

# Årsrapport 2013

---

# G.L.A:D

Godt Liv med Artrose i Danmark



# GLA:D Årsrapport 2013

## GLA:D-registeret

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

[www.GLAiD.dk](http://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

og

Ortopædkirurgisk Forskningsenhed

Aalborg Universitetshospital

Sdr. Skovvej 15

9000 Aalborg

[sots@rn.dk](mailto:sots@rn.dk)

## 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](mailto:eroos@health.sdu.dk)

## Indhold

1. Indledning .....	4
2. Resume GLA:D Årsrapport 2013.....	6
3. English Summary GLA:D Annual Report 2013 .....	8
4. GLA:Ds tre dele .....	10
4.1. Uddannelse af fysioterapeuter.....	10
4.2. Uddannelse og træning af patienter .....	10
4.3. GLA:D-registeret .....	11
5. Mål med og vision for GLA:D .....	13
5.1. Formålet med GLA:D .....	13
5.2. Mål og forslag til fremtidige kvalitetsindikatorer .....	13
5.3. GLA:D-vision 2017 .....	13
6. Generaliserbarhed, validitet og troværdighed af GLA:D-registeret .....	14
6.1. Dækningsgrad .....	14
6.2. Komplethedegrad .....	15
7. Resultater 2013 – Patientkarakteristika ved første besøg hos fysioterapeuten .....	17
7.1. Demografi og kliniske karakteristika forud for GLA:D .....	18
7.2. Tidligere undersøgelse og behandling.....	21
8. Resultater 2013 - Ændring fra første besøg til 3 mdr. follow-up.....	23
8.1. Effektparametre .....	23
8.2. Compliance (deltagelse) og tilfredshed med GLA:D (n=288-307) .....	27
9. Andre GLA:D-aktiviteter .....	29
9.1. Videnskabeligt og tværfagligt fokus .....	29
9.2. Pilotprojekter i GLA:D.....	30
9.3. Politisk og presse-mæssigt fokus.....	30
10. Bevillinger .....	32
11. GLA:D – Afsluttende kommentarer .....	33
12. Fakta om GLA:D og kontaktoplysninger .....	35
12.1. GLA:D-organisation og kontaktoplysninger.....	35
12.2. Registrerede GLA:D-enheder.....	36
12.3 Databasepartner.....	36
12.4. GLA:Ds historie .....	36
13. Referenceliste.....	37

## 1. Indledning

Artrose er et stort problem for både den enkelte patient og samfundet [1] og er samtidig en af de vigtigste årsager til nedsat funktionsniveau hos ældre [2]. Op til 40 % af ældre på 65 år eller ældre lider af artroserelaterede smerter i hofter eller knæ [3] og muskel- og skeletsygdomme, hvoraf artrose udgør en væsentlig andel, er forbundet med de næsthøjeste samfundsomkostninger af alle lidelser hos den danske befolkning [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 træning, patientuddannelse og vægttab (ved behov) kombineres i en samlet pakke som grundbehandling af hofte- og knæartrose [7-9]. På trods af dette lever indholdet af den behandling, som patienten tilbydes, ikke op til disse retningslinjer [10, 11]. Dette kan skyldes, at der er behov for en omfattende indsats tilpasset den specifikke kontekst og patientpopulation for succesfuldt at implementere kliniske retningslinjer [12].

I Sverige har en sådan indsats, Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA), vist sig at være både gennemførlig og effektiv til at reducere smerte og forbedre livskvalitet med over 15.000 registrerede patienter siden 2008 [13].

Godt Liv med Artrose i Danmark (GLA:D) repræsenterer en dansk version af en sådan multimodal, non-operativ behandling af knæ- og hofteartrose bestående 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 er både gennemførlig i en dansk kontekst og effektiv til at reducere smerte og forbedre funktion og livskvalitet [14].

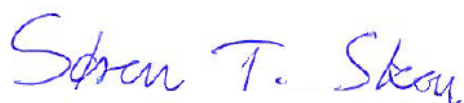
Den 22.-23. januar 2013 var de først 40 fysioterapeuter på kursus i GLA:D på Syddansk Universitet (SDU) i Odense. Dette markerede samtidig opstarten på det elektroniske GLA:D-register, hvor de første patienter blev registreret den 29. januar 2013.

GLA:D - Årsrapport 2013 præsenterer en oversigt over data fra det elektroniske register. Statistikken er udelukkende deskriptiv, og resultaterne skal ses som præliminære og naturligvis tolkes med forsigtighed. Der indgår patientrapporterede, fysioterapeutrapporterede og objektive data på patienter registreret til og med den 31. december 2013. På dette tidspunkt var der indrapporteret data for **719 patienter fra 49 GLA:D-enheder**, heraf otte kommunale og fire sygehuse. Disse tal forventes at stige eksponentielt i de kommende år grundet den massive interesse fra fysioterapeuter og andre fagpersoner, patienter, politikere og medier. I januar og februar 2014 har yderligere 397 patienter startet i et GLA:D-forløb ([www.glaidd.dk](http://www.glaidd.dk)). Dette tyder samtidig på, at GLA:D har ramt et stor behov i Danmark.

I denne årsrapport fremgår der udelukkende resultater på landsplan, idet der endnu er for få patienter til, at det giver mening at vurdere resultater fra hver enkelt GLA:D-enhed. Dette vil senere være en mulighed, der kan være med til at kvalitetssikre og forbedre artrosebehandlingen i GLA:D-enhederne og dermed sikre, at alle 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 – registret og denne den første årsrapport kan være medvirkende til at skabe overblik over artrosepopulationen og effekten af at implementere de kliniske retningslinjer og dermed behandling med patientuddannelse og træning i klinisk praksis samt dermed på længere sigt forbedre kvaliteten af artrosebehandling i Danmark. God læselyst!

Odense, 3. marts 2014



Søren Thorgaard Skou



Ewa M. Roos

[www.GLAiD.dk](http://www.GLAiD.dk)

## 2. Resume GLA:D Årsrapport 2013

### Baggrund

Nationale og internationale retningslinjer anbefaler, at træning, patientuddannelse og vægttab (ved behov) kombineres i en samlet pakke som grundbehandling af hofte- og knæartrose. På trods af dette lever indholdet af den behandling, 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 disse retningslinjer i klinisk praksis i Danmark.

### GLA:D består af tre dele

- Uddannelse af fysioterapeuter til at varetage GLA:D-kurser for patienter
- Uddannelse og neuromuskulær træning af patienter på GLA:D-kurser
- 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 2013: 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 2013 præsenterer resultaterne for de patienter, med data i registeret den 31. december 2013. Data stammer fra **49 GLA:D-enheder** fordelt over hele Danmark, hvor **719 patienter** (73% kvinder, gennemsnitsalder 63,5 år, 74 % med mest besvær fra knæet) har gennemgået første besøg hos fysioterapeuten og **310 patienter** har gennemgået 3 mdr. follow-up
- 13 % angiver at have været sygemeldt inden for det sidste år pga. deres hofte-/knæartrose
- Gennemsnitlig symptomvarighed for hofteartrose er 4,1 år og 6,2 år for knæartrose
- 62 % har besvær med minimum ét andet hofte- eller knæled udover det, de angiver mest besvær med
- 33 % angiver at have besvær med hånd-/fingerled i tillæg til deres hofte-/knæartrose
- Gennemsnits-BMI for hoftepatienter er 26,9 og for knæpatienter 28,7
- 83% av patienterne oplever smerte hver dag eller altid forud for forløbet

- Smerteintensitet:
  - Inden GLA:D er den 51 (VAS 0-100) for hofteartrose og 49 for knæartrose
  - Efter GLA:D er den 11,4 lavere (22 % reduktion) for hofteartrose og 16,7 lavere (34 % reduktion) for knæartrose (3 måneders follow-up)
- Brug af ledrelaterede lægemidler:
  - Inden GLA:D angiver 64 % angiver at tage ledrelaterede lægemidler pga. de aktuelle knæ-/hofteproblemer
  - Efter GLA:D tager 23 % færre ledrelaterede lægemidler pga. de aktuelle knæ-/hofteproblemer (3 måneders follow-up)
- Forud for forløbet, angiver 86 % at have gangproblemer som følge af deres hofteartrose og 82 % angiver at have gangproblemer som følge af deres knæartrose
- Ganghastigheden var forbedret med 11 % for hofteartrose og 7 % for knæartrose (40 m gangtest) efter GLA:D. Dette svarer til, at det tager knap 2 sekunder kortere tid at krydse en 20 meter bred gade
- Over 98 % anvender det de har lært i GLA:D minimum på ugentlig basis, størsteparten anvender det dagligt og over 98 % synes godt eller meget godt om GLA:D

### Perspektivering

De patienter, som indgår i GLA:D-registret, er i gennemsnit 4-5 år yngre end dem, som for første gang får et kunstigt knæ eller en kunstig hofte. Andelen af kvinder, som indgår i GLA:D, er lidt højere (73%) i sammenligning med andelen af kvinder, som får et kunstigt led (knap 60% kvinder). Størstedelen af patienterne i GLA:D-registret har haft symptomer i mange år, oplever også symptomer fra andre led, er overvægtige og har problemer med at gå. Det ville være en fremgang, hvis vi i fremtiden kunne tilbyde disse personer behandling endnu tidligere i forløbet. GLA:D suppleret med vægttabsrådgivning er også en fremtidig mulighed for dem med overvægt.

Da der endnu kun er et beskedent antal patienter, som har gennemgået 3 måneders follow-up (310 patienter), og ingen som har gennemgået 1 års follow-up, er det fortsat for tidligt at konkludere noget om resultaterne. Dog ser det lovende ud, idet at de som har gennemgået uddannelse og træning rapporterer mindre smerte, reduceret lægemiddelforbrug, bedre ganghastighed, og at de er tilfredse med GLA:D-forløbet.

### 3. English Summary GLA:D Annual Report 2013

#### Background

National and international clinical guidelines for osteoarthritis suggest a combined approach consisting of patient education, exercise and weight management, if needed. However, this approach is insufficiently implemented in clinical care. Good Life with Arthritis in Denmark (GLA:D) is an initiative from the Research Unit for Musculoskeletal Function and Physiotherapy at University of Southern Denmark with the overarching aim to implement current clinical guidelines for osteoarthritis into clinical care.

#### GLA:D consists of three parts

- Education of physical therapists in delivering care in accordance with clinical guidelines
- Patient education and neuromuscular exercise for patients with OA-like symptoms primarily from the hip or knee
- The national GLA:D-registry for data collection and evaluation of results

#### GLA:D aims

- Access to care according to clinical guidelines across health care sectors and geographic regions
- Pain reduction
- Reduced intake of pain killers
- Improved physical function and physical activity
- Improved quality of life
- Reduced number of visits and health care cost for the individual and the society

#### Brief summary of results 2013: How many and what patients are part of the GLA:D-registry, and what are the treatment results?

- The first patient was entered into the GLA:D registry on January 29, 2013. This annual report presents the data for the patients where data was available on December 31, 2013. **719 patients** (73% women, mean age 63.5 years, 74% assign the knee as the most problematic joint) have been treated at any of the **49 GLA:D-treatment units** spread across Denmark, and **310 patients** have attended the 3 month follow-up
- 13% report being on sick-leave during the last year because of their hip/knee
- Mean symptom duration is 4.1 years for those with hip osteoarthritis and 6.2 years for those with knee osteoarthritis
- 62% report having symptoms also from the other hip or knee joint
- 33% have symptoms also from their hands
- Mean BMI for hip patients is 26.9 and for knee patients 28.7



- 83% of patients report at least daily pain at first assessment
- Pain intensity:
  - Before GLA:D, the pain intensity is 51 (on a 0-100 mm visual analog scale) for hip patients and 49 for knee patients
  - After GLA:D, the pain intensity decreased with 11.4 mm (22% reduction) for hip patients and with 16.7 mm (34% reduction) for knee patients (at 3 months)
- Usage of pain killers:
  - Before GLA:D, 64% take pain killers because of their hip/knee pain
  - After GLA:D, 23% fewer patients take pain killers because of their hip/knee (at 3 months)
- 86% of the hip osteoarthritis patients and 82% of the knee osteoarthritis patients report difficulties with walking at first assessment
- Gait speed was improved by 11% for hip patients and 7% for knee patients. This improvement corresponds to using close to 2 seconds less time when crossing a 20 m wide street
- 98% use the acquired knowledge at least weekly, most of them daily, and 98% are very satisfied of satisfied with the GLA:D treatment package.

### Perspectives

Patients included in the GLA:D-registry are on average 4-5 years younger than those having first time hip or knee replacement surgery. The proportion of women in the GLA:D-registry is somewhat higher (73%) compared to the close to 60% proportion women having joint replacement surgery. Most patients in the GLA:D-registry have been symptomatic for many years, experience symptoms also from other joints, are overweight and have walking difficulties. It would be desirable for patients to undergo the GLA:D treatment package earlier during the disease course, and supplemented with weight reduction (if needed).

Because of the limited number of patients having had their 3 months follow-up visit (310), and no one having had their one year follow-up yet, it is too early to conclude on results from undergoing GLA:D. However, it looks promising since those having had the GLA:D treatment package, consisting of education and neuromuscular exercise, report less pain, reduced consumption of pain killers, improved gait speed and being satisfied with the GLA:D-treatment package.

## 4. GLA:Ds tre dele

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

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

### 4.1. 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 indenfor artrose, behandling af artrose og brugen af og behovet for nationale registre i sundhedsvæsenet. Derudover får patienterne 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, 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.

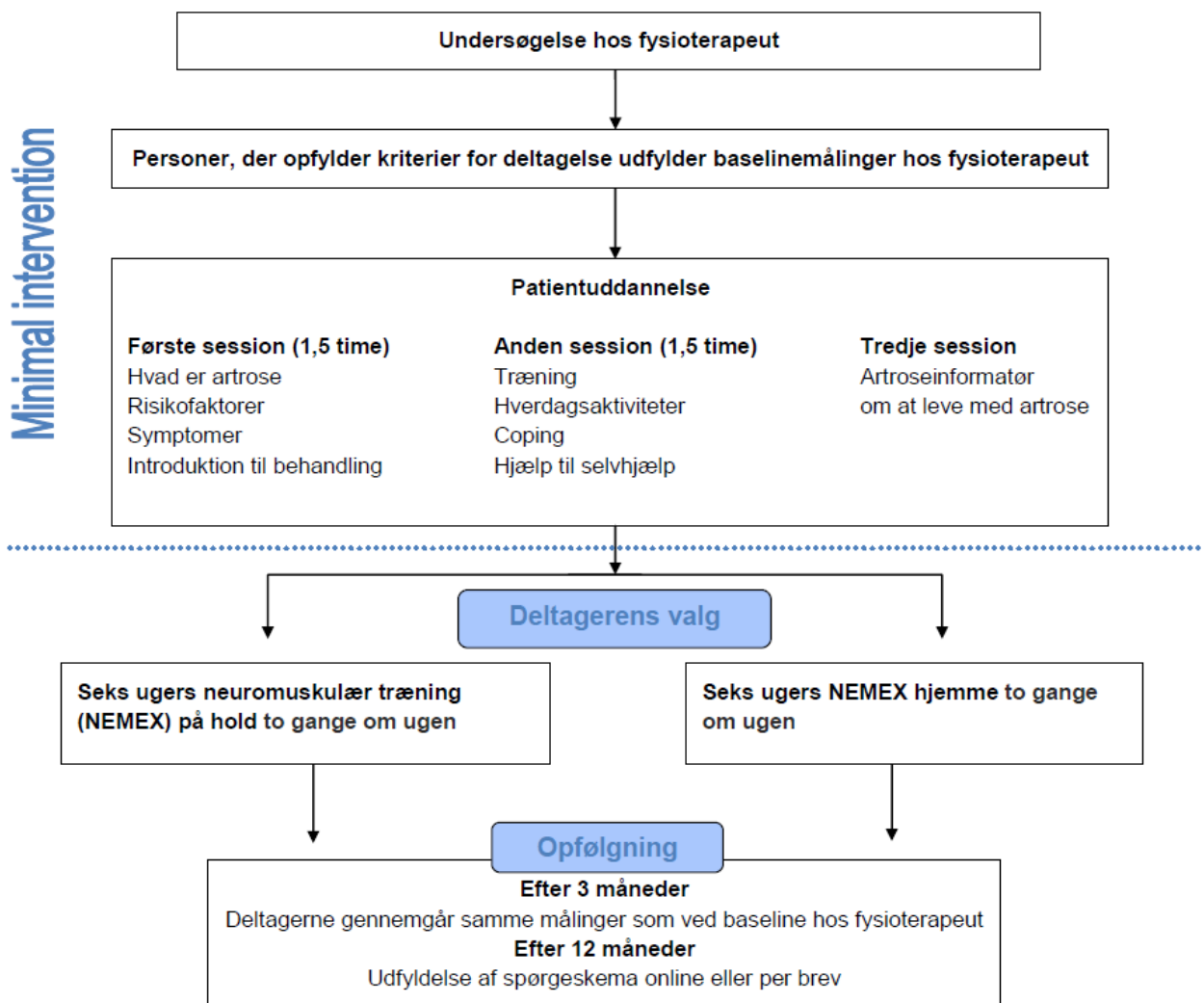
### 4.2. Uddannelse og træning af patienter

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

### 4.3. GLA:D-registeret

GLA:D-registeret kan anskues 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:

- Smerteintensitet (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 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.

## 5. Mål med og vision for GLA:D

### 5.1. 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.

### 5.2. 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 indenfor 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 1år, øge EQ-5D med 0,10 efter 1år, etc. Der er brug for en diskussion af, hvilke kvalitetsindikatorer GLA:D-registret skal have, og på hvilket grundlag de skal etableres. Det er dog væsentligt, at kvalitetsindikatorerne er målrettet patientgruppen, giver kliniskspecifik information og er tidsrelevante, således at de er til gavn for den enkelte GLA:D-enhed i deres arbejde med at optimere behandlingen.

### 5.3. GLA:D-vision 2017

- 400 fysioterapeuter har gennemgået GLA:D-kursus
- 7000 patienter har gennemgået GLA:D og indgår i GLA:D-registret

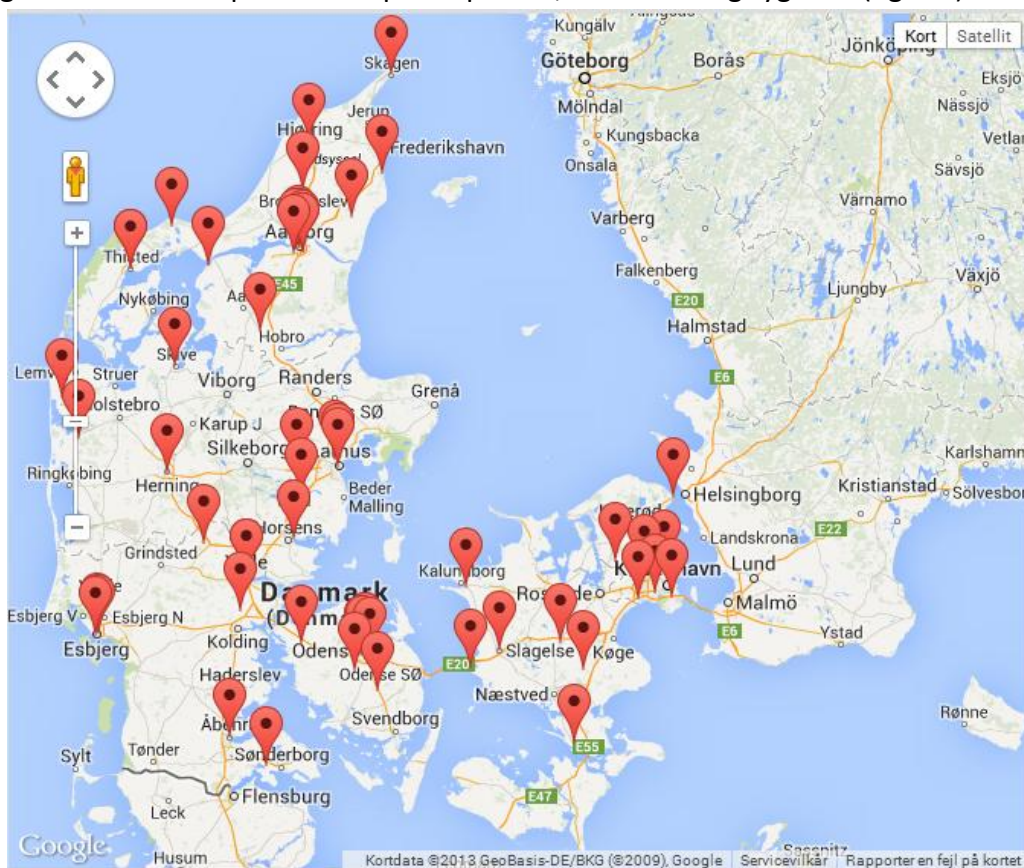
## 6. Generaliserbarhed, validitet og troværdighed af GLA:D-registeret

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 databasepulje [15]:

- 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].

### 6.1. 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 2013

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 [8]. 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 2013 80 fysioterapeuter, der har gennemgået GLA:D-kurset i Danmark, og i alt 49 GLA:D-enheder, hvoraf otte er kommunale, fire er sygehuse og resten er privat praktiserende fysioterapeuter (se GLAiD.dk for nærmere beskrivelse af de enkelte enheder i GLA:D). Ud af disse 49 GLA:D-enheder havde 37 ved årsskiftet registreret patienter i GLA:D-registeret (76%). Hvorvidt de resterende GLA:D-enheder er gået i gang med at afholde GLA:D-kurser for patienter uden at registrere disse er svært at kontrollere. GLA:D opfordrer 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 januar 2014 og april 2014 bliver der uddannet sammenlagt 120 nye GLA:D fysioterapeuter, og flere kurser er allerede ved at blive planlagt. Med tanke på den store vækst i GLA:D-enheder, som dette vil medføre, forventes det, at dækningsgraden er betydeligt forbedret ved næste årsrapport.

## 6.2. Komplethedegrad

Komplethedegraden er det endnu for tidligt at vurdere, idet de første patienter endnu ikke har gennemgået 1 års follow-up. Det forventes, at komplethedegraden vil kunne vurderes ved næste årsrapport, hvor en lang række patienter vil have gennemgået det fulde patientforløb. Det forventes dog, at GLA:D-registeret vil have en høj komplethedegrad, idet det i sin opbygning har en række indbyggede kontrolmekanismer og muligheder for at tilpasse indtastningerne til en lokal kontekst:

- 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 BMI)
- 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
- Muligheden for 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



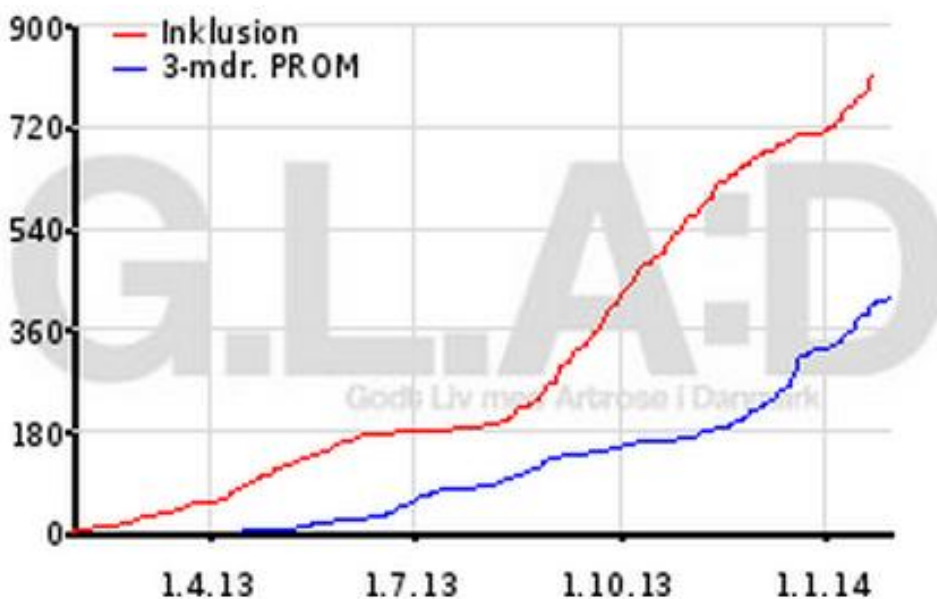
## 7. Resultater 2013 – Patientkarakteristika ved første besøg hos fysioterapeuten

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra GLA:D-registeret for første besøg hos fysioterapeuten fra indrapporteringen af de første patienter 29. januar 2013 til og med den 31. december 2013. De fremtidige årsrapporter vil præsentere akkumulerede resultater, således at årsrapporten år for år vil komme til at indeholde flere og flere patienter, idet alle patienter i GLA:D-registeret medregnes i hver årsrapport.

Den 31. december 2013 var der **719 patienter** i GLA:D registeret, der havde gennemgået minimum første besøg hos fysioterapeuten (figur 3). Af disse havde **186 (26 %) mest besvær med hoften og 533 (74 %) mest besvær med knæet**. I denne årsrapport angives dette som henholdsvis hofteartrose og knæartrose<sup>1</sup>, og resultaterne vil nedenfor ofte behandles separat for hofter og knæ for at give et indblik i de to diagnoser hver for sig.

Der var på samme tidspunkt **310 patienter, der havde gennemgået 3 mdr. follow-up**. For resultaterne efter 3 mdr. vil det således kun være for disse 310 (74 med hofteartrose og 236 med knæartrose), at der vil fremgå data (figur 3).

Nul patienter havde udfyldt 12 mdr. follow-up (da GLA:D-registeret først startede 29. januar 2013). Derfor vil der i denne årsrapport ikke fremgå data for 12 mdr. follow-up.



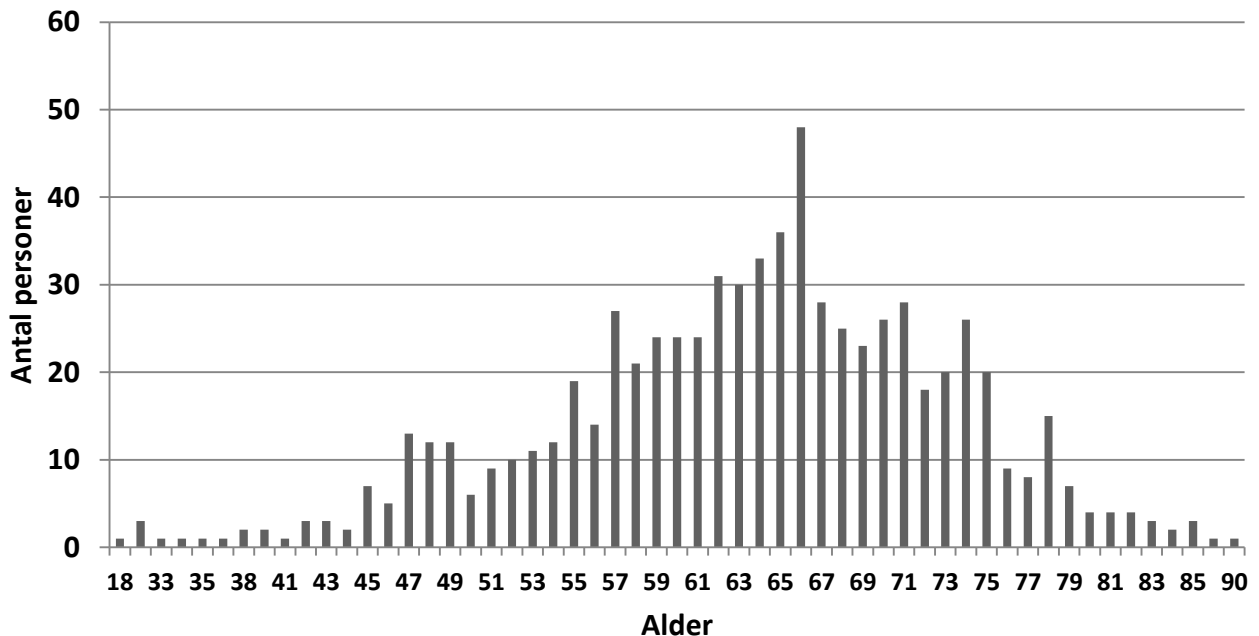
**Figur 3.** Antal inkluderede og antal som har gennemgået 3 mdr. follow-up i GLA:D den 31. december 2013

<sup>1</sup> 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 uden røntgenundersøgelse af knæet [8].

## 7.1. Demografi og kliniske karakteristika forud for GLA:D

### Alder

Gennemsnitsalderen for patienter ved første besøg hos fysioterapeuten er 63,5 år, den yngste er 18 år og den ældste er 90 år (Figur 4). Gennemsnitsalderen (SD) for mænd er 63,3 (9,1) år og for kvinder 63,5 (9,9) år.



Figur 4. Aldersfordeling i GLA:D-registeret

### Køn

I GLA:D-registeret er **527 kvinder (73 %)** og **192 mænd (27 %)**. Blandt kvinderne er 27 % mest besværet af hofteartrose mens 73 % er mest besværet af knæartrose. Hos mændene er 24 % mest besværet af hofteartrose mens 76 % er mest besværet af knæartrose.

### Civilstatus, nationalitet og uddannelse

27 % bor alene, mens de resterende 73% i GLA:D-registeret bor sammen med andre. 95 % af patienter i GLA:D-registeret er født i Danmark og 99 % er danske statsborgere. Fordelingen i forhold til uddannelsesniveau fremgår af tabel 1.

Højest gennemførte uddannelse	Procentfordeling
Folkeskolen	21 %
Ungdomsuddannelse	15 %
Kort videregående uddannelse	21 %
Mellemlang videregående uddannelse	35 %
Lang videregående uddannelse eller højere	8 %

Tabel 1. Uddannelsesniveau i GLA:D-registeret

## Rygning

8 % af de 304 som har haft mulighed at besvare spørgsmålet (fra september 2013) angiver at være rygere.

## Sygemelding og nuværende arbejdssituation

**13 % angiver at have været sygemeldt inden for det sidste år pga. deres hofte-/knæartrose.** For 50 % af disse har sygemeldingen sammenlagt varet under 1 måned, for 24 % har den varet 1-3 mdr. og for de resterende 26 % har den varet i over 3 mdr. Arbejdssituationen for patienterne i GLA:D-registeret kan ses i Tabel 2.

Højest gennemførte uddannelse	Procentfordeling
I arbejde/studerende	33 %
Sygemeldt på fuld tid	2 %
Sygemeldt på deltid/fleksjob	2 %
Pensionist	54 %
Arbejdsløs	2 %
Efterløn	4 %
Førtidspensionist	2 %

Tabel 2. Nuværende arbejdssituation

## Problemer med andre led

62 % har besvær med minimum ét andet hofte- eller knæled udover det, de angiver mest besvær med.

33 % angiver at have besvær med hånd-/fingerled i tillæg til deres hofte-/knæartrose.

## BMI

**Gennemsnits-BMI (SD) for alle i GLA:D-registeret er på 28,3 (5,1), mens det er på 26,9 (4,3) for hofter og på 28,7 (5,3) for knæ.** Fordelingen fremgår af tabel 3.

Klassifikation	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Undervægt	<18,5	1,1 %	0,9 %
Normalvægt	18,5-24,9	35,5 %	23,3 %
Moderat overvægt	25-29,9	43,0 %	39,6 %
Svær overvægt (fedme)	≥30	20,4 %	36,2 %

Tabel 3. BMI-fordeling i GLA:D-registeret

## Smerteintensitet, symptomvarighed og smertehyppighed

**Hofteartrosepatienterne har en middelsmerteintensitet på 51,0, (VAS 0-100), den laveste 3 og den højeste 100, mens knæartrosepatienterne har en middelsmerteintensitet på 49,0, den laveste 1 og den højeste 100.**

Hofteartrosepatienterne har en middelsmertevarighed på mere en 4 år (49,4 måneder, den laveste 1 og den højeste 400 måneder), mens knæartrosepatienterne har en middelsymptomvarighed på mere en 6 år (75,2 måneder, den laveste 1 og den højeste 840 måneder).

83% av patienterne oplever smerte hver dag eller altid forud for forløbet. Smertehyppigheden for hofteartrose- og knæartrosepatienterne ses i tabel 4.

Hvor ofte har du ondt?	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
Aldrig	1 %	1 %
Hver måned	2 %	4 %
Hver uge	9 %	14 %
Hver dag/døgn	64 %	61 %
Altid	23 %	20 %

Tabel 4. Smertehyppighed i GLA:D-registeret

#### Bevægelsesfrygt, fysisk aktivitet og træning

14% af patienterne i GLA:D-registeret angiver forud for forløbet at være bange for, at deres led tager skade af fysisk aktivitet og træning.

Forud for forløbet, angiver 86 % at have gangproblemer som følge af deres hofteartrose og 82 % angiver at have gangproblemer som følge af deres knæartrose.

I tabel 5 fremgår, hvor mange dage om ugen patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30min. og dermed følger Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fysisk aktivitet.

Antal dage	Procentfordeling
0	3 %
1	5 %
2	8 %
3	10 %
4	11 %
5	14 %
6	9 %
7	41 %

Tabel 5. Antal dage om ugen, hvor patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30min.

I tabel 6 fremgår hvor ofte patienterne træner forud for forløbet, så de bliver forpustet eller sveder.

Hvor ofte	Procentfordeling
Aldrig	12 %
Mindre end 1 gang om måneden	8 %
1-2 gange per måned	6 %
1 gang per uge	10 %
2-3 gange per uge	39 %
4-6 gange per uge	11 %
Hver dag	4 %

**Tabel 6.** Hvor ofte træner patienterne i GLA:D-registeret

I 30 sek. rejse-sætte-sig testen er det gennemsnitlige antal oprejsninger (SD) 12,0 (4,3). 19 patienter 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) 7,9 (3,6).

I 40m gangtest er den gennemsnitlige tid på at gå de 40m (SD) 30,0 (8,6) sek. 23 patienter anvender ganghjælpemidler under testen.

### Livskvalitet og self-efficacy

Livskvalitet (SD) for hofteartrosepatienterne (HOOS QOL) er 44,9 (15,6) og for knæartrosepatienterne (KOOS QOL) 44,1 (14,5).

Self-efficacy (SD; ASES) er 67,0 (18,0) for hofteartrosepatienterne og 66,8 (17,0) for knæartrosepatienterne.

## 7.2. Tidligere undersøgelse og behandling

### Røntgen og forklaring på hofte-/knæproblem

Patienterne i GLA:D-bliver spurgt, om de har fået taget røntgen af deres hofte-/knæled, samt hvad røntgenbillede viste. 86,0 % angiver at have fået taget røntgen af deres led. Af disse angiver 87,2 %, at røntgen viste artrose. Ud fra dette tyder det således på, at 74,9 % af patienterne i GLA:D har artroseforandringer, som kan ses på røntgen.

Det er muligt at få røntgenbilleder ind i GLA:D-databasen, der ville kunne understøtte disse tal. Men da diagnosen artrose kan stilles ved hjælp af kliniske parametre og uden røntgen [16], og da det det i første omgang ikke har nogen betydning for valg af behandling (jf. nationale og internationale retningslinjer), og da graden af artrose på røntgen ikke har nogen betydning for effekten af træning [17], kan det diskuteres, om dette er relevant for registeret.

Patienterne i GLA:D-registeret bliver spurgt, hvilken forklaring de har fået på deres hofte-/knæ smerter, og hvilken information de har fået om risikofaktorer, muligheder for behandlinger, hvad man kan gøre selv, etc. før de kom med i GLA:D. I tabel 7 ses deres svar.

Forklaring	Procentfordeling
Slitage	38 %
Ledsvigt	1 %
Artrose uden forklaring	24 %
Artrose med forklaring	21 %
Ingen forklaring	17 %

**Tabel 7.** Tidligere forklaring på hofte-/knæsmarter. 'Forklaring' referer til om patienten har fået information om risikofaktorer, muligheder for behandling, hvad man selv kan gøre osv.

### **Tidligere fysioterapi, brug af hjælpemidler, råd om tilpasset fysisk aktivitet og vægtreduktion**

43 % angiver at have været ved fysioterapeut tidligere pga. det aktuelle led.

13 % har anvendt eller anvender ganghjælpemiddel.

36 % angiver at have fået råd om vigtigheden af fysisk aktivitet i behandlingen af artrose.

27 % af dem med en BMI på 25 eller over angiver at have fået råd om vægtreduktion.

### **Ledrelaterede lægemidler**

Dette spørgsmål gælder lægemidler, der er taget oralt eller injiceret (ikke gel eller lignende til udvortes brug) de sidste 3 måneder. 67 % af patienterne angiver at have taget ledrelaterede lægemidler, heraf er 95 % af lægemidlerne taget på grund af det aktuelle led. Dermed tager **64 % af patienterne i GLA:D ledrelaterede lægemidler pga. deres hofte-/knæartrose forud for forløbet.**

### **Operation i det aktuelle led og nuværende ønske om operation**

2 % af hofteartrosepatienterne angiver at have gennemgået en operation af deres hofte tidligere mens 39 % af knæartrosepatienterne angiver at have gennemgået en operation af deres knæ tidligere.

**15 % angiver, at det har så meget besvær med deres hofte/knæ, at de ønsker at blive opereret nu, hvis de selv kunne vælge.**

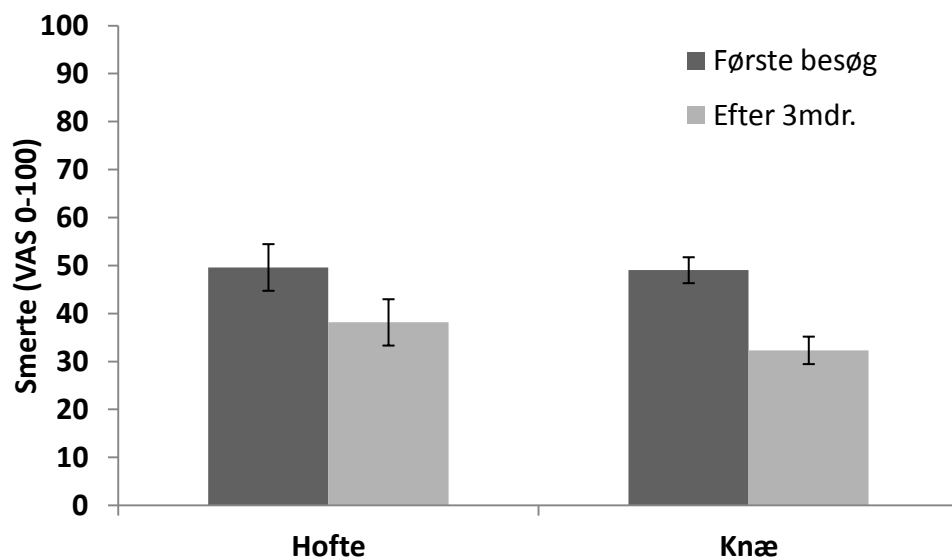
## 8. Resultater 2013 - Ændring fra første besøg til 3 mdr. follow-up

I dette afsnit præsenteres ændringerne fra første besøg til 3 mdr. follow-up. Der indgår derfor kun parrede data, hvilket indebærer data fra patienter, der både havde været til første besøg og 3 mdr. follow-up inden 1.januar 2014. Resultaterne præsenteres separat for hofte og knæ for de fleste variabler, men grundet det endnu relativt lave antal patienter (totalt 310 patienter), skal resultaterne tolkes med forsigtighed, og specielt for dem med hofteartrose (74 patienter).

### 8.1. Effektparametre

#### Smerte (n=300)

Smerten (SD; VAS 0-100 var henholdsvis 49,6 (21,3) og 38,2 (21,2) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hofteartrosepatienterne og 49,0 (20,7) og 32,3 (22,0) for knæartrosepatienterne (Figur 5).

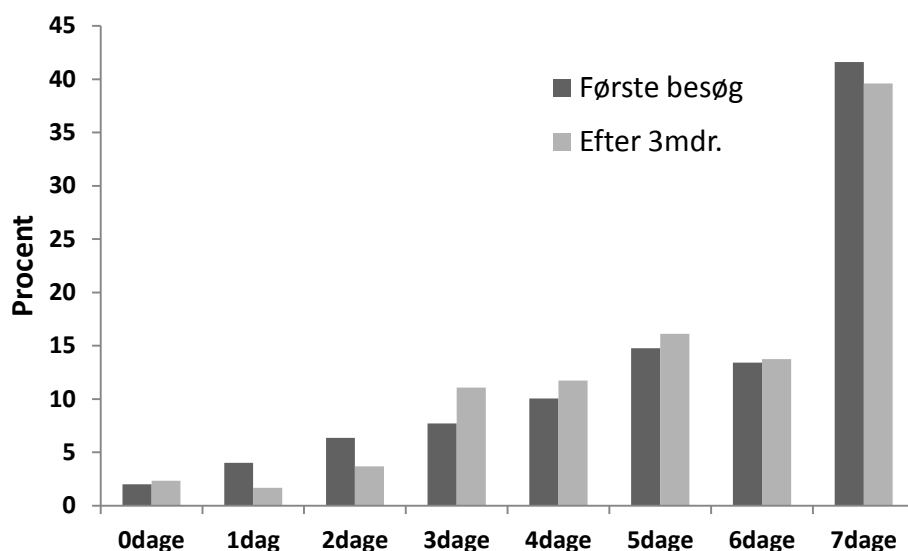


**Figur 5.** Gennemsnitlig smerte ved første besøg og efter 3 mdr. 0 indikerer ingen smerte og 100 indikerer værst mulige smerte, notere at skalaen i denne figur går fra 20 til 60. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval. 300 patienter indgår i analysen.

#### Bevægelsesfrygt og fysisk aktivitet (n=298-300)

Forud for GLA:D var 11,3 % bange for, at deres led tog skade af fysisk aktivitet og træning, mens det efter GLA:D var 6,7 %.

I figur 6 fremgår, hvor mange dage om ugen patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30 min. før deltagelse i GLA:D og efter deltagelse i GLA:D.

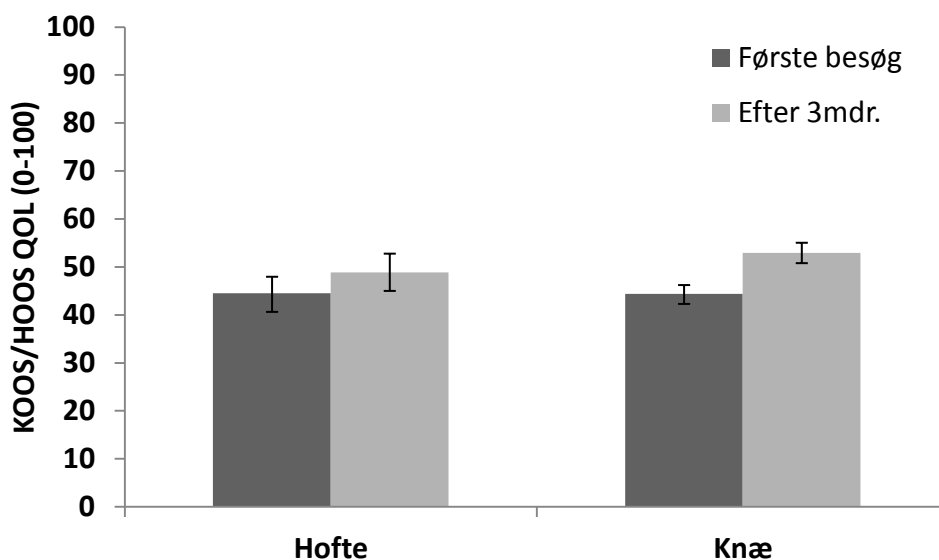


**Figur 6.** Antal dage om ugen, hvor patienterne i GLA:D-registeret bevæger sig minimum 30 min. før og efter GLA:D. 298 patienter indgår i analysen.

### Livskvalitet (n=298)

Det er endnu for tidligt at udtale sig om resultaterne for EQ-5D, hvorfor der i det følgende kun vil blive præsenteret resultater fra den anden livskvalitetsparameter, HOOS/KOOS QOL.

Livskvaliteten (SD) var henholdsvis 44,5 (15,0) og 48,9 (16,9) ved første besøg og 3mdr. follow-up for hofteartrosepatienterne og 44,4 (13,9) og 52,9 (16,3) for knæartrosepatienterne (Figur 7).

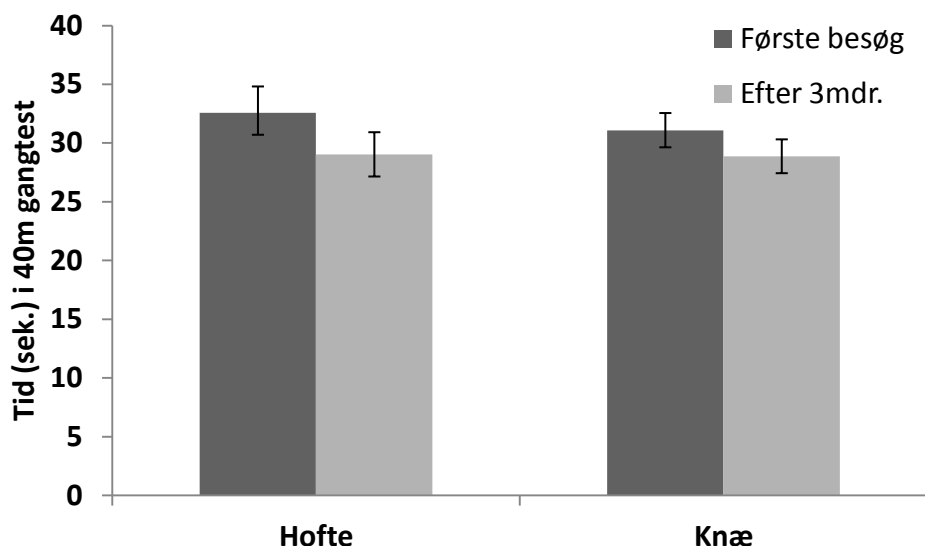


**Figur 7.** Gennemsnitlig livskvalitet (HOOS/KOOS QOL) ved første besøg og efter 3 mdr. 0 er værst mulig livskvalitet og 100 er bedst mulig livskvalitet. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval- 298 patienter indgår i analysen.



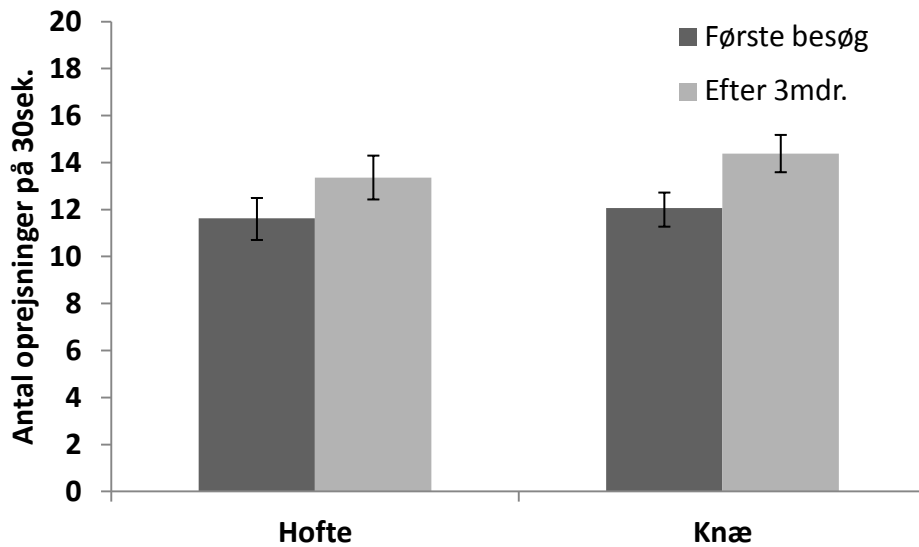
### Fysiske tests (n=195)

Tid i sek. anvendt til at gennemføre 40 m gangtest (SD) var henholdsvis 32,6 (8,3) og 29,0 (7,0) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hofteartrosepatienterne og 31,1 (9,0) og 28,9 (8,8) for knæartrosepatienterne (Figur 8). Ingen hoftepatienter anvendte ganghjælpemiddel under testen før GLA:D, 2 % anvendte det efter GLA:D. 3 % af knæpatienter anvendte ganghjælpemiddel under testen før GLA:D ingen anvendte det efter GLA:D.



**Figur 8.** Gennemsnitlig tid brugt til 40m gangtest ved første besøg og efter 3 mdr. En kortere tid indikerer et bedre resultat. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval. 195 patienter indgår i analysen

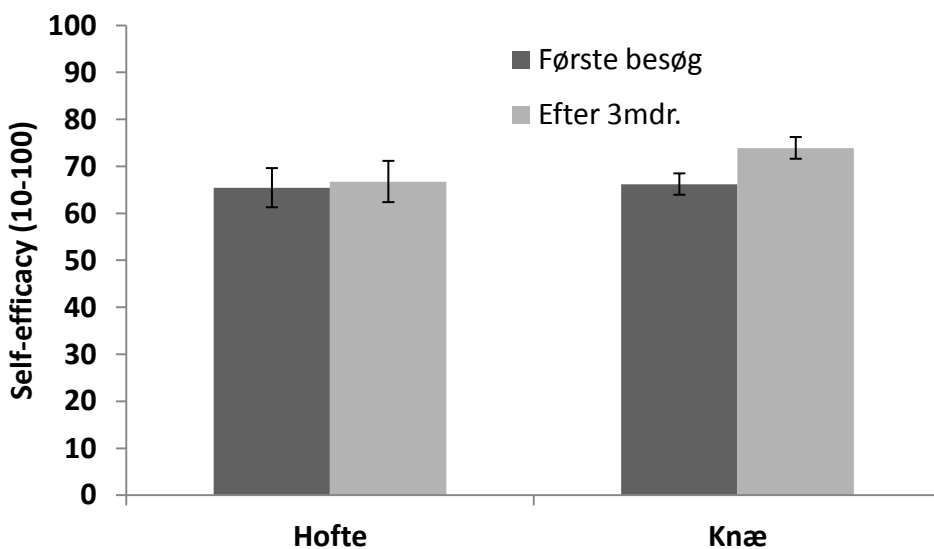
Antal gentagelser i 30 sek. rejse-sætte-sig-test (SD) var henholdsvis 11,6 (3,1) og 13,4 (3,5) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hofteartrosepatienterne og 12,1 (3,9) og 14,4 (4,8) for knæartrosepatienterne (Figur 9). 8 % af hoftepatienterne og 6 % af knæpatienterne var ved første besøg ikke i stand til at udføre minimum én oprejsning i den almindelige rejse-sætte-sig-test, hvorfor de lavede en modificeret version. Efter GLA:D kunne alle hoftepatienter udføre minimum én oprejsning i den almindelige rejse-sætte-sig-test, mens 3 % af knæpatienterne ikke var i stand til at udføre minimum én oprejsning.



**Figur 9.** Gennemsnitligt antal gentagelser i 30 sek. Rejse-sætte-sig-test ved første besøg og efter 3 mdr. Et højere tal angiver et bedre resultat. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval. 195 patienter indgår i analysen

### Self-efficacy (n=299)

Self-efficacy (SD; ASES) var henholdsvis 65,4 (18,0) og 66,8 (19,0) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hofteartrosepatienterne og 66,2 (17,5) og 73,9 (17,8) for knæartrosepatienterne (Figur 10).



**Figur 10.** Gennemsnitlig self-efficacy (ASES) ved første besøg og efter 3 mdr. Et højere tal angiver et bedre resultat. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval. 299 patienter indgår i analysen.

**BMI (n=288)**

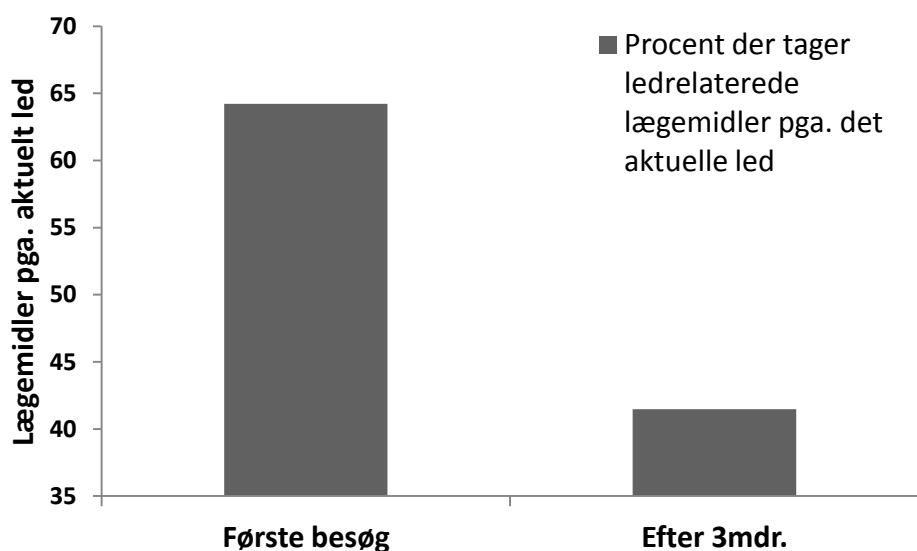
BMI (SD) var henholdsvis 26,4 (3,6) og 26,4 (3,5) ved første besøg og 3 mdr. follow-up for hoftartrosepatienterne og 28,9 (4,9) og 28,6 (4,8) for knæartrosepatienterne.

**Ønske om operation, brug af ledrelaterede lægemidler og sygemelding (n=288-300)**

Det er endnu for tidligt at evaluere på sygemelding, idet spørgsmålet går på sygemelding inden for det seneste år.

Ved første besøg tager 64,2 % ledrelaterede lægemidler pga. deres hofte-/knæartrose mens det ved 3 mdr. follow-up gør sig gældende for 41,5 % (figur 11).

Ved første besøg ønsker 15,3 % en operation, hvis de selv kunne vælge, mens det ved 3 mdr. gør sig gældende for 13 %.



**Figur 11.** Procentdel der tager ledrelaterede lægemidler pga. det aktuelle ledproblem ved første besøg og efter 3 mdr. 288 patienter indgår i analysen.

**8.2. Compliance (deltagelse) og tilfredshed med GLA:D (n=288-307)****Compliance (deltagelse)**

Af de patienter, der har været til 3 mdr. follow-up, har 14,6 % deltaget i uddannelsessession 3 med en artroseinformatør (ekspertpatient). 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.

I tabel 8 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 77-80% af knæ- og hoftepatienter har deltaget i superviseret holdtræning mindst 10 gange.

Antal træninger på hold	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
<b>Deltog ikke i holdtræning</b>	0,0 %	3,7 %
<b>1-6 træninger</b>	7,1 %	6,0 %
<b>7-9 træninger</b>	15,7 %	10,6 %
<b>10-12 træninger</b>	62,9 %	70,2 %
<b>Mere end 12 træninger</b>	14,3 %	9,6 %

**Tabel 8.** Antal holdtræninger for patienter i GLA:D-registeret. 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. 288 patienter indgår i analysen.

Størsteparten af patienter i GLA:D anvender det, de har lært i GLA:D (både patientuddannelse og træning) mindst hver dag. I tabel 9 ses en oversigt over hvor ofte den nye kundskab benyttes.

Hvor ofte anvendes det lærte?	Procentfordeling hofte	Procentfordeling knæ
<b>Aldrig</b>	1,4 %	0,4 %
<b>Hver måned</b>	0 %	0,9 %
<b>Hver uge</b>	40,5 %	27,9 %
<b>Hver dag</b>	45,9 %	51,5 %
<b>Flere gange dagligt</b>	10,8 %	18,0 %
<b>Ved ikke</b>	1,4 %	1,3 %

**Tabel 9.** Hvor ofte i deres hverdag anvender patienterne, det de har lært i GLA:D (både patientuddannelse og træning). 303 patienter indgår i analysen.

#### Tilfredshed med GLA:D

98,4 % af patienterne i GLA:D-registeret synes enten godt eller meget godt om GLA:D. De resterende 1,6 % synes hverken godt eller dårligt om GLA:D 307 patienter indgår i analysen.

## 9. Andre GLA:D-aktiviteter

Udover GLA:Ds tre dele (uddannelse af fysioterapeuter til at varetage GLA:D-kurser, uddannelse og træning af patienter og registrering i GLA:D-registeret) er et vigtigt genstandsfelt at skabe fokus på GLA:D blandt forskere, fysioterapeuter og andre faggrupper, patienter, politikere og journalister. Dette er vigtigt, idet omfattende evidens understreger, at udbredelse af kliniske retningslinjer kræver en flerstrengt indsats for at lykkes [12]. Derfor suppleres GLA:D-kurserne med andre initiativer for at gøre alle relevante parter opmærksomme på, hvor vigtigt patientuddannelse og træning er for denne patientgruppe for at reducere deres smerte og forbedre deres funktion og livskvalitet. Sideløbende med at den tværfaglige styregruppe og referencegruppe (se kapitel 9) arbejder for at udbrede kendskabet til GLA:D, foregår der således også en målrettet indsats for at udbrede det gode budskab.

### 9.1. Videnskabeligt og tværfagligt fokus

Som følge af GLA:D-pilotprojektet på Arkadens Fysioterapi i Aalborg startende i efteråret 2011 er der blev udarbejdet to videnskabelige artikler. Den første havde til formål at undersøge gennemførlighed og korttidseffekt (3 mdr.) af GLA:D og blev publiceret i Danish Medical Journal (DMJ) med resumé i Ugeskrift for Læger [14]. Derudover er resultaterne tidligere blevet præsenteret på en fysioterapeutisk (Fysisk aktivitet og træning som behandling - et forsknings- og udviklings-symposium for fysioterapeuter 2012) og en ortopædkirurgisk konference (DOS 2012). Den anden artikel er ligeledes indsendt til Danish Medical Journal og fokuserer på langtidseffekterne af GLA:D-pilotprojektet samt prædiktorer for denne effekt. Artiklerne er bevidst indsendt til DMJ/Ugeskrift for Læger, idet det vurderes at være den bedste mulighed for at udbrede kendskabet bredt blandt læger i Danmark, samtidig med at det rent videnskabeligt giver en vurdering af GLA:Ds berettigelse og muligheder i det danske sundhedsvæsen. Netop det evidensbaserede aspekt af GLA:D er væsentligt og anses som værende meget betydningsfuldt for at forbedre behandlingen af patientgruppen.

De praktiserende læger indtager en nøglerolle i udbredelsen af GLA:D på grund af deres centrale rolle i det danske sundhedsvæsen. Derfor var det et vigtigt skridt på vejen, da GLA:D blev introduceret som en del af et kursus om evidensbaseret artrosebehandling på Lægedage 2013, der er de praktiserende lægers største efteruddannelsesbegivenhed, hvor op mod 1/3 af alle praktiserende læger deltager. Kurset blev en stor succes med et overfyldt lokale af aktive og engagerede praktiserende læger (Figur 12), hvorfor kurset allerede nu er blevet inviteret tilbage til Lægedage 2014.



Figur 12. Rejse-sætte-sig-test, Lægedage 2013

## 9.2. Pilotprojekter i GLA:D

Vi har kendskab til to pilotprojekter iværksat af andre og støttet af eksterne midler:

### Pilotprojekt i fysioterapipraksis i Region Nordjylland

Fysioterapeut og praksiskonsulent i Region Nordjylland Marianne Kongsgaard iværksatte i foråret 2013 med støtte fra Samarbejdsudvalget for fysioterapi et nordjysk pilotprojekt med seks klinikker. Resultatet fra dette pilotprojekt er netop blevet afleveret og det viste, at GLA:D var gennemførligt og effektivt for de 69 patienter, der deltog i 3 mdr. follow-up, hvilket bekræfter fundene fra det allerførste pilotprojektet på Arkadens Fysioterapi. Samtidig viste forsøget en reduktion på 29 % af antal patienter, der tog ledrelaterede lægemidler og på 10 % i personer, der ønskede at blive opereret i det pågældende led. Dette fremhæver nogle af de spændende perspektiver, der er ved GLA:D.

### Pilotprojekt 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 er at udvikle en model for en proaktiv indsats i kommunalt regi, som er med til at mindske den sociale ulighed i behandling af hoft- og knæartrose. Det er planen, at 60 borgere med ingen eller korterevarende uddannelse skal deltage i projektet. En mindre lokal annoncering efter deltagere viste, at interessen og behovet for et sådant tilbud var stort. Indtil nu har to ud af fem hold af borgere gennemført 3 mdr. follow-up i projektet, som forventes at afsluttes i foråret 2014 med offentliggørelse af resultaterne i efteråret 2014.

## 9.3. Politisk og pressemæssigt fokus

Pilotprojektet i Hvidovre Kommune havde i efteråret 2013 besøg af Sundhedsminister Astrid Krag. Ved besøget blev projektet præsenteret og Sundhedsministeren fik mulighed for at møde nogle af borgerne i projektet.

Sundhedsministeren virkede meget interesseret i projektet og fik selv mulighed for at afprøve nogle af øvelserne (Figur 13).



Figur 13. Sundhedsministeren på besøg (foto: Gigtforeningen)

Der har været stor interesse fra flere forskellige medier for GLA:D. Efter pilotprojektet i Arkadens Fysioterapi var der i de lokale medier flere historier med patienter, der fortalt om den gode effekt af deres GLA:D-forløb. Efterfølgende har der været en række lokale og nationale avis-, TV- og

radioklip omkring GLA:D, bl.a. i TV-Avisen på DR1 den 19. august 2013 (Figur 14; <http://www.youtube.com/watch?v=rFbg9KYQ04Y>). Sideløbende med dette har også fagblade såsom Fysioterapeuten (<http://fysio.dk/Fysioterapeuten/Arkiv/2013/Et-sammenhangende-forlob-med-uddannelse-traning-og-evaluering-skal-hjalpe-mennesker-med-artrose/>) og Kiropraktoren (<http://www.nikkb.dk/artikler/forskning/GLA:D-godt-liv-med-artrose-i-danmark>) bragt historier om GLA:D.



Figur 14. GLA:D i TV-Avisen på DR1 (foto: Danmarks Radio)

## 10. Bevillinger

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

**Tabel 10.** Bevillinger i GLA:D

GLA:D håber i fremtiden at kunne nyde godt af flere fondsbevillinger, hvilket er en forudsætning for at opretholde kvaliteten af undervisning, behandling og registrering.



## 11. GLA:D – Afsluttende kommentarer

Det er endnu for tidligt at evaluere på kvalitetsindikatorer for GLA:D (se kapitel 5), idet der er brug for at fastlægge, hvilke indikatorer som skal bruges, og idet de første patienter først gennemgår follow-up efter 1 år i 2014, og idet GLA:D ved udgangen af 2013 kun bestod af 49 enheder. Til gengæld er det væsentligt at understrege, at GLA:Ds udvikling siden GLA:D-kurset og GLA:D-registerets opstart ultimo januar 2013 er gået meget stærkt. Derfor er der god grund til at tro, at der i løbet af de kommende år vil være et patientgrundlag, som muliggør en evaluering, og samtidig at målene forhåbentlig opnås.

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 2012 var der næsten 15.000 patienter registreret fra ca. 200 enheder i BOA [13]. Hvert år siden BOA-registerets opstart er både antal enheder og antal patienter fordoblet [13]. Der er god grund til at tro, at det samme vil ske i Danmark, med tanke på at der til de indtil nu to planlagte GLA:D-kurser i 2014 (januar og april) er 120 tilmeldte fysioterapeuter.

I en enhed i BOA udregnede man prisen af artroseskolen (inklusive 36 superviserede træninger) til at være 1.500 SEK/patient. Sammenholdt med en forbedring i EQ-5D på 0,03 for hofter og 0,04 for knæ efter 1 år i BOA kan man via en simpel beregning (pris/EQ-5D forbedring) udregne omkostningen for den svenske artroseskole til at være 50.000 SEK for hofte- og 37.500 SEK for knæartrose per kvalitetsjusteret leveår. Til sammenligning koster en total hoftealloplastik 194.000 SEK per kvalitetsjusteret leveår [13]. Den svenske artroseskole kan således siges at være cost-effective. De svenske resultater bekræftes af en stor engelsk randomiseret undersøgelse, der viste, at patientuddannelse og træning havde en høj sandsynlighed for at være cost-effective sammenlignet med usual care (80-100 %) efter 2½ år. Studiet fandt lavere udgifter til sundhedsydelse, medicin og socialydelse som følge af interventionen [18]. Fremtidige analyser af data fra GLA:D-registeret vil vise, om kombinationen af patientuddannelse og træning kan have en indflydelse på omkostningerne forbundet med artrose i Danmark for individet og samfundet.

På en ortopædklinik i Umeå i Sverige blev patienter med hofte- og knæartrose, der stod på venteliste til at se ortopædkirurgen tilbudt at gennemgå artroseskolen [19]. Tæt ved 2/3 af patienterne, der gennemgik artroseskolen, havde opnået så store forbedringer i deres symptomer, at de ikke længere ønskede at blive tilset af en ortopædkirurg, mens størsteparten af den resterende 1/3 blev opereret indenfor 1 år [19]. Svenske erfaringer kan naturligvis ikke direkte overføres til Danmark, da man må forvente variationer i henvisningsmønstre mellem landene. Til gengæld er det med til at understrege de mulige fordele ved at indføre GLA:D som et landsdækkende tilbud, som de fleste artrosepatienter bør gennemgå, inden de bliver tilset af en ortopædkirurg. Man kunne forestille sig, at det ville være med til at effektivisere sundhedsvæsenet, således at kun patienter, der ikke havde effekt af non-operativ behandling blev tilset af en ortopædkirurg. Denne tilgang ville være i overensstemmelse med de faglige

visitationsretningslinjer for knæartrose [8]. Samtidig ville det potentielt set måske kunne reducere antallet af besøg i sundhedsvæsenet og antallet af hofte- og knæoperationer i Danmark og sikre, at patienter, der gennemgår operation, er velinformerede og bedre forberedte både fysisk og psykisk.

## 12. Fakta om GLA:D og kontaktoplysninger

### 12.1. GLA:D-organisation og kontaktoplysninger

- Ansvarlig for GLA:D
  - Ewa M. Roos, professor og fysioterapeut, SDU
  - [eroos@health.sdu.dk](mailto:eroos@health.sdu.dk)
- Projektleder for GLA:D
  - Søren Thorgaard Skou, ph.d.-studerende og fysioterapeut, SDU og Ortopædkirurgisk Forskningsenhed, Aalborg Universitetshospital
  - + 45 23 70 86 40, [sots@rn.dk](mailto:sots@rn.dk); [www.GLAiD.dk](http://www.GLAiD.dk)
- Styregruppe (direkte ansvarlig for udbredelse og udvikling af GLA:D)
  - Tværfaglig, landsdækkende gruppe (8 personer; fysioterapi, ortopædkirurgi, almen praksis):  
Anders Odgaard, overlæge i ortopædkirurgi og dr.med., Gentofte Hospital  
Jens Ole Rasmussen, fysioterapeut, Gigt og Ryg i Odense  
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

## 12.2. Registrerede GLA:D-enheder

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

## 12.3 Databasepartner

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

## 12.4. 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 og 80 fysioterapeuter i GLA:D-registeret
  - 33.500kr. fra Danske Fysioterapeuter til udgifter forbundet med registeret og løn til projektleder

## 13. 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**:91-97.
- [2]. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1994; **84**:351-358.
- [3]. Dawson J, Linsell L, Zondervan K, Rose P, Randall T, Carr A, et al. Epidemiology of hip and knee pain and its impact on overall health status in older adults. *Rheumatology (Oxford)* 2004; **43**:497-504.
- [4]. Roos EM, Bliddal H, Christensen R, Hartvigsen J, Mølgaard C, Søgaard K, et al. FOREBYGGELSE AF SKADER OG SYGDOMME I MUSKLER OG LED. *Vidensråd for forebyggelse* 2013.
- [5]. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum* 2006; **54**:226-229.
- [6]. Hunter DJ. Lower extremity osteoarthritis management needs a paradigm shift. *Br J Sports Med* 2011; **45**:283-288.
- [7]. 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**:1125-1135.
- [8]. Sundhedsstyrelsen. Knæartrose – nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer. *Sundhedsstyrelsen* 2012.
- [9]. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; **16**:137-162.
- [10]. DeHaan MN, Guzman J, Bayley MT, Bell MJ. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines -- how are we doing? *J Rheumatol* 2007; **34**:2099-2105.
- [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**:225-231.
- [12]. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; **362**:1225-1230.
- [13]. Thorstensson C, Dahlberg L. [BOA annual report 2012] [In Swedish]. 2013; **3**.
- [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]. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; **69**:483-489.

[17]. 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; **66**:622-636.

[18]. Hurley MV, Walsh NE, Mitchell H, Nicholas J, Patel A. Long-term outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; **64**:238-247.

[19]. Thorstensson C, Dahlberg L. The BOA-register - Annual report 2008-2010. *Better Management of patients with OsteoArthritis (BOA)* 2011; **1**.

**G.L.A:D**  
Godt Liv med Artrose i Danmark