

Sluttrapport

Kvalitetsforbedringsprosjekt med bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Tidlig oppstart sykdomsmodifiserende behandling ved leddgikt

Prosjektansvarlig:	Ledergruppe NorArtritt
Prosjektleder:	Bjørg-Tilde Fevang og Solveig Hauge
Medisinsk kvalitetsregister som datakilde	Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer
Dato:	01.12.2025

Innhold

1	Sammendrag og konklusjon	3
2	Bakgrunn for prosjektet.....	3
3	Beskrivelse av prosjektet	4
3.1	Prosjektets overordnede mål	4
3.2	Konkrete mål.....	4
3.3	Tiltak/ intervensjon	4
3.4	Metode og arbeidsform.....	7
3.5	Utvalg	7
3.6	Faglig sammensetning av prosjektteam	7
3.7	Fremdriftsplan/milepælsplan.....	8
3.8	Oppfølging av deltagende avdelinger	9
4	Kvalitetsregisterdata og resultatmåling	9
4.1	Valgte kvalitetsindikatorer / variabler fra det aktuelle registeret	9
4.2	Metode for resultatmåling.....	9
5	Måloppnåelse/resultater	9
6	Prosjektgruppens evaluering	11
7	Deltagende avdelingers/enheters beskrivelse av gjennomføring	12
8	Vedvarende forbedring.....	12
9	Eventuelle opplysninger som vedrører registeret.....	13
10	Suksessfaktorer og utfordringer.....	13
11	Konklusjon	14
12	Rapportering til oppdragsgiver	14

Rapporten skal være oppdragsgiver i hende senest **3 mnd** etter prosjektslutt. Erfaringer og resultater fra prosjektet kan for øvrig fritt brukes av registeret til utarbeidelse av vitenskapelige publikasjoner o.l.

1 Sammendrag og konklusjon

Tidlig oppstart av sykdomsmodifiserende behandling (DMARDs) ved revmatoid artritt er avgjørende for å redusere sykdomsaktivitet, forebygge leddskade og bedre pasientenes livskvalitet. Nasjonale og europeiske retningslinjer anbefaler at behandling igangsettes senest innen to uker etter stilt diagnose, men registerdata viser at dette ikke oppnås ved mange norske revmatologiske avdelinger. NorArtritt initierte derfor et kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om at minst 80 % av pasientene skulle starte behandling innen 14 dager, eller alternativt oppnå en forbedring på minst 10 % ved avdelinger med lavere utgangspunkt.

Prosjektet ble gjennomført som et digitalt læringsnettverk, i samarbeid med NorVas, og ledet av forbedringsrådgiver Åse Lexberg. Tre revmatologiske avdelinger deltok (Haugesund Sanitetsforenings revmatismesykehus, Martina Hansens hospital og Ålesund sjukehus) og arbeidet med lokale tiltak som forbedrede rutiner for registrering, innføring av sjekklister, undervisning og bedre oppfølging av nydiagnostiserte pasienter. Resultatene viste blant annet at Haugesund allerede oppfylte behandlingsmålet, men hadde hatt mangelfull registrering. Martina Hansens hospital og Ålesund sjukehus oppnådde tydelig forbedring i registerinkludering og tid til første kontroll.

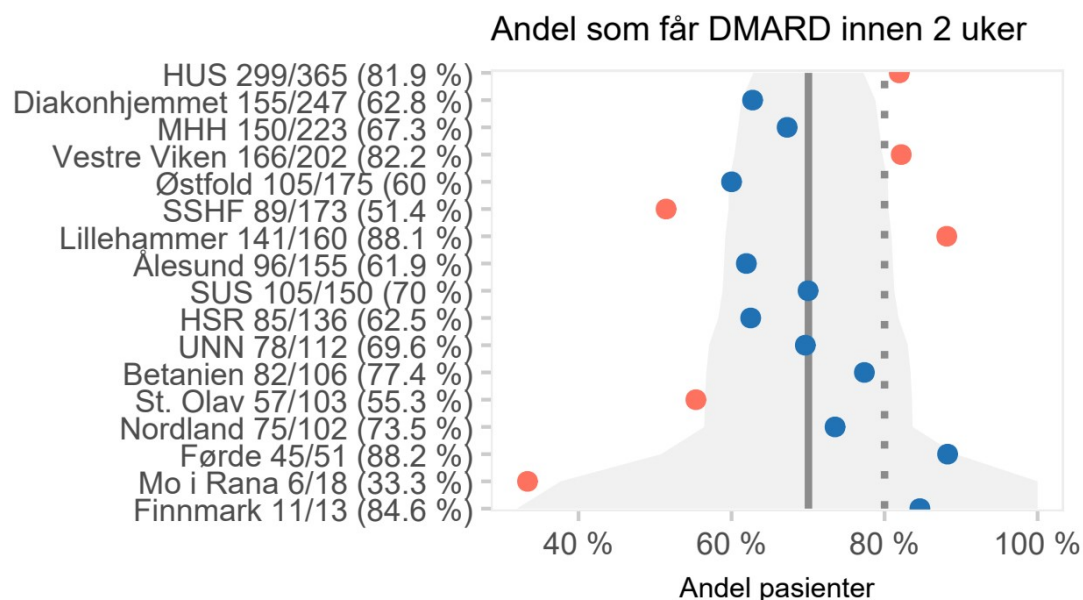
Prosjektet har styrket fokus på tidlig behandling, registerkvalitet og strukturerte pasientforløp. Arbeidsformen med læringsnettverk vurderes som vellykket og videreførbar.

2 Bakgrunn for prosjektet

Tidlig oppstart av sykdomsmodifiserende behandling (DMARDs) ved revmatoid artritt (RA) har vist seg å redusere sykdomsbyrde og gi mindre leddskade på sikt. Den nasjonale veilederen i revmatologi tar utgangspunkt i EULAR (European Alliance of associations for Rheumatology) sine behandlingsanbefalinger for RA fra 2019, ACR (American College of Rheumatology) sine anbefalinger for RA fra 2015 og Treat-to-Target (T2T)-initiativet. I tillegg er det i stor grad tatt hensyn til norsk klinisk praksis, og nasjonal erfaring med behandlingsstrategi basert på T2T. I den nasjonale veilederen er det angitt følgende vedrørende behandling av pasienter med revmatoid artritt: «DMARD-behandling startes straks diagnosen RA er avklart.» NorArtritt har derfor som kvalitetsmål at 80 % av pasienter med RA starter med et sykdomsmodifiserende medikament (DMARD) innen 2 uker etter at diagnosen ble stilt. Indikatoren gjelder både konvensjonelle syntetiske DMARDs, biologiske DMARDs og JAK-hemmere.

Både europeiske anbefalinger og den nasjonale veilederen i revmatologi anbefaler altså at DMARDs (vanligvis methotrexate) startes straks diagnosen RA er stilt. Som det fremgår i registerets årsrapport for 2024 og figur 1 under, viser det seg imidlertid at disse anbefalingene ikke alltid følges i daglig praksis, og at det er vesentlige forskjeller mellom de norske revmatologiske enhetene når det gjelder andelen som starter med et DMARD innen 2 uker etter diagnosetidspunktet.

Figur 1: Sammenligning mellom helseforetak i andel pasienter som startet med konvensjonelle syntetiske DMARDs, biologiske DMARDs eller JAK-hemmere innen 2 uker etter RA-diagnosen ble stilt. Den stiplede linjen representerer målet (minst 80 %). Gjelder pasienter med RA diagnostisert mellom 2020 og 2024.



De fleste avdelingene ligger under registerets mål om at 80 % av pasienter med RA starter med et sykdomsmodifiserende medikament (DMARD) innen 2 uker etter at diagnosen ble stilt, og NorArtritt startet dette kvalitetsforbedringsprosjektet med tanke på å øke andelen pasienter som tidlig kommer i gang med DMARDs-behandling.

3 Beskrivelse av prosjektet

3.1 Prosjektets overordnede mål

Tidlig oppstart med sykdomsmodifiserende behandling har vist seg å være avgjørende for sykdomsutvikling og prognose. Når flere pasienter starter riktig behandling tidlig nok, forventes bedre resultater. Det overordnede målet i prosjektet er således å oppnå lav sykdomsaktivitet eller remisjon og derved at pasientene i størst mulig grad unngår plager med smerter og stivhet og redusert livskvalitet, unngår komplikasjoner og langtids effekter (f.eks. leddskade) og unngår sykdomsrelatert for tidlig død.

3.2 Konkrete mål

I dette prosjektet hadde vi som konkret mål at minst 80% av pasienter med nydiagnostisert RA, ved avdelinger som deltok i kvalitetsforbedringsprosjektet, skulle starte med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter diagnosedato ved prosjektslutt. Ved enheter hvor få pasienter i utgangspunktet startet behandling innen 14 dager etter diagnose ble en forbedring på 10% satt til å være et akseptabelt mål. I noen tilfeller er det ikke indikasjon for å starte sykdomsmodifiserende behandling, f.eks. ved graviditet eller annen sykdom. Man kan

derfor ikke forvente at alle pasientene vil kunne starte behandling innen 14 dager, og registerets kvalitetsmål er utfra dette satt til 80 %.

Prosjektet startet i oktober 2024 og ble avsluttet på registerseminaret til de nasjonale kvalitetsregistre i revmatologi 16.10.2024.

3.3 Tiltak/ intervensjon

Prosjektet ble gjennomført som et digitalt læringsnettverk i regi av registeret. Læringsnettverket ble arrangert i lag med Norsk kvalitetsregister for vaskulittsykdommer (NorVas), og ledet av Åse Lexberg som er revmatolog og tidligere leder ved revmatologisk avdeling Drammen sykehus. Hun jobber nå som forbedringsrådgiver i kvalitetsavdelingen Vestre Viken, og har lang erfaring med forbedringsarbeid og ledelse av kvalitetsforbedringsprosjekt. Revmatologisk avdeling ved Martina Hansens hospital, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Ålesund sjukehus jobbet med kvalitetsforbedring med utgangspunkt i NorArtritt..

Tiltak/ intervensjon i regi av NorArtritt:

- NorArtritt utarbeidet høsten 2024 lokale kvalitetsrapporter for alle avdelinger hvor hver enkelt avdeling (avdelingsleder og lokale registerkontakter) fikk informasjon vedrørende antall og andel RA-pasienter som startet med behandling innen 2 uker etter en ny leddgiktsdiagnose og hvilke medikamenter som ble benyttet lokalt. Enhetens resultater ble sammenliknet med nasjonale tall, og det ble gitt tips til videre arbeid lokalt.
- På registerseminaret 16.10.24 fikk deltakerne en kort innføring i kvalitetsforbedringsmetodikk, ledet av Åse Lexberg. De satt så sammen avdelingsvis og diskuterte mulige årsaker til egne resultat med påfølgende idemyldring om tiltak som kunne gjøres, under ledelse av registrene.
- I etterkant av registerseminaret ble alle avdelingene invitert til å delta på et digitalt informasjonsmøte om læringsnettverket, og avdelinger som ønsket å delta meldte seg.
- Videre har NorArtritt, i samarbeid med NorVas og Åse Lexberg, hatt ansvaret med læringsnettverket; det vil si å:
 - Kalle inn til og lede alle digitale møter i læringsnettverket
 - Planlegge innholdet på de ulike møtene, og hvilke oppgaver/ deler av prosjektet det skulle jobbes med mellom hvert møte
 - Gi praktisk informasjon til de ulike deltagerne underveis og legge presentasjoner ut på hjemmesiden slik at deltagerne hadde tilgang til alt undervisningsmaterieil kontinuerlig
 - Hjelp til med tips og råd om innhenting av data underveis

Tiltak/ intervensjon i regi av de deltagende avdelingene:

- Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus
 - Satte som mål å øke andel med nydiagnostisert leddgikt som starter med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker fra 75 % til 85% innen desember 25
 - Følgende tiltak ble gjort
 - Kartlegge rutiner for GTI-registrering (GTI er et dataverktøy som brukes for innregistrering i registeret)
 - Spørreundersøkelse blant legene for å finne ut hvorfor ikke flere pasienter startet raskt på behandling
 - Utarbeide prioriteringsmatrise

- Gjennomgang av alle nyhenviste i 2024 som hadde fått diagnosen leddgikt
 - Denne gjennomgangen viste at hovedårsaken til at man i NorArtritt hadde registrert manglende oppstart av sykdomsmodifiserende medisin (DMARD) innen 14 dager, var enkelte registreringsfeil og at pasienter ikke ønsket medisiner i frykt for bivirkninger. Alle pasientene med nydiagnostisert RA fikk imidlertid tilbud om oppstart av DMARD innen 14 dager
 - Ut ifra dette resultatet har avdelingen jobbet videre med å forbedre registrering til registeret (via dataverktøyet GTI)
 - Laget mal for sykepleiere
 - Hatt undervisning for sekretærer
 - Laget inklusjonslapper for leger som en sjekkliste for inklusjon
- Martina Hansens hospital
 - Satte som mål å bedre inkluderingen av nydiagnostiserte RA-pasienter til minst 80 %.
 - Dette målet er i utgangspunktet litt utenfor rammene til forbedringsprosjektet. Registerledelsen tillot imidlertid avdelingene å velge forbedringsprosjekt ut ifra hva som opplevdes mest nyttig lokalt. I tillegg vil fokus på strømlinjeforming av registerinklusjon gi forbedring på alle registerets kvalitetsindikatorer på sikt, også indikatoren som måler andel som starter med sykdomsmodifiserende behandling innen 14 dager.
 - Følgende tiltak er gjort:
 - Laget laminerte huskelapper for registrering i registeret (via dataverktøyet GTI) og hva som skal registreres
 - Disse er lagt på alle legekantorene
 - Gjentatte påminnelser om registerregistrering/GTI og hva som skal registreres
 - Informasjon gitt både muntlig og gjentatt i «Whatsapp» gruppe
 - Undervisning på morgenmøter
 - Laget et legeskjema som skal fylles ut hos alle nydiagnostiserte pasienter, der inklusjon i NorArtritt og utfylling av variabler inngår som punkt.
- Ålesund sjukehus
 - Satte som mål at innen 31.08.25 skal 80 % av pasientene ved Ålesund sjukehus ha fått første kontroll innen 90 dager etter en ny leddgiktsdiagnose, og at 80 % av pasientene som får en leddgiktsdiagnose skal inkluderes i registeret samme dag som diagnosen blir stilt.
 - Dette målet er også i utgangspunktet litt utenfor rammene til forbedringsprosjektet. Registerledelsen tillot imidlertid avdelingene å velge forbedringsprosjekt ut ifra hva som opplevdes mest nyttig lokalt. Tid til første kontroll er en annen av registerets kvalitetsindikatorer som det er viktig å ha fokus på. I tillegg vil fokus på strømlinjeforming av registerinklusjon gi forbedring på alle registerets kvalitetsindikatorer på sikt, også indikatoren som måler andel som starter med sykdomsmodifiserende behandling innen 14 dager.
 - Følgende tiltak er gjort
 - Allmøte med hele avdelingen (og alle yrkesgrupper) med diskusjon av endringsideer.

- Ny «legelapp» (sjekkliste for leger med ruter for avkrysning. Listen leveres til sekretær etter timen).
 - På denne listen ble det satt inn et nytt punkt om inklusjon i NorArtritt og kontrolltime innen 90 dager (Sekretær fant da ny time til pasienten med en gang slik at pasientene blir prioritert)
- PDSA testing av endringsideer

3.4 Metode og arbeidsform

Kvalitetsforbedringsprosjektet ble i det store og hele gjennomført via et digitalt læringsnettverk hvor avdelingene som deltok i prosjektet møttes jevnlig til digitale møter (6 møter i løpet av prosjektperioden). Møtene ble ledet av registerledelsen i NorArtritt, hvor både registerets nestleder (Solveig Hauge) og registersykepleier (Tove Hatletveit) har gjennomført HelseVest sin regionale forbedringsutdanning. Møtene var oftest delt i 3 bolker

- 1) Teoretisk undervisning om kvalitetsforbedringsmetodikk. Undervisningen ble gitt av Åse Lexberg (se punkt 3.3).
- 2) Gjennomgang av oppgaver som ble gitt mellom hvert møte og som avdelingene hadde jobbet med lokalt.
 - a. Her fortalte hver avdeling om fremgang og utfordringer de hadde støtt på siden sist.
- 3) Mulighet for spørsmål og åpen diskusjon

Mellom hvert digitale møte fikk avdelingene oppgaver som de skulle jobbe med til neste møte. Oppgavene var tilpasset de lokale prosjektene, var knyttet til den teoretiske undervisningen og handlet om de ulike fasene i forbedringsarbeidet. F.eks var oppgaven en gang å finne ut endringsideer ved å lage driverdiagram, mens en annen gang omhandlet oppgaven å gjennomføre PDSA tester. På denne måten ble hver enkelt avdeling loyet gjennom prosjektene sine.

3.5 Utvalg

Pasientgruppen er pasienter over 18 år med inflammatorisk revmatisk leddsykdom (pasienter som skal inkluderes i NorArtritt). Ålesund sjukehus og Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus har hatt fokus på pasienter med leddgikt (RA)
 - Avdelingene som deltok var Martina Hansens hospital, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Ålesund sjukehus. Disse sykehusene var alle blant avdelingene som tidligere ikke har nådd målet om at 80 % av pasienter med nydiagnostisert leddgikt skal starte sykdomsmodifiserende medisin (DMARD) innen to uker.

3.6 Faglig sammensetning av prosjektteam

Forbedringsteam Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus:

- 1 LIS-lege
- 1 overlege
- 1 sykepleier
- 2 sekretærer
- I tillegg var avdelingsoverlege og avdelingssykepleier involvert

Forbedringsteam Martina Hansens hospital:

- 2 sykepleiere

- 2 overleger
- 2 sekretærer

Forbedringsteam Ålesund sjukehus:

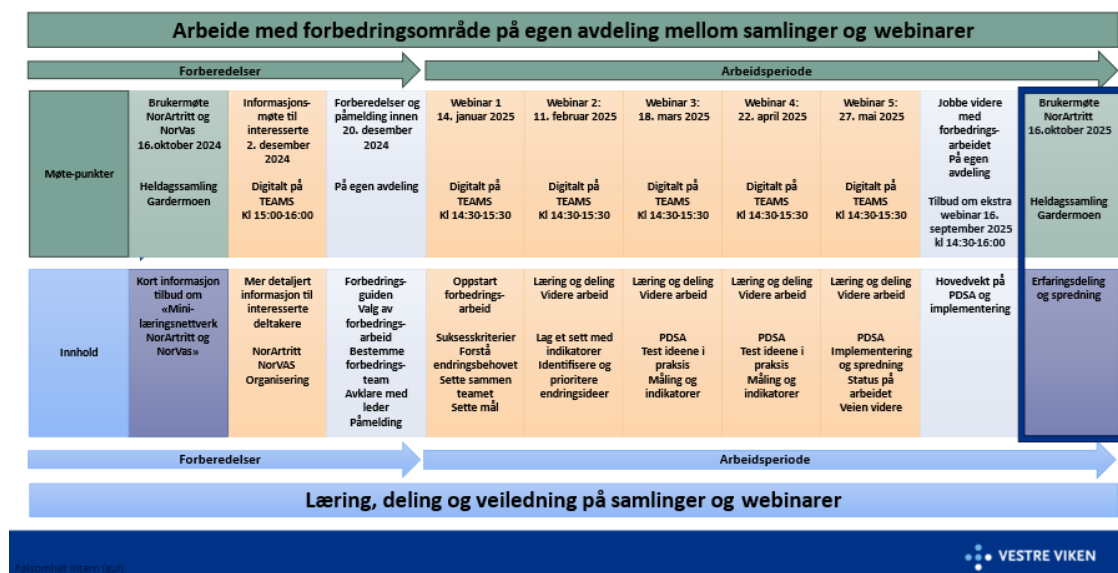
- 3 LIS leger
- 1 helsesekretær
- 1 sykepleier
- 1 overlege

3.7 Fremdriftsplan/milepælsplan

Prosjektet sine milepæler er summert opp i tabellen samt i bildet under.

ID	Milepæl	Start dato	Ferdig dato
	<i>Utsendelse sykehusviser resultat for kvalitetsindikatoren tidlig oppstart med behandling ved ny RA diagnose</i>	20.09.24	11.10.24
	<i>Seminar med første gruppearbeid</i>	16.10.24	16.10.24
	<i>Invitasjon til interesserte avdelinger + planlegging av første samling</i>	21.10.24	21.10.24
	<i>Digitalt informasjonsmøte for interesserte avdelinger (uforpliktende)</i>	02.12.24	02.12.24
	<i>Bindende påmelding til læringsnettverket</i>	02.12.24	20.12.24
	<i>Gjennomføring av digitalt minilæringsnettverk, til sammen 6 digitale samlinger</i>	14.01.25	16.09.25
	<i>Lokale presentasjoner for oppsummering av oppnådde resultat. Alle deltagende avdelinger la frem sitt arbeid på registermøte/brukermøte 16.10.25</i>	14.01.25	16.10.25
	<i>Ferdigstille rapport med samlet resultat alle avdelinger</i>	10.25	12.25

Læringsnettverk forbedringsarbeid NorArtritt og NorVas 2025



3.8 Oppfølging av deltagende avdelinger

Deltageravdelingene ble fulgt tett av prosjektledelsen gjennom deltakelse i læringsnettverket. Det var også lav terskel for å stille spørsmål og løfte problemstillinger mellom samlinger.

4 Kvalitetsregisterdata og resultatmåling

4.1 Valgte kvalitetsindikatorer / variabler fra det aktuelle registeret

Registerledelsen tok utgangspunkt i kvalitetsindikatoren som måler hvor stor andel av pasientene med nydiagnostisert leddgikt som får startet behandling med sykdomsmodifiserende medisin innen 14 dager. Bakgrunnen for dette valget er angitt i punkt 2.

Vi har imidlertid hatt lav terskel for å la avdelingene velge forbedringsprosjekt ut ifra hva som opplevdes mest nyttig lokalt. Tid til første kontroll er en annen av registerets kvalitetsindikatorer som det er nyttig å ha fokus på, da vi vet at tett oppfølging i starten etter en nydiagnostisert leddgiktssykdom fører til bedre resultat (lavere sykdomsaktivitet for pasienten) på lang sikt. Dette har vært fokusområde ved Ålesund sjukehus.

Fokus på strømlinjeforming av registerinkludering, som Martina Hansens hospital har jobbet med, vil gi forbedring på alle registerets kvalitetsindikatorer på sikt, også indikatoren som måler andel som starter med sykdomsmodifiserende behandling innen 14 dager.

4.2 Metode for resultatmåling

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus:

- Kartlegging av baselinemålinger:
 - Hentet ut liste fra DIPS med alle nyhenviste i 2024 som ble kodet med enten seropositiv eller seronegativ RA
 - Hentet ut liste fra dataverktøyet GTI med alle nydiagnostiserte leddgiktsdiagnoser fra 2024
 - La dette inn i excel, sammenlignet resultat og fant at nydiagnostiserte fikk behandlingen de skulle, men at innrapporteringen tidvis var feil/mangelfull.
- Planlagt å gjøre det på samme måte under prosjektperioden, men siden pasienten allerede fikk behandlingen de skulle valgte man deretter å ha fokus på rutiner for registrering, da det var dette som var årsaken til dårlige resultat.

Martina Hansens hospital:

- Telte antall pasienter med ny RA som ble lagt inn i registeret før (baseline) og etter intervensjon

Ålesund sjukehus:

- Gikk manuelt inn i alle pasienter på poliklinikken og registrerte alle nye RA-pasienter. Sjekket når og om de ble inkludert og hvor mange dager de hadde til inkludering til første kontroll. Dette ble gjort både før prosjektperioden startet (baseline) og gjennom hele prosjektperioden. (for måling av endring)

5 Måloppnåelse/resultater

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus:

- Ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus har man arbeidet målrettet for å øke andelen pasienter med nydiagnostisert leddgikt som starter behandling med sykdomsmodifiserende medisiner (DMARDs) innen 14 dager til over 80 %. For å kartlegge årsaker til eventuelle forsinkelser i behandlingsoppstart ble alle pasienter som fikk diagnosen leddgikt i 2024 gjennomgått. Denne gjennomgangen viste at hovedårsaken til at man i NorArtritt hadde registrert manglende oppstart av DMARD innen 14 dager, var enkelte registreringsfeil og at pasienter ikke ønsket medisiner i frykt for bivirkninger. Ved gjennomgang av journal fant man at det var 28 nyhenviste pasienter med RA i 2024. 26 (93%) startet DMARDs behandling innen 14 dager, men dette var altså ikke alltid registrert i registeret. Arbeidet har ført til et betydelig økt fokus på å bedre mangler i registreringen, og bekrefter at Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus i praksis oppfyller målet om rask behandlingsoppstart etter ny RA diagnose, da over 90 % av pasientene har startet DMARD innen 14 dager.

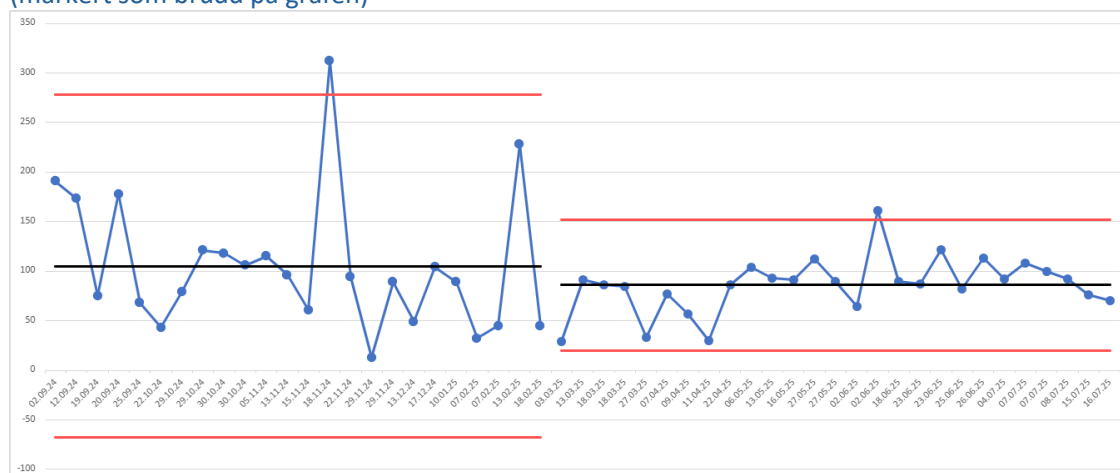
Martina Hansens hospital:

- Ved Martina Hansens hospital hadde man satt som mål å bedre inkluderingen av nydiagnostiserte leddgiktspasienter til minst 80 %. Imidlertid fikk man aldri til å telle opp antall pasienter med nydiagnostisert leddgikt i sykehusjournalen. Dermed manglet det et sammenligningsgrunnlag for å kunne si hvor stor andel av disse pasientene som også var registrert i registeret via dataverktøyet GTI. Tiltak for å øke inklusjon til registeret ble innført i løpet av første halvår av 2025. Man valgte til slutt da å sammenligne antall nydiagnostiserte leddgiktspasienter i registeret per måned fra januar til mars (før tiltak) med andel nydiagnostiserte leddgiktspasienter i registeret fra 10-09.25 til 09.10.25 (etter tiltak). Antall pasienter inkludert per måned med nydiagnostisert leddgikt økte fra 5,3 før tiltaksperioden til 8 etter tiltaksperioden.

Ålesund sjukehus:

- Ved Ålesund sjukehus hadde man som mål at 80 % av pasientene med nydiagnostisert leddgikt skulle få første kontroll innen 90 dager etter diagnose innen 31.08, og at 80 % av pasientene som fikk en leddgiktsdiagnose skulle inkluderes i registeret samme dag som diagnosen blir stilt innen samme tidsfrist. Selv om man ikke helt nådde målene, oppnådde man en klar bedring av begge forbedringsområder. Resultatene vises under:

Antall dager til kontroll for nydiagnostiserte leddgiktspasienter før og etter tiltak (markert som brudd på grafen)



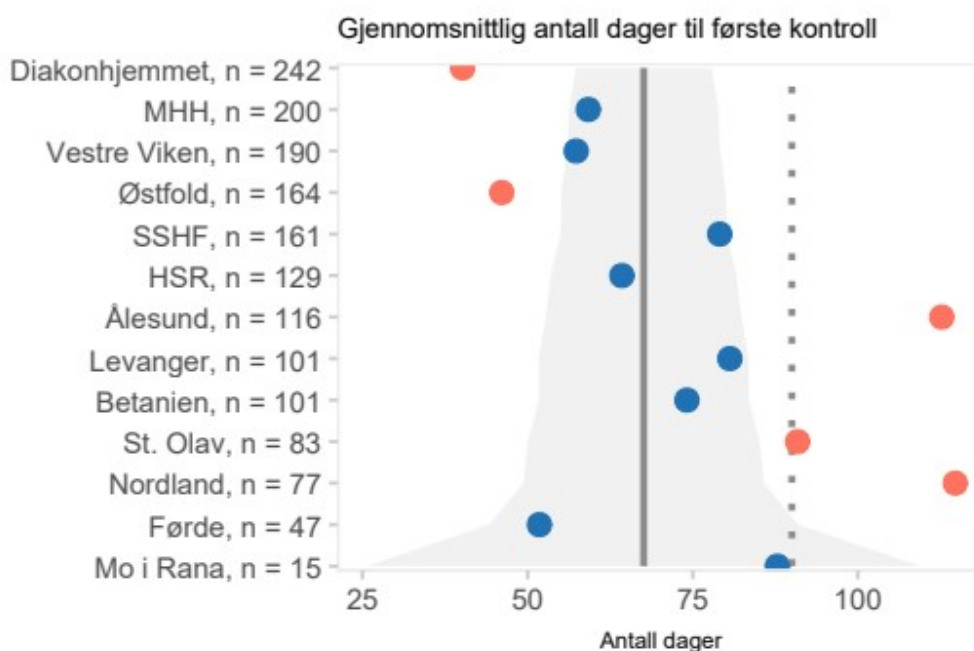
○

○

	Fra september - februar	Fra mars - juli
Antall nye RA pasienter som blir registrert i <u>NorArtritt</u> ved diagnose.	31%	52%
Antall nye RA pasienter som får kontrolltime innen 90 dager	50%	56%
Gjennomsnittlig antall dager til kontroll	105 dager	86 dager

Det er ikke mulig å beskrive et samlet resultat for de ulike avdelingene som deltok i prosjektet, da problemstillingene ikke er sammenlignbare. Måloppnåelse per avdeling for oppstart av sykdomsmodifiserende medisiner (DMARDs) innen 14 dager etter ny leddgiktsdiagnose er vist under punkt 2 (tall fra 2024).

Når det gjelder gjennomsnittlig antall dager fra ny leddgiktsdiagnose til første kontroll er dette en av registerets kvalitetsindikatorer. Registeret har som mål at pasientene får sin første kontroll innen 90 dager. Grafen under viser resultater avdelingsvis i 2024. Ålesund har gått fra å ha målinger over ønsket målområde til å nå dette målet.



6 Prosjektgruppens evaluering

Dette er første gang vi gjennomfører et prosjekt i dette formatet, og vi er totalt sett svært fornøyd med gjennomføring og innsats til de deltagende avdelingene. Følgende har fungert svært bra:

- Å gjennomføre et digitalt informasjonsmøte om prosjektet slik at man kunne få gitt litt mer konkret informasjon uten at det var forpliktene for de som deltok. Dette senker terskelen for å til slutt delta i prosjektet.
- Samarbeidet med andre kvalitetsregistre, i vårt tilfelle NorVas. Det er mye arbeid med et slikt prosjekt, og et slikt samarbeid har vært en udelt glede.
- Å starte et læringsnettverk for å løse avdelingene gjennom prosjektet
 - Dette ble svært vellykket, da de lokale prosjektdeltagerne fikk hjelp til stegvis gjennomføring av prosjektet sitt koordinert med teoretisk innføring i forbedringsmetodikk underveis
 - Å knytte til seg noen som har lang og bred erfaring med forbedringsmetodikk og veiledning av forbedringsarbeider, og som samtidig er en fagperson som vet hvor skoen trykker i det virkelige liv. I vårt tilfelle har Åse Lexberg vært til uvurderlig hjelp
- Å kreve at alle deltagende avdelingene skulle presentere arbeidet sitt på registerseminaret til NorArtritt/NorVas høsten 2025. Det gjorde at de deltagende avdelingene fikk litt ekstra press på seg til å presentere sine arbeid.

Vi ser også at vi nok har en del forbedringspotensial med tanke på fremtidige prosjekt.

- Det har ikke vært mulig for registeret å hjelpe til å hente ut lokale tall underveis, da NorArtritt ikke er tilknyttet rapporteket og ikke har statistikerhjelp nok til å kunne hente ut slike tall så hyppig som er nødvendig for et kvalitetsforbedringsprosjekt. Alle de deltagende avdelingene har derfor måttet hente ut egne tall manuelt. Om vi en gang kommer på rapporteket vil dette bli et mindre problem.
- Vi hadde et kvalitetsprosjekt som omhandlet tidlig oppstart av medikamentell behandling ved ny leddgiktsdiagnose. Flere av de lokale avdelingene valgte imidlertid å jobbe med andre prosjekt. Vi erfarte at det var mer motiverende for avdelingene å få jobbe med prosjekt som føltes nyttige lokalt. I fremtiden vil vi nok være litt løsere med problemstilling initialt slik at avdelingene kan få velge å jobbe med en av registerets syv kvalitetsindikatorer.

7 Deltagende avdelingers/enheters beskrivelse av gjennomføring

Alle deltagende avdelinger hadde god ledelsesforankring, og alle ledere var inkludert i avgjørelsen om gjennomføring av lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt. Dette var satt som vilkår for å få delta i læringsnettverket.

Dette punktet ivaretas ellers i vedlagte powerpoint der alle avdelingene har presentert sine prosjekt. Presentasjonene ble holdt på det årlige registerseminaret til NorArtritt 16.10.25.

8 Vedvarende forbedring

NorArtritt arbeider med vedvarende kvalitetsforbedring på flere ulike måter. I årsrapport og lokale kvalitetsrapporter får hver enkelt avdeling informasjon om sine resultat og kan dermed

selv følge med på om forbedring vedvarer etter prosjektperioden. Registerledelsen presenterer også resultatene i ulike fora, blant annet i møter med ulike avdelinger og på det årlige møtet i Norsk revmatologisk forening hvor leger fra alle landets sykehus deltar. Vi vil her også informere om muligheten til å delta i senere læringsnettverk for kvalitetsforbedring i regi av registrene. Alle de deltagende avdelingene presenterte arbeidene sine på registerseminaret i oktober 25.

9 Eventuelle opplysninger som vedrører registeret

- Alle deltagende avdelingene presenterte arbeidene sine på registerseminaret i oktober 25. Dette ble svært godt mottatt og ble den delen av seminaret som fikk aller best evaluering.
- Prosjektet har avdekket at det ikke alltid skyldes dårlig etterlevelse av nasjonale anbefalinger om man skårer dårlig på en kvalitetsindikator, men at mangelfull innrapportering til registeret også kan spille en rolle (slik som vist i prosjektet ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus)

10 Suksessfaktorer og utfordringer

5 utfordringer:

- Å få avsatt tid på de lokale avdelingene til å arbeide med prosjektet i en hektisk sykehushverdag, selv om det i utgangspunktet er gitt midler til frikjøp
- Å få med seg hele avdelingen på prosjektet og ikke bare prosjektgruppen
- Å styre avdelingene til å jobbe mot et fastsatt prosjekt når det egentlig er andre prosjekt som føles mer nyttig lokalt
- At registeret ikke har anledning til å gi ut lokale tall på grunn av manglende statistikerhjelp og treghet med å få opprettet et rapportek til NorArtritt
- At arbeidet med å tilrettelegge et slikt nasjonalt prosjekt tar mye tid også for registerledelsen, og at rapporteringen i etterkant kjennes uforholdsmessig detaljert og tidkrevende

5 suksessfaktorer:

- Å gjennomføre et digitalt informasjonsmøte om prosjektet slik at man kunne få gitt litt mer konkret informasjon uten at det var forpliktene for de som deltok. Dette senker terskelen for å til slutt delta i prosjektet
- Samarbeidet med andre kvalitetsregistre, i vårt tilfelle NorVas. Det er mye arbeid med et slikt prosjekt, og et slikt samarbeid har vært meget nyttig
- Å starte et læringsnettverk for å løse avdelingene gjennom prosjektet
 - Dette ble svært vellykket, da de lokale prosjektdeltagerne fikk hjelp til stegvis gjennomføring av prosjektet sitt koordinert med teoretisk innføring i forbedringsmetodikk underveis

- Å knytte til seg noen som har lang og bred erfaring med forbedringsmetodikk og veiledning av forbedringsarbeider, og som samtidig er en fagperson som vet hvor skoen trykker i det virkelige liv. I vårt tilfelle har Åse Lexberg vært til uvurderlig hjelp
- Å kreve at alle deltagende avdelinger skulle presentere arbeidet sitt på registerseminaret til NorArtritt/NorVas høsten 2025. Det motiverte til å slutføre og presentere resultatene

11 Konklusjon

Vi er svært fornøyde med gjennomføringen av prosjektet. Alle deltagende avdelinger har jobbet godt. Vi er særlig fornøyde med å gjennomføre prosjektet ved å lage et digitalt læringsnettverk, noe som også har gitt deltagende avdelinger en innføring i kvalitetsforbedringsmetodikk som kan komme til nytte ved senere prosjekt. Selv om resultatene ikke var like grensesprengende ved alle avdelinger, oppnådde alle forbedringer på enkelte punkt, og ved alle avdelinger vil det økte fokuset på registeret og registreringen være noe som er nyttig fremover.

12 Rapportering til oppdragsgiver

Oppdragsgiver er Interregional styringsgruppe på vegne av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE handler på vegne av oppdragsgiver.

Oppdragsgiver har oppnevnt følgende kontaktperson som sluttrapporten sendes til per e-post:

Marianne Nicolaisen

Rådgiver, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

SKDE - senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Helse Nord RHF

Mob. +47 913 65 951

E-post; Marianne.Nicolaisen@helse-nord.no

Rapporten skal være oppdragsgiver i hende senest **3 mnd** etter prosjektslutt.

Samlet prosjektrekningskap skal inkluderes som **vedlegg**.