,6
Fysioterapeuterne Esbjerg	3	5	-23,1	-0,5
Fysioterapien Skive	3	5	-13,7	-0,9
FYSIOVEJEN	4	5	-15,1	-1,8
FYSIQ Tårnby	4	5	-11,3	-3,5
Faaborg Fysioterapi & Træningscenter	4	5	-3,9	-2,3
Hartvigsen og Hein - Rygcenter og Idrætssklinik	3	5	-21,6	-3,0
Haslev Fysioterapi	4	5	-9,5	-4,1
Hvidovre Kommune	4	5	-15,3	-2,8
Klinik for Fysioterapi Kibæk	3	5	-9,9	-2,5
Kolding Fysioterapi og Træningsklinik	4	5	-16,4	-4,4
Midtjysk Fysioterapi	4	5	-15,5	-2,0
Odense Fysioterapi, Idrætssklinik og Fitness	4	5	-17,0	-1,9
Randers Fysioterapi og Træningscenter	3	5	-6,8	-4,1
Roskilde Kommune	4	5	-11,4	-1,4
Skanderborg Sundhedscenter	4	5	-9,5	-0,8
Skødstrup Fysioterapi	4	5	-8,4	-3,9
Slagelse Kommune	4	5	-27,4	-5,4
Aalborg Fysioterapi	4	5	-11,3	-1,9
Aalborg Kommune, Træningsenhed øst	4	5	-10,8	-2,7

7. Andre GLA:D-aktiviteter

På www.glaidd.dk, bl.a. under "Omtale", fremgår en grundig beskrivelse af GLA:D samt mange af de aktiviteter, der har foregået i gennem GLA:Ds levetid.

I 2014 blev der afholdt fem GLA:D-kurser for fysioterapeuter med i alt 333 kursister, hvilket har ført til, at der nu er 418, der har gennemgået GLA:D-kurset, og at GLA:D ved nytårsskiftet blev tilbudt 218 steder i Danmark. Dette betød samtidig, at GLA:D allerede i 2014 opnåede den ene af to visioner for 2017, nemlig at uddanne 400 fysioterapeuter. Den enorme stigning i antal fysioterapeuter og patienter er formentlig et udtryk for det store behov for evidensbaseret patientuddannelse og træning, der er blandt borgere med smerter i knæ eller hofter i Danmark.

For at lykkes med at udbrede de kliniske retningslinjer er det udover at satse på de tre delelementer i GLA:D (uddannelse af fysioterapeuter, uddannelse og træning af patienter samt registrering af data i GLA:D-registeret) også vigtigt at fokusere på at øge opmærksomheden på GLA:D blandt patienter, politikere, forskere, fysioterapeuter og andre faggrupper og journalister. GLA:Ds tværfaglige styregruppe og referencegruppe (se kapitel 10) løfter en del af dette ansvar. Derudover arbejdes der målrettet mod at øge opmærksomheden på omfanget af muskel- og ledlidelser i Danmark med specielt fokus på artrose samt vigtigheden af patientuddannelse og træning for denne patientgruppe for at reducere deres smerte og forbedre deres funktion og livskvalitet. Som led i dette og for at ændre paradigmet for lidelser i muskler og led i Danmark hen mod inddragelse, tidlig opsporing, hjælp til selvhjælp og tidlig effektiv behandling stiftedes i 2014 "Nationalt Center for Aktivt Liv med Sygdom i Muskler og Led" ved SDU. Formålet med centeret er at forbedre livet for danskere med smerte og nedsat funktion baseret på borgernære initiativer med udgangspunkt i forskning, formidling og selvbehandling.

7.1. Videnskabelige og tværfaglige aktiviteter

Netop det evidensbaserede aspekt af GLA:D er væsentligt og anses som værende meget betydningsfuldt for at forbedre behandlingen af patientgruppen. Som følge af GLA:D-pilotprojektet på Arkadens Fysioterapi i Aalborg blev den anden af to videnskabelige artikler derfor publiceret i 2014 i Danish Medical Journal (DMJ) med abstract i Ugeskrift for Læger.¹⁶ Artiklerne blev bevidst indsendt til DMJ/Ugeskrift for Læger, idet det vurderes at være den bedste mulighed for at udbrede kendskabet bredt blandt læger i Danmark. Artiklen viste, at effekterne af GLA:D efter 3mdr. i forhold til smerte og livskvalitet blev fastholdt efter ét år, samt at ændring i self-efficacy og fysisk funktion fra første besøg til 3mdr. var vigtige prædiktorer for effekten af GLA:D efter 12mdr.¹⁶ Således understreger studiet, at der er al mulig grund til at tro, at deltagere i GLAD fortsætter med at være fysisk aktive efter forløbet (hvilket resultaterne i denne årsrapport understøtter), samt at man bør sætte ekstra fokus på deltagere, der har en mindre effekt efter 3mdr. for at sikre at de hjælpes videre og får bedst mulig effekt på længere sigt. GLA:D har desuden været en del af præsentationer ved en række nationale og internationale videnskabelige konferencer og faglige arrangementer, som eksempel kan nævnes American College of Rheumatology, Bone and Joint i Canada og Sundhedsstyrelsens konference om Implementering af

Kliniske Retningslinjer (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/konference>), hvor Ewa Roos var inviteret til at fortælle om GLA:D som det gode og succesfulde eksempel på implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer. De praktiserende læger indtager en nøglerolle i udbredelsen af GLA:D på grund af deres centrale rolle i det danske sundhedsvæsen. Derfor var det af stor betydning, at vi fik mulighed for at præsentere GLA:D som en del af et ½ dages kursus ved Lægedage 2013, der er de praktiserende lægers største efteruddannelsesbegivenhed, hvor op mod 1/3 af alle praktiserende læger deltager. I 2014 blev vi grundet den enorme interesse ved kurset i 2013 inviteret til at undervise i en hel dag, og vi har allerede nu fået invitation til også at komme på Lægedage 2015. Den store interesse blandt praktiserende læger er med til at understrege det store behov for et systematisk tilbud til gruppen af artrosepatienter, og samtidigt er det glædeligt at opleve det spirende samarbejde mellem de praktiserende læger og fysioterapeuter i forhold til at tilbyde patientgruppen den optimale behandling.

Der er blandt andre forskere og studerende kommet en stigende interesse for at anvende data fra GLA:D-registeret til forskellige projekter. Projektforslag skal altid godkendes af GLA:D, men oftest er dette kun en formalitet, da formålet med GLA:D-registeret også er at udbrede og udvikle viden og evidens om artrose og behandlingen af lidelsen. Som eksempler på projekter i 2014 kan nævnes et fysioterapeutisk BA-projekt ved University College Syddanmark med fokus på at undersøge den ekstra effekt af neuromuskulære el-stimulation til GLA:D, et afgangsprøveprojekt fra Danmarks Medie- og Journalisthøjskole om artrose og GLA:D (Figur 15; se indslag sendt i TV MIDTVEST her: <http://frontend.xstream.dk/tvmv/?id=41309>) samt et semesterprojekt fra kandidatuddannelsen i Medicin med Industriel Specialisering ved Aalborg Universitet (AAU). Sidstnævnte projekt var en sundhedsøkonomisk analyse af GLA:D sammenlignet med total knæalloplastik (TKA), der viste, at selvom TKA medførte en større forbedring i livskvalitet end GLA:D, så var operationen også væsentligt dyrere, hvorfor det blev konkluderet, at GLA:D var mere omkostningseffektivt end TKA.



Figur 15. GLA:D i TV MIDTVEST (foto: TV MIDTVEST).

7.2. Pilotprojekter, implementering og Dronning Ingrid's Forskerpris 2014

Pilotprojektet i Hvidovre Kommune

Gigtforeningen startede i efteråret 2013 et kommunalt pilotprojekt i Hvidovre Kommune med støtte fra Sundhedsstyrelsen pulje til at reducere social ulighed i sundhed. Formålet med projektet var at udvikle en model for en proaktiv indsats i kommunalt regi, som kunne være med til at mindske den sociale ulighed i behandling af hofte- og knæartrose. 59 borgere med ingen eller korterevarende uddannelse deltog i projektet. Nogle havde fortsat kontakt til arbejdsmarkedet andre havde ikke, men fælles for dem alle var, at de var generet af symptomer på artrose i knæ og/eller hofter. Projektet viste, at GLA:D forbedrede deltagernes smerte, funktion og livskvalitet. Gruppen der fortsat var tilknyttet arbejdsmarkedet (hvoraf ca. halvdelen var sygemeldte) havde en imponerende smertereduktion på 47 %, hvilket understreger potentialet af en tidlig indsats over for denne målgruppe med henblik på at reducere omkostningerne for både borger og samfund. Samtidig viste projektet, at svært overvægtige (BMI \geq 30) også kan få en betydelig smertereduktion efter GLA:D.

Projektrapporten (Figur 16) kan findes her:

http://www.sdu.dk/Om_SDU/Institutter_centre/C_Isc/Nyt_CISC/Artrose



Figur 16. Rapport fra projektet i Hvidovre

Barriereprojekt i Region Syddanmark

Praksiskonsulent og fysioterapeut Flemming Pedersen fik i 2014 midler fra Region Syddanmark til at gennemføre et projekt, der skal afdække barrierer for implementering af GLA:D. I samarbejde med cand.scient.fys. og fysioterapeut Sarah Kroman fra Faaborg Fysioterapi skal han via gruppeinterviews med klinikejere og fysioterapeuter i GLA:D identificere barrierer for implementering og her i gennem finde frem til løsningsforlag på disse barrierer. Dette arbejde er meget vigtigt for at sikre, at de kliniske retningslinjer når bredest muligt ud til alle borgere i Danmark. Resultaterne forventes at foreligge i 2015.

Implementeringsarbejde i Region Syddanmark og Region Nordjylland

I 2014 blev der nedsat en tværprofessionel arbejdsgruppe med det fokus at evaluere og optimere implementeringen af de kliniske retningslinjer for knæartrose. Rapporten for dette arbejde forventes at foreligge i 2015. Et lignende arbejde pågår i Region Nordjylland. Det bliver spændende at se resultaterne fra de to indsatser, der anses som et vigtigt skridt på vejen mod at der fra regionale side tages et ansvar i forhold til implementeringen af retningslinjerne.

Dronning Ingrids Forskerpris 2014

Ewa Roos modtog i 2014 Dronning Ingrids Forskerpris (Figur 17). En del af begrundelsen for at Ewa Roos fik prisen var hendes indsats for at implementere evidensbaseret behandling af artrose i gennem GLA:D (<http://www.gigtforeningen.dk/nyheder?newsid=20195>).



Figur 17. Ewa Roos får Dronning Ingrids Forskerpris 2014 (foto: Gigtforeningen)

7.3. Politisk og pressemæssigt fokus

Pilotprojektet i Hvidovre Kommune havde i efteråret 2014 besøg af Sundhedsminister Nick Hækkerup. Ved besøget blev projektet præsenteret og Sundhedsministeren fik mulighed for at møde nogle af borgerne i projektet. Sundhedsministeren fik selv mulighed for at afprøve nogle af øvelserne og virkede lydhør overfor at sætte ind over for artrose (Figur 18), hvilket Regeringens strategi fra august 2014, "Jo før – jo bedre", også antyder. Forhåbentlig vil strategien blive fulgt af en endnu større indsats over for artrose, idet "gigt" kun får en mindre del af de i alt 5 mia. kr., der bliver afsat over de næste fire år.¹⁷



Figur 18. Sundhedsministeren på besøg (foto: Gigtforeningen)

Der har fortsat været en enorm interesse fra flere forskellige medier for GLA:D. I det seneste år har GLA:D været i en lang række landsdækkende medier bl.a. i Go' Aften Danmark på TV2 (Figur

19), i Go' Morgen Danmark på TV2 (<http://go.tv2.dk/2014-11-24-saadan-traener-du-slidgigt-vaek>), i Jyllandsposten, B.T., i Politiken (Figur 20) og på Danske Fysioterapeuters hjemmeside (http://fysio.dk/fafo/Nyheder/GLAD-traning-virker-bade-pa-kort-og-lang-sigt/#.VN8Uf_mG-Dv). Derudover har der været en lang række artikler, TV- og radioklip i lokale og regionale medier. Hvad der er glædeligt ved dette er, at mange af indslagene ikke stammer centralt fra GLA:D men er initieret af mediet, af andre sundhedsprofessionelle eller af borgere i Danmark. Dette er med til at understrege betydningen og udbredelsen af GLA:D på landsplan.



Figur 19. GLA:D i Go' Aften Danmark på TV2 (foto: TV2)

Figur 20. GLA:D i Politikken (foto: Politikken)

7.4. Internationalt fokus på GLA:D

I 2014 har der været henvendelse fra en række forskere og klinikere, der har ønsket at samarbejde omkring implementeringen af et GLA:D-lignende tilbud i deres hjemland. Repræsentanter fra Norge og Island har allerede været på GLA:D-kursus og er langt i overvejelserne omkring et nationalt tilbud, mens repræsentanter fra England, USA og Canada ligeledes har vist interesse og forventes at igangsætte lignende tilbud en gang i fremtiden. Sådanne samarbejde anses som værende vigtige for at højne kvaliteten af behandlingen på verdensplan, også fordi det giver mulighed for at sammenligne på tværs af landegrænser, idet nogle nøgleparametre så vidt muligt vil gå igen i alle registre. En sådan international harmonisering er pågående i et nyligt opstartet internationalt register-samarbejde.

8. Bevillinger

Tidspunkt for bevilling	Fond/pulje	Beløb
Efterår 2011 Hovedansøger: Søren Skou Medansøger: Ewa Roos	Danske Fysioterapeuters fond for forskning, uddannelse og praksisudvikling Hovedområdet praksisudvikling til projektet	25.000kr.
Vinter 2012 Hovedansøger: Søren Skou Medansøger: Ewa Roos	Gigtforeningen	75.000kr.
Vinter 2013 Hovedansøger: Søren Skou Medansøger: Ewa Roos	Danske Fysioterapeuters fond for forskning, uddannelse og praksisudvikling Hovedområdet praksisudvikling til projektet	33.500kr.

Tabel 19. Bevillinger i GLA:D

GLA:D håber i fremtiden at kunne nyde godt af flere fondsbevillinger (Tabel 19), hvilket er en forudsætning for at opretholde kvaliteten af undervisning, behandling og registrering. Derfor er der blevet søgt om fondsmidler fra forskellige fonde, ligesom der med tiden er et ønske om at støtte fra regioner og/eller kommuner.

9. GLA:D – Afsluttende kommentarer

Som nævnt i afsnit 4.2.2. forestår der et vigtigt arbejde i de kommende år med at identificere kvalitetsindikatorer for GLA:D. Med tanke på den eksponentielle vækst i antal patienter og GLA:D-enheder det seneste år forventes det, at der snart vil være et patientgrundlag, som muliggør en evaluering af kvalitetsindikatorer. I 2014 opnåede GLA:D den ene af sine to visioner (400 uddannede fysioterapeuter). Med den nuværende stigning i antal patienter vil visionen om minimum 7000 patienter/borgere være opnået i 2015/2016, dvs. minimum et år før 2017, der blev sat som et ambitiøst mål, da GLA:D startede ultimo januar 2013.

GLA:D er inspireret af den svenske artroseskole, BOA (<https://stratum.registercentrum.se/#!1148>), der startede i 2008 og indeholder patientuddannelse (men ikke specifik træning) og evaluering via et register. I årsrapporten for 2013 var der over 25.000 patienter registreret fra 295 enheder i BOA.¹⁸ Dette betyder, at ca. 15 % af det totale antal patienter over 45 år, som tager kontakt til det svenske sundhedssystem pga. artrose, bliver behandlet og registreret i BOA-registeret.¹⁸ Selvom der i GLA:D fortsat er langt op til en sådan dækningsgrad, giver det bestemt interessante perspektiver, at man i Sverige er nået så langt siden 2008. Fremtiden vil vise, om den eksponentielle stigning i antal patienter i GLA:D-registeret i den seneste tid fortsætter.

Da der i denne årsrapport er inkluderet 3.637 patienter, kan man begynde at lave de første forsigtige sammenligninger mellem Danmark og Sverige. Som eksempel kan smertereduktionen fremhæves. I BOA i Sverige reduceres smerten med 21 % (hoft) og 24 % (knæ) efter 3 mdr., mens den efter 12 mdr. kun er reduceret med 20 % (hoft) og 15 % (knæ).¹⁸ Efter GLA:D (3 mdr.) er smerten reduceret med 23 % (hoft) og 31 % (knæ), mens den efter 12 mdr. er yderligere reduceret, nemlig med 30 % for hofteartrose og 36 % for knæartrose sammenlignet med før GLA:D. Samtidig reduceres forbruget af smertestillende medicin efter GLA:D med 36 %, mens der i BOA i Sverige ikke ses nogen reduktion. En af årsagerne til dette kunne være, at GLA:D indeholder superviseret neuromuskulær træning, som 96 % af patienterne deltager i, mens BOA ikke indeholder træning som en obligatorisk del, hvilket afspejles i, at kun 80 % modtager et (uspecificeret) træningsprogram, og at kun 63-81 % af disse deltager i superviseret træning.¹⁸ Da træning, og i særdeleshed superviseret træning, er en af de mest effektfulde tidlige behandlinger til at reducere smerte,¹⁹ virker denne forklaring på forskellen mellem GLA:D og BOA logisk. Det bliver spændende at følge og sammenligne de to registre i de kommende år.

Der er grund til at fremhæve resultaterne fra den sundhedsøkonomiske analyse foretaget af en gruppe studerende fra AAU. Projektet konkluderede, at GLA:D var mere omkostningseffektivt end TKA men understregede samtidig, at der var behov for yderligere analyser på området. Dette projekt vil derfor blive fulgt op af en mere omfattende samfundsøkonomisk analyse af data fra GLA:D-registeret kombineret med data fra andre landsdækkende databaser. Denne analyse vil blive foretaget i samarbejde med Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA), der har stor erfaring med denne type analyser. Hvis det lykkes at finde midler, bliver det spændende at se nærmere på omkostningseffektiviteten af patientuddannelse og

træning i forhold til patienter/borgere med artrose i Danmark. Sådanne resultater vil ligeledes kunne understøtte implementeringen af GLA:D på et kommunalt og regionalt plan og sikre, at de kliniske retningslinjer implementeres og følges på landsplan. Sammen med andre målrettede projekter, såsom projektet med fokus på barrierer for implementering af GLA:D og kommende indsatser for at fastholde deltagerne i en fysisk aktiv livsstil efter GLA:D, vil det samtidig være med til at understøtte et samlet løft i indsatsen for at forebygge og behandle patienter med artrose i fremtiden.

10. Fakta om GLA:D og kontaktoplysninger

10.1. GLA:D-organisation og kontaktoplysninger

- Ansvarlig for GLA:D
 - Ewa M. Roos, professor og fysioterapeut, SDU
 - eroos@health.sdu.dk
- Projektleder for GLA:D
 - Søren Thorgaard Skou, ph.d.-studerende og fysioterapeut, SDU og Aalborg Universitetshospital
 - + 45 23 70 86 40, sots@rn.dk; www.GLAiD.dk
- Styregruppe (direkte ansvarlig for udbredelse og udvikling af GLA:D)
 - Tværfaglig, landsdækkende gruppe (7 personer; fysioterapi, ortopædkirurgi, almen praksis):
Anders Odgaard, overlæge i ortopædkirurgi og dr.med., Gentofte Hospital
Linda Fernandes, postdoc og fysioterapeut, SDU og Svendborg Sygehus
Marianne Kongsgaard, praksiskonsulent og fysioterapeut, Dronninglund Fysioterapi og Træning
Mette Machon Balle, sundhedskonsulent, Svendborg Kommune
Jens Søndergaard, professor og praktiserende læge, SDU
Ewa M. Roos
Søren Thorgaard Skou
- Referencegruppe (skal hjælpe med til udbredelse og udvikling af GLA:D)
 - Tværfaglig, landsdækkende gruppe (8 personer; fysioterapi, ortopædkirurgi, kiropraktik, sygepleje):
Allan Villadsen, ph.d. og læge, Svendborg Sygehus
Anette Liljensøe, ph.d.-studerende og sygeplejerske, Ortopædkirurgisk Forskning Aarhus Universitetshospital
Erik Poulsen, seniorforsker og kiropraktor, SDU
Inger Mechlenburg, seniorforsker og fysioterapeut, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet
Martin Thylstrup Nørgaard, fysioterapeut, Odense Kommune
Solveig Christensen, fysioterapeut, Odense Kommune
Ole Simonsen, overlæge i ortopædkirurgi og dr.med., Aalborg Universitetshospital
Asger Kudahl, chefkonsulent, Odense Kommune

10.2. Registrerede GLA:D-enheder

På kortet på www.GLAiD.dk fremgår alle GLA:D-enheder med kontaktoplysninger. Kortet bliver opdateret hver gang, der kommer en ny GLA:D-enhed.

10.3 Databasepartner

GLA:D databasen er lavet og administreres af Procordo Aps.

10.4. GLA:Ds historie

- Maj 2010
 - Indledende snak med BOA om deres tilgang
- Juni 2011
 - Besøg hos BOA i Gøteborg
- August 2011
 - Første aftale om indførelsen af artroseskole i Danmark indgås
- Oktober 2011
 - Projektleder på BOA-kursus i Gøteborg
- Efterår 2011
 - Pilotprojekt på Arkadens Fysioterapi iværksættes under navnet GLA:D
 - GLA:D-registeret oprettes i pilotversion støttet af Danske Fysioterapeuter med 25.000kr.
- Maj 2012
 - Styregruppe og referencegruppe dannes for GLA:D
- December 2012
 - 75.000kr. fra Gigtforeningens forskningsråd til opbygning af hjemmeside og udgifter forbundet med registeret.
- Januar 2013
 - GLA:D-registeret oprettes
 - Første uddannelse for fysioterapeuter i GLA:D
- December 2013
 - 719 patienter/borgere og 80 fysioterapeuter i GLA:D-registeret
 - 33.500kr. fra Danske Fysioterapeuter til udgifter forbundet med registeret og løn til projektleder
- December 2014
 - 3.637 patienter/borgere og 418 fysioterapeuter i GLA:D-registeret

11. Referenceliste

1. 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;60:91-7.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, *et al.* Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2 [doi].
3. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. 2014.
4. Johnsen NF, Koch MB, Davidsen M, Juel K. De samfundsmæssige omkostninger ved artrose. 2014.
5. Hootman JM and Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum.* 2006;54:226-9. doi: 10.1002/art.21562.
6. Hunter DJ. Lower extremity osteoarthritis management needs a paradigm shift. *Br.J.Sports Med.* 2011;45:283-8. doi: 10.1136/bjsm.2010.081117.
7. Sundhedsstyrelsen. Knæartrose – nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer. Sundhedsstyrelsen 2012.
8. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, *et al.* OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22:363-88. doi: 10.1016/j.joca.2014.01.003; 10.1016/j.joca.2014.01.003.
9. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, *et al.* EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann.Rheum.Dis.* 2013;72:1125-35. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745; 10.1136/annrheumdis-2012-202745.
10. DeHaan MN, Guzman J, Bayley MT, Bell MJ. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines -- how are we doing? *J.Rheumatol.* 2007;34:2099-105.
11. Snijders GF, den Broeder AA, van Riel PL, Straten VH, de Man FH, van den Hoogen FH, *et al.* Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis: between knowing and doing. *Scand.J.Rheumatol.* 2011;40:225-31. doi: 10.3109/03009742.2010.530611.
12. Dhawan A, Mather RC,3rd, Karas V, Ellman MB, Young BB, Bach BR,Jr, *et al.* An epidemiologic analysis of clinical practice guidelines for non-arthroplasty treatment of osteoarthritis of the knee. *Arthroscopy* 2014;30:65-71. doi: 10.1016/j.arthro.2013.09.002; 10.1016/j.arthro.2013.09.002.

13. Grol R and Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
14. Skou ST, Odgaard A, Rasmussen JO, Roos EM. Group education and exercise is feasible in knee and hip osteoarthritis. *Dan.Med.J.* 2012;59:A4554.
15. Danske Regioner. Basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Danske Regioner 2007.
16. Skou ST, Simonsen M, Odgaard A, Roos EM. Predictors of long-term effect from education and exercise in patients with knee and hip pain. *Dan Med J* 2014;61:A4867.
17. Regeringen. Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. 2014.
18. Thorstensson C and Dahlberg L. BOA Årsrapport 2013 [På svensk]. 2014;4.
19. Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol.* 2014 Mar;66(3):622-36. doi: 10.1002/art.38290. 2014;66:622-36. doi: 10.1002/art.38290.

GLA:D
Godt Liv med Artrose i Danmark