

Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)

21. august 2026

Årsrapport for 2025
med plan for forbedringstiltak

Innhold

1 Sammenheng	4
1.1 Summary in English	6
2 Resultater	8
2.1 Kvalitetsindikatorer	9
2.1.1 Tidlig oppstart medikamentell behandling - andel	10
2.1.2 Tidlig oppstart medikamentell behandling - gjennomsnitt	14
2.1.3 «Tight control» - tid fra diagnose til første kontroll - andel	18
2.1.4 «Tight control» - tid fra diagnose til første kontroll- gjennomsnitt	22
2.1.5 Remisjon hos pasienter med revmatoid artritt ved 1-årskontroll	26
2.1.6 Sykdomsaktivitet og remisjon hos pasienter med psoriasisartritt ved 1-årskontroll	30
2.1.7 Sykdomsaktivitet og remisjon hos pasienter med aksial spondyloartritt ved 1-årskontroll	34
2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	38
2.2.1 MHAQ- funksjon blant pasienter med revmatoid artritt	38
2.2.2 RAND-12- Livskvalitet blant pasienter med artrittsykdom	40
2.3 Andre analyser	43
2.3.1 Medikamentbruk	43
2.3.2 Sykdomsaktivitet før oppstart av biologiske- og målrettede syntetiske DMARDs .	54
2.3.3 Måling av sykdomsaktivitet	57
3 Registerbeskrivelse	67
4 Datakvalitet	74
4.1 Tilslutning og antall registreringer	74
4.2 Dekningsgrad og responsrate	75
4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad	75
4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad	75
4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data	75
4.3 Vurdering av datakvalitet	79
4.3.1 Variabelkomplethet	79
4.3.2 Variabelkorrekthet	80
4.3.3 Reliabilitet	81
4.3.4 Overordnet vurdering av funn i datakvalitetsundersøkelsene	83

5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	86
5.1	Identifiserte forbedringsområder	86
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	87
6	Formidling av resultater	91
7	Samarbeid og forskning	92
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	92
7.2	Datautleveringer fra registeret	93
7.3	Vitenskapelige artikler	93
8	Referanser til vurdering av stadium	95
8.1	Vurderingspunkter	95
9	Utvikling av registeret	97
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	97
9.2	Planer og behov	98
10	Litteratur	101

Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
ACPA	Anti-citrullinated protein autoantibodies / Anti-citrullinert peptid-antistoff
ACR	American College of Rheumatology
Anti-CCP	Antistoffer mot syklisk citrullinert peptid
Anti-TNF	Tumor nekrose faktor-alfa-hemmere
AS	Ankyloserende spondylitt
ASAS	Assessment of SpondyloArthritis international Society
ASDAS	Ankylosing spondylitis Disease Activity Score
AxSpA	Aksial spondyloartritt
BASDAI	Bath ankylosing spondylitis disease activity index
bDMARDs	Biologiske DMARDs
CDAI	Clinical disease activity index / Klinisk sykdomsaktivitetsindeks
CRP	C-reaktivt protein
csDMARDs	Conventional synthetic DMARDs / konvensjonelle syntetiske DMARDs
DAPSA	Disease activity in psoriatic arthritis
DAS-28	Disease activity score 28 joints
DMARDs	Disease modifying anti-rheumatic drugs / Sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler
DPIA	Data Protection Impact Assessment / Vurdering av personvernkonsekvenser
EULAR	The European Alliance of Associations for Rheumatology
GTI	GoTreatIT (dataverktøy)
HEMIT	Helse midt-norge IT
HP	Helseplattformen
IS-ledd	Iliosakralledd
MCS	Mental component summary (mental helse, RAND-12)
MDA	Minimal disease activity
MHAQ	Modified health assessment questionnaire
MRS	Medisinsk registreringssystem (datafangstplattform for NorArtritt)
NorArtritt	Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer
NorVas	Norsk vaskulittregister og biobank
NRF	Norsk Revmatologisk Forening
NSAIDs	Non-steroidal anti-inflammatory drugs / non-sterioide anti-inflammatoriske legemidler
PCS	Physical component summary (fysisk helse, RAND-12)
PREM	Patient Reported Experience Measures / Pasientrapporterte erfaringsmål

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL O.1: ... fortsettelse fra forrige side

PROM	Patient Reported Outcome Measures / Pasientrapporterte resultatmål
PsA	Psoriasisartritt
RA	Revmatoid Artritt
RevNatus	Kvalitetsregister for svangerskap og revmatiske sykdommer
RF	Revmatoid faktor
SDAI	Simplified Disease Activity Index
SpA	Spondyloartritt
SR	Sedimentation rate / senkning
T2T	Treat-to-target
tsDMARDs	Targeted synthetic DMARDs / målrettede syntetiske DMARDs
VAS	Visuell analog skala

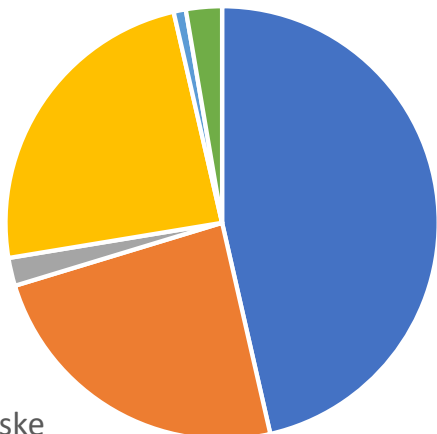
NØKKELTALL NORARTRITT 2025

Antall inkluderte pasienter: 44773

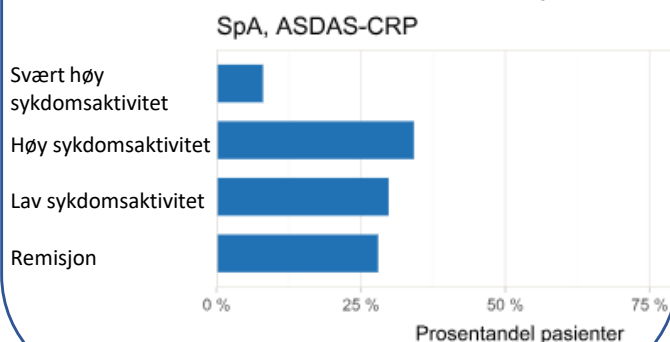
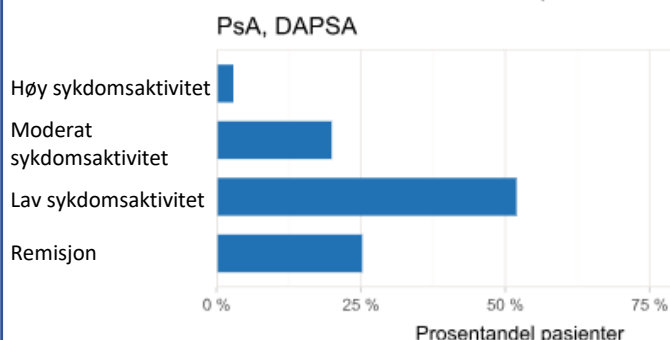
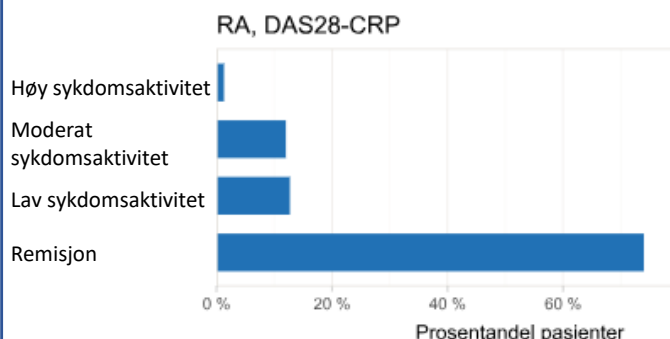
Total dekningsgrad (2026): 76,2 %

Diagnosefordeling

- RA
- PsA
- Aksial PsA
- SpA
- JIA
- Andre kroniske artrittr



Sykdomsaktivitet for pasienter med RA, PsA og SpA, målt i 2025



KVALITETSINDIKATORER

Revmatoid artritt (RA)

Andel som startet medikamentell behandling innen 2 uker etter diagnose

73,8 % Målnivå $\geq 80\%$

Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende behandling

11,7 Målnivå ≤ 14 dager

Andel som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose

70,3 % Målnivå $\geq 80\%$

Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til første kontroll

48,5 Målnivå ≤ 90 dager

Andel i ACR/EULAR sykdomsremisjon 1 år etter diagnose

31,2 % Målnivå $\geq 40\%$

KVALITETSINDIKATOR

Psoriasisartritt (PsA)

Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved DAPSA 1 år etter diagnose

8,1 Målnivå ≤ 14

KVALITETSINDIKATOR

Spondyloartritt (SpA)

Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved ASDAS-CRP 1 år etter diagnose

1,9 Målnivå $< 2,1$

1 Sammendrag

Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt) er blitt et veletablert register som dekker brorparten av pasientene med inflammatorisk leddsykdom i landet. I 2025 fikk vi innført reservasjonsbasert inklusjon i tre av fire helseregioner. Løsningen innebærer at pasienter som diagnostiseres med aktuell diagnose eller møter til kontroll for denne, automatisk inkluderes i NorArtritt, forutsatt at de registreres i GoTreatIT. Pasientene kan velge å reservere seg og blir informert om denne muligheten via selvregistreringen samt i et eget informasjonsskriv. Løsningen har allerede bidratt til økt inklusjon, men den fulle virkningen vil komme gradvis ettersom inklusjonen forutsetter en gjennomført konsultasjon med registrering i GoTreatIT.

Datakvaliteten til NorArtritt er god, og resultatene kan regnes som representative for pasientpopulasjonen. Selv om andel pasienter med revmatoid artritt (RA) som oppnår ACR/EULAR-remisjon ved ettårskontroll er rundt 30 % og dermed litt lavere enn måltallet, ser vi at over 80 % av pasientene er i remisjon eller har lav sykdomsaktivitet målt ved DAS28-CRP ved siste kontroll i 2025. Tilsvarende resultat oppnås for CDAI og SDAI, som er nye analyser i årsrapporten. For psoriasisartritt (PSA)-pasienter og pasienter med aksial spondyloartritt (axSpA) oppnår de aller fleste avdelingene registerets mål om gjennomsnittlig lav sykdomsaktivitet eller remisjon ved ettårskontroll. Hos voksne pasienter med juvenil idiopatisk artritt (JIA) presenteres sykdomsaktivitet ved siste kontroll for første gang i år. Her er over 80 % av pasientene i DAS28-CRP remisjon.

Når det gjelder behandling viser vi blant annet medikamentoverlevelse av biologiske legemidler og tsDMARDS, med funn av klare forskjeller i langtidsoverlevelse mellom preparatene. Årets rapport gir også en oversikt over sykehusvis bruk av biologiske medikament og tsDMARDS for PSA- og SpA- pasienter, i tillegg til for RA-pasienter. Bruken av disse medikamentene varierer betraktelig mellom de ulike avdelingene, uten at man kan si noe sikkert om betydningen av- eller årsaken til dette.

I 2025 arrangerte registerledelsen et digitalt læringsnettverk for avdelinger som ønsker å jobbe med lokale kvalitetsforbedringsprosjekt med utgangspunkt i NorArtrittdata. Nettverket ble ledet av Åse Lexberg, som er revmatolog med omfattende kunnskap innen forbedringsmetodikk og kvalitetsforbedringsarbeid. Flere avdelinger deltok med prosjekter, og arbeidet har blant annet resultert i økt selvregistrering og kortere tid til første kontroll etter diagnose ved ulike avdelinger. Også vi i registerledelsen hadde stor glede av dette samarbeidet og fikk nyttig erfaring med bruk av forbedringsmetodikk.

Når data skal brukes i forskning og kvalitetsarbeid er det avgjørende at de er av god kvalitet. Vi har derfor det siste året gjennomført en reliabilitetsanalyse, der leger fra alle helseregioner har bidratt.

Analysen viser hovedsakelig god reliabilitet, men avdekket usikkerhet knyttet til et par variabler som vi vil jobbe videre med.

Fire vitenskapelige artikler, basert helt eller delvis på data fra NorArtritt, ble publisert i 2025, ett doktorgradsarbeid ble ferdigstilt, og to kandidater fikk tildelt Helse Vest doktorgradsstipend til forskning med utgangspunkt i NorArtritt-data. Dette er en fin utvikling, ettersom bruk av data til forskning er ett av registerets sentrale formål.

Det er fortsatt utfordringer med Helseplattformen (HP) som innregistreringsverktøy for NorArtritt. Vi har imidlertid utviklet et godt samarbeid med gruppen som arbeider med løsningen, og er optimistiske med tanke på å få på plass endringer som vil forenkle registerregistrering. Vi har også nylig ferdigstilt en [veileder](#)¹ for registrering via HP, og håper denne vil være nyttig. Vi i registerledelsen ser derfor lyst på utviklingen og ser frem til videre samarbeid med revmatologer i det ganske land.

*Björg-Tilde Svanes Fevang
Solveig Hauge
Endre Kvåle Evjen*

¹<https://www.helse-bergen.no/490129/contentassets/f3edbf5f20014362a621e1cae86bcd88/praktisk-veileder-registrering-til-norartritt-via-hp.pdf>

1.1 Summary in English

The Norwegian Arthritis Registry is a well-established quality register covering the majority of patients with chronic inflammatory joint diseases in Norway. In 2025 we went from including patients based on informed consent to reservation-based inclusion in three out of four health regions. This means that all patients having one of the specified diagnoses are automatically included provided they are registered on the GoTreatIT platform. This has, to some degree, already improved coverage, but we expect further improvement as the inclusion requires that data are registered in relation to a consultation at the rheumatology unit.

Although only 30 % of patients with rheumatoid arthritis (RA) had reached ACR/EULAR remission one year postdiagnosis, more than 80 % were in DAS28-CRP remission or low disease activity at their last visit in 2025. Similar results were seen for CDAI and SDAI, which are presented for the first time in this year's annual report. For patients with psoriatic arthritis (PSA) the results are similarly good with all departments reaching the target of mean low disease activity or remission at one year. Somewhat more variation between the departments was seen for patients with axial spondyloarthritis (axSpA), although the overall results were good. For the first time we present data regarding adult patients with juvenile idiopathic arthritis in whom more than 80 % were in DAS28-CRP remission in 2025.

Also new is the analysis of drug adherence for biologic as well as JAK inhibitors, showing significant differences in long term drug survival. Furthermore, we present the use of bDMARDs and tsDMARDs for patients with PSA and SpA, in addition to RA, which has been presented previously, and we see a marked variation in the use of these drugs between departments.

During 2025 we completed several improvement projects in cooperation with local teams at three different rheumatology departments. The projects were supervised by Åse Lexberg, who, in addition to being an expert in quality improvement methodology, is also a specialist in rheumatology. She guided the local teams through monthly webinars, which proved immensely useful for all participants, including the register staff.

The year 2025 was also a peak year for research based on data from the register, with four published articles, one completed PhD, and two accepted applications for PhD scholarships using NorArtritt data.

Unfortunately, there are still some difficulties using the Health Platform (Helseplattformen) as a registration tool at the three departments within the Central Norway Health Region. However, we have established a good cooperation with the developers and have also prepared a manual for registration of data using the Health Platform, which we hope will contribute to better and more complete registration in the future. Consequently, we anticipate a continued positive

development of the registry, where data may be used to improve quality in the clinic and to form the basis of future research projects.

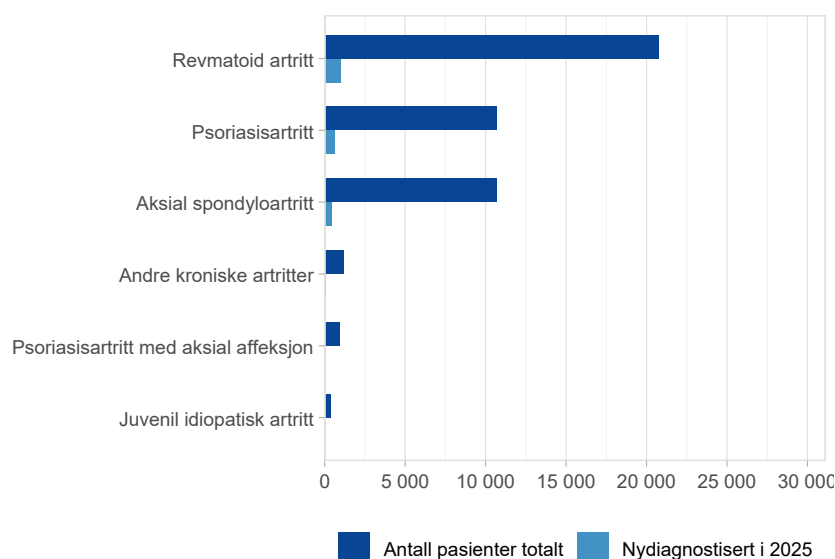
Björg-Tilde Svanes Fevang

Solveig Hauge

Endre Kvåle Evjen

2 Resultater

I årsrapporten presenteres data fra alle 4 helseregioner og alle enheter. Ved utgangen av 2025, var det totalt 44 773 pasienter i registeret hvorav 25 733 (57,47 %) var kvinner. I løpet av året 2025 var 16 671 pasienter til minst én kontroll som ble registrert i NorArtritt, hvorav 9 808 (59 %) var kvinner. 1 664 pasienter fikk en artrittdiagnose for første gang i 2025. [Tabell 4.1](#) på side 74 viser antall pasienter ved hvert av sykehusene som leverer data til NorArtritt.



FIGUR 2.1: Antall pasienter med de ulike diagnosene i registeret for pasienter som har vært til kontroll i 2014 eller senere. Mørkeblå søyler viser totalt antall, og lyseblå søyler viser antall pasienter som fikk stilt diagnosen i 2025. Pasienter med flere diagnoser er kun inkludert i en av gruppene. Totalt er det 44 681 pasienter som har vært til kontroll siden 2014, og det var 2 161 nydiagnostiserte pasienter i 2025.

I registeret er det mulig å registrere flere diagnoser på en pasient samtidig, eller registrere at en pasient har skiftet diagnose underveis i behandlingen. Derfor skiller vi mellom antall diagnoseskjema og antall pasienter med en gitt diagnose. I utregning av antall pasienter med en diagnose har vi basert oss på den nyeste diagnosen til pasienten. Diagnosefordelingen i registeret er illustrert i [figur 2.1](#). Fra 1950 til 2025, var revmatoid artritt den største diagnosegruppen med 23 894 (44 %) diagnoseskjema fylt ut for 20 647 (46 %) pasienter. Også når vi ser på 2025 isolert var revmatoid artritt den største diagnosegruppen med 13 480 kontroller for 8 393 pasienter.

2.1 Kvalitetsindikatorer

TABELL 2.1: Oversikt over kvalitetsindikatorer i NorArtritt

Navn på kvalitetsindikator	Forklaring	Målnivå
Tidlig oppstart medikamentell behandling - andel	Andel pasienter som har startet med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose	≥ 80 %
Tidlig oppstart medikamentell behandling - gjennomsnitt	Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende behandling for pasienter med nydiagnostisert RA	≤ 14 dager
Tid fra diagnose til første kontroll - andel	Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose	≥ 80 %
Tid fra diagnose til første kontroll - gjennomsnitt	Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert RA	≤ 90 dager
Sykdomsremisjon for pasienter med revmatoid artritt (RA) 1 år etter diagnose	Andel RA-pasienter i ACR/EULAR sykdomsremisjon 1 år etter diagnose	≥ 40 %
Sykdomsaktivitet for psoriasisartrittpasienter 1 år etter diagnose	Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved DAPSA 1 år etter diagnose. Grenser for nivå av sykdomsaktivitet er som følger: remisjon ≤ 4, lav sykdomsaktivitet > 4 - ≤ 14, moderat sykdomsaktivitet > 14 - ≤ 28, høy sykdomsaktivitet > 28	≤ 14
Sykdomsaktivitet for pasienter med aksial spondyloartritt (axSPA) 1 år etter diagnose	Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved ASDAS-CRP 1 år etter diagnose. Grenser for nivå av sykdomsaktivitet er som følger: inaktiv sykdom < 1,3, lav sykdomsaktivitet ≥ 1,3 - < 2,1, høy sykdomsaktivitet ≥ 2,1 - ≤ 3,5, svært høy sykdomsaktivitet > 3,5	< 2,1

2.1.1 Tidlig oppstart medikamentell behandling - andel

TABELL 2.2: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "tidlig oppstart medikamentell behandling - andel"

Definisjon/beskrivelse	Andel pasienter som har startet med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose. Ved hver kontroll registreres medikamentell behandling ved behandler. Data hentes fra medikamentskjema.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: ≥ 80 % Moderat måloppnåelse: 60 - 80 % Lav måloppnåelse: < 60 %
Kunnskapsgrunnlag	Den nasjonale veilederen i revmatologi tar utgangspunkt i EULAR sine behandlingsanbefalinger for RA fra 2019, ACR sine anbefalinger for RA fra 2015 og Treat-to-Target (T2T)-initiativet (1-4). 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 skal starte med et sykdomsmodifiserende medikament (DMARD) innen 2 uker etter diagnosedato. I noen tilfeller er det ikke indikasjon for å starte slik behandling, f.eks. ved graviditet eller annen sykdom, og derfor er målet satt til 80 % av pasientene. Indikatoren gjelder både konvensjonelle syntetiske DMARDs, biologiske DMARDs og JAK-hemmere.
Beregning	Teller: Pasienter diagnostisert i 2014 eller senere med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose og som startet sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter diagnosedato. Nevner: Alle pasienter diagnostisert i 2014 eller senere med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose.
Opplysninger om utvalg og avgrensinger	Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene mangler ofte historiske medisinske oppføringer, og å analysere tid til oppstart med første DMARD vil ikke bli riktig. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin RA-diagnose i 2014 eller senere. Pasienter inkludert i registeret senere enn 1 år etter diagnosen ble stilt utelates fra analysen av samme grunn.

Ved revmatoid artritt oppnår man bedre langtidsresultater dersom man starter behandling tidlig, og NorArtritt har derfor satt som mål at 80 % av pasienter med RA skal starte med et sykdomsmodifiserende medikament (DMARD) innen 2 uker etter diagnosedato. Som vist i figur 2.2 på neste side har andel pasienter som starter medikamentell behandling innen to uker holdt seg relativt stabil fra 2014 til 2025.

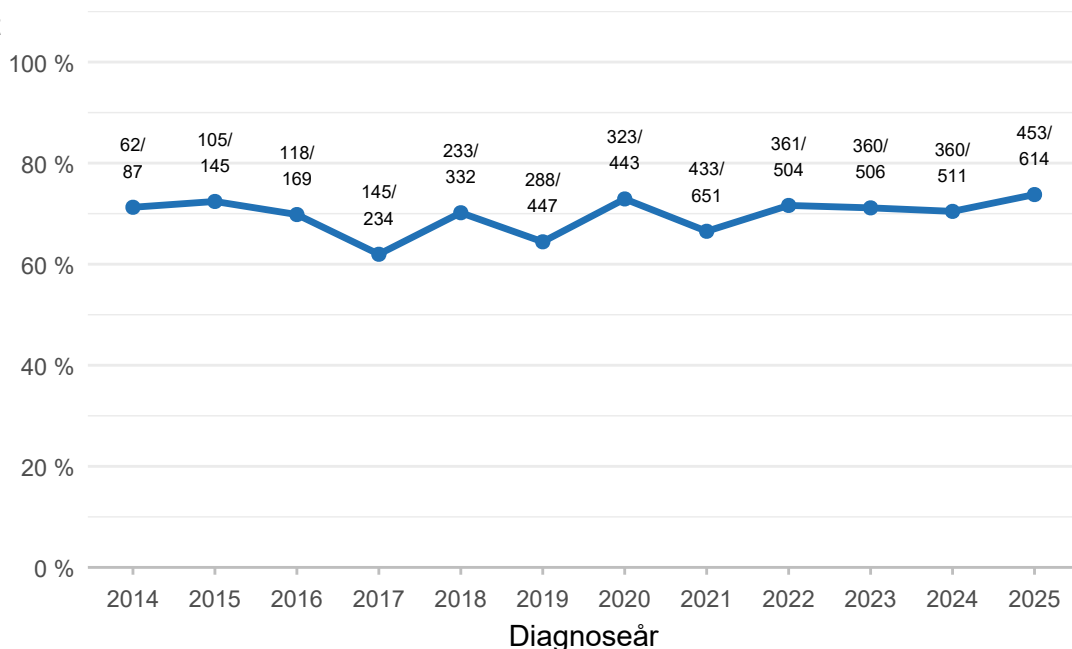
Totalt begynte 70 % av RA-pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene for indikatoren med DMARD innen 2 uker. For pasienter som fikk diagnose i 2025 var det 74 % av pasientene som startet med

DMARD innen 2 uker. Totalt er det 10 161 pasienter diagnostisert med RA som første diagnose i 2014 eller senere. Av disse er det 5 518 som ekskluderes da de ikke oppfyller krav for å være med i indikatoren.

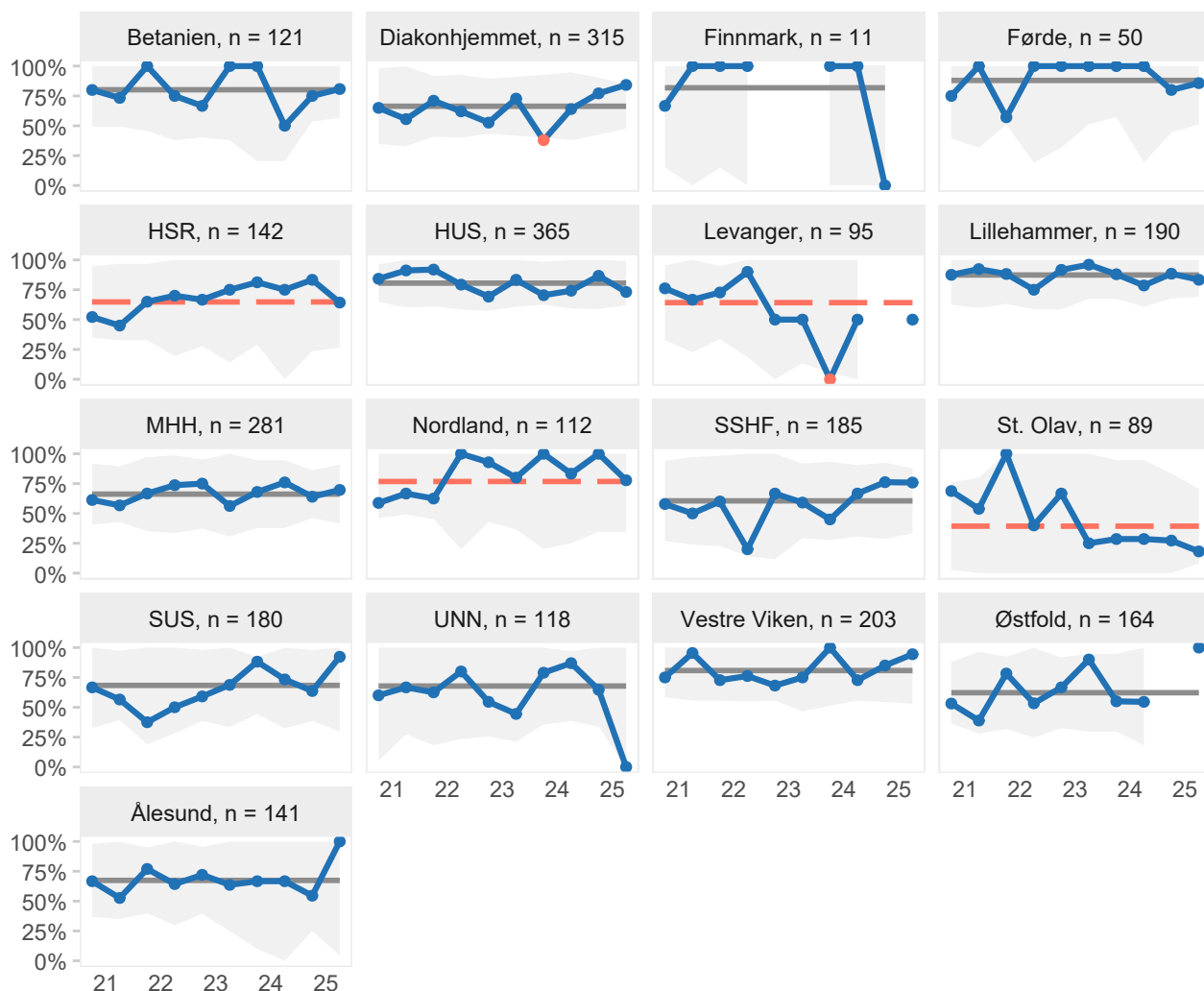
Figur 2.3 på neste side viser andel pasienter med RA, på hvert sykehus, som startet med methotrexate eller et annet DMARD innen 2 uker etter at diagnosen ble stilt. Forutsetningene for analysen er nærmere beskrevet i figurteksten. I figur 2.4 på side 13 sammenlignes resultatene for de ulike avdelingene. For å kunne sammenlignes med andre må den enkelte avdeling ha stabile målinger over tid.

Vi ser av figur 2.3 på neste side at Diakonhjemmet sykehus AS, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Sykehuset Levanger, Nordlandssykehuset HV og St. Olavs hospital har hatt ustabil variasjon i dette prosessmålet i løpet av de siste 5 år. De statistiske forutsetningene for å sammenligne denne avdelingen med de andre er dermed ikke til stede, og avdelingen er derfor utelatt fra analysen i figur 2.4 på side 13.

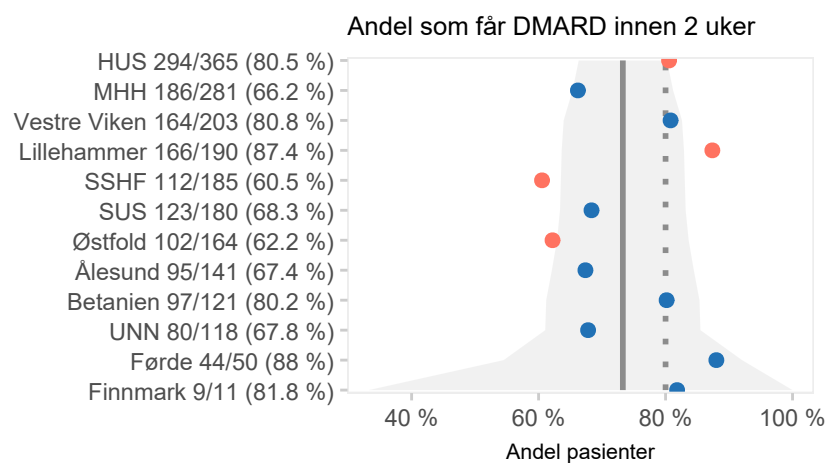
Gjennomsnitt



FIGUR 2.2: Andel RA-pasienter som starter på sykdomsmodifiserende medisin innen to uker fra diagnosedato, fordelt på diagnoseår.



FIGUR 2.3: P-diagram som viser andel pasienter med revmatoid artritt som begynner på sykdomsmodifiserende medisinsk behandling innen 2 uker etter diagnose. Diagnoseår er angitt på x-aksen, mens prosentandel vises på y-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsandelen for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at andelen som begynner på sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker ikke har vært stabil over tid. Pasienter diagnostisert med RA som første diagnose i 2021 eller senere, og som ble inkludert i registeret innen 1 år etter diagnose er tatt med i figuren. Totalt er det 2 786 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.4: Sammenligning mellom helseforetak i andel pasienter som startet med DMARD-behandling innen 2 uker etter RA-diagnosen ble stilt, og 6 av helseforetakene nådde målet på 80 %. Helseforetak som faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med grått, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen representerer målet på over 80 %, mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 2 786 pasienter med RA som første diagnose, og der diagnosen var stilt mellom 2021 og 2025.

2.1.2 Tidlig oppstart medikamentell behandling - gjennomsnitt

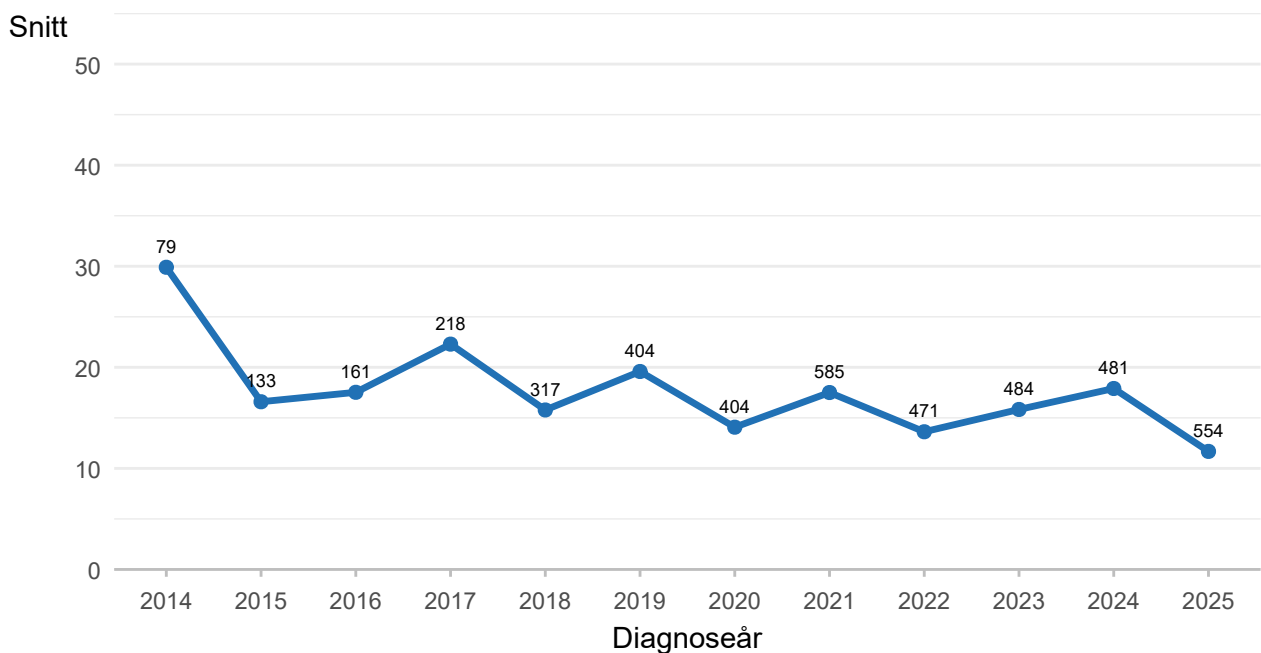
TABELL 2.3: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "tidlig oppstart medikamentell behandling - gjennomsnitt"

Definisjon/beskrivelse	Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende behandling for pasienter med nydiagnostisert RA. Ved hver kontroll registreres medikamentell behandling ved behandler. Data hentes fra medikamentskjema.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: ≤ 14 dager Moderat måloppnåelse > 14 dager – ≤ 28 dager Lav måloppnåelse > 28 dager
Kunnskapsgrunnlag	Den nasjonale veilederen i revmatologi tar utgangspunkt i EULAR sine behandlingsanbefalinger for RA fra 2019, ACR sine anbefalinger for RA fra 2015 og Treat-to-Target (T2T)-initiativet (1-4). 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 gjennomsnittlig antall dager fra diagnose til oppstart med sykdomsmodifiserende behandling er mindre enn 14 dager. Indikatoren gjelder både konvensjonelle syntetiske DMARDs, biologiske DMARDs og JAK-hemmere.
Beregning	Utvalg: Pasienter diagnostisert med RA som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere. Gjennomsnittlig antall dager fra diagnose til oppstart med sykdomsmodifiserende behandling, registrert i medikamentskjema, oppgis.
Opplysninger om utvalg og avgrensinger	Pasienter diagnostisert siste år, men som ennå ikke har startet medikamentell behandling, og pasienter som ikke har fått registrert noen medikamentell behandling innen 365 dager etter diagnose tas ut av beregningen. Om medikamentell behandling ikke er registrert innen et år er årsaken oftest manglende registrering eller at det foreligger en spesifikk grunn til at man har valgt å ikke starte behandling (f.eks. kontraindikasjoner). Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene mangler ofte historiske medisinske oppføringer, og å analysere tid til oppstart med første DMARD vil ikke bli riktig. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin RA-diagnose i 2014 eller senere. Pasienter inkludert i registeret senere enn 1 år etter diagnosen ble stilt utelates fra analysen av samme grunn.

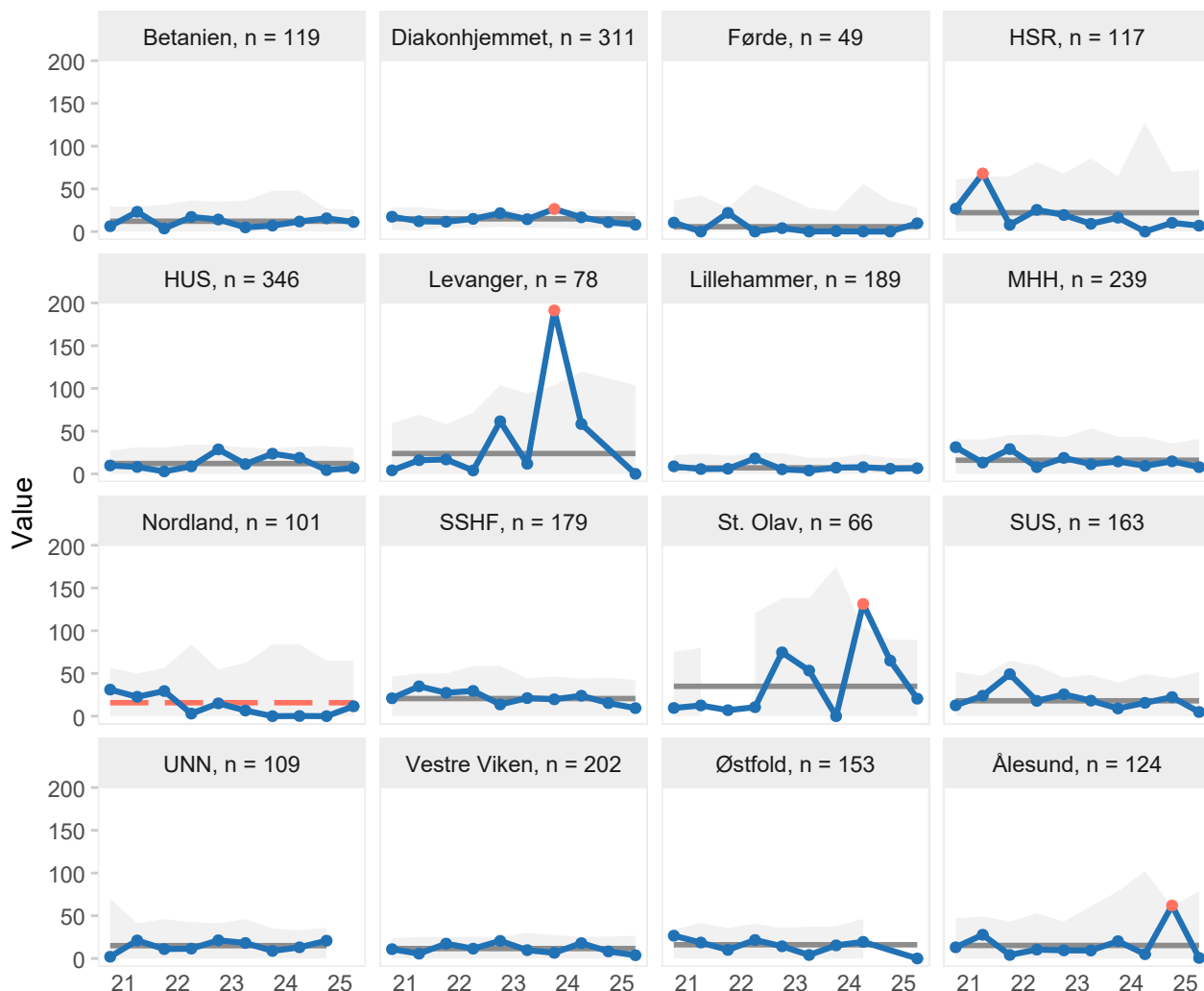
Siden 2014 har en ganske stor andel av RA-pasientene, 52 %, begynt med en DMARD på diagnosedagen. Av 1 821 pasienter som ikke startet samme dag, var gjennomsnittlig tid til oppstart 61 dager, men mediantiden var 13 dager. Dette reflekterer at noen få pasienter startet svært sent. Det er flere mulige årsaker til dette, bl.a. manglende registrering av oppstart medikamentell behandling, at pasienten ønsker å avvente oppstart, eller at det foreligger annen sykdom som forhindrer oppstart med antirevmatisk medisin. Som vist i figur 2.5 på neste side ser det, i perioden 2 014 - 2 025, ut til å være en svak

nedgang i gjennomsnittlig antall dager fra pasienter diagnostiseres med RA til oppstart sykdomsmodifiserende medisin.

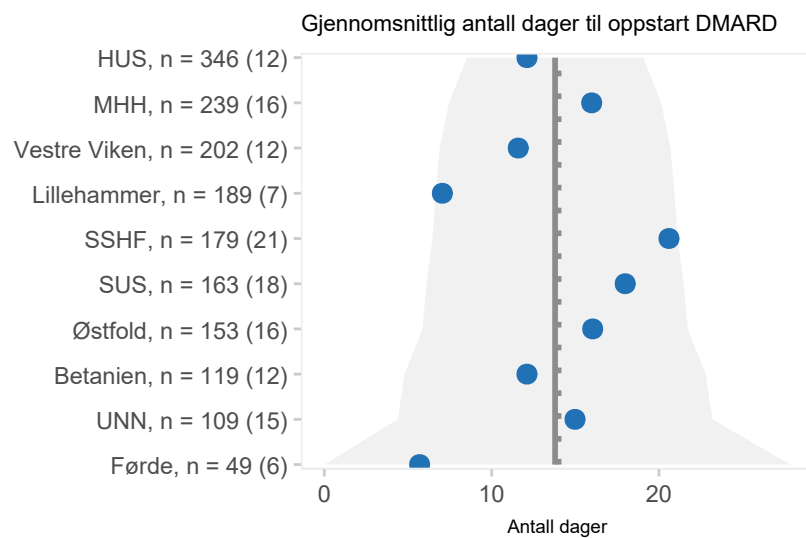
Figur 2.6 på neste side viser gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende medisin for pasienter med nydiagnostisert RA for de ulike sykehusavdelingene. Forutsetningene for analysen er nærmere beskrevet i figurteksten. I figur 2.7 på side 17 sammenlignes resultatene for de ulike avdelingene. For å kunne sammenlignes med andre må den enkelte avdeling ha stabile målinger over tid, og Diakonhjemmet sykehus AS, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Sykehuset Levanger, Nordlandssykehuset HV, St. Olavs hospital og Ålesund sjukehus er derfor utelatt fra analysen.



FIGUR 2.5: Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende medisin for pasienter med nydiagnostisert RA, fordelt på diagnoseår. Pasienter som ikke har startet medisinsk behandling, eller tilfeller hvor medisineringsstartet mer enn ett år etter diagnosetidspunkt er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.6: Xbar-diagram som viser gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til oppstart med sykdomsmodifiserende medisin for pasienter med nydiagnostisert RA. Diagnoseår er angitt på x-aksen, mens antall dager vises på y-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsverdi for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at gjennomsnittlig antall dager til oppstart sykdomsmodifiserende behandling ikke har vært stabil over tid. Pasienter diagnostisert med RA som første diagnose i 2021 eller senere, og som ble inkludert i registeret innen 90 dager etter diagnose er tatt med i figuren. Pasienter som ikke har registrert oppstart av medikamentell behandling eller ikke har startet innen 1 år er ekskludert fra figuren. Totalt er det 2 575 pasienter inkludert. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.7: Sammenligning mellom sykehus i antall dager fra diagnose til oppstart medikamentell behandling med DMARD, for pasienter med nydiagnostisert RA. Sykehus som faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med grått, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen representerer målet på 14 dager, mens den heltrukne linjen representerer nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 2 575 pasienter med RA som første diagnose, og der diagnosen var stilt mellom 2021 og 2025.

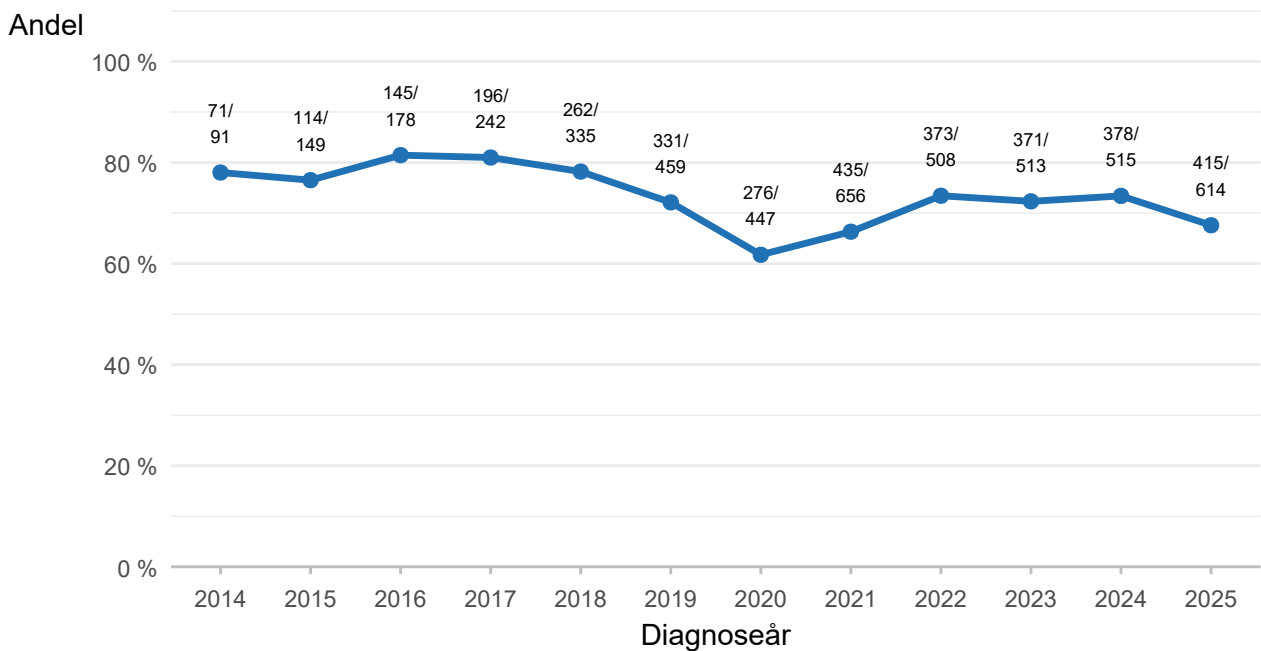
2.1.3 «Tight control» - tid fra diagnose til første kontroll - andel

TABELL 2.4: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "tid fra diagnose til første kontroll - andel"

Definisjon/beskrivelse	Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose. Alle besøk ved revmatologiske enheter skal registreres i NorArtritt og her benyttes skjemadato fra første oppfølgingsskjema, alternativt inklusjonsskjemaet.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: $\geq 80\%$ Moderat måloppnåelse: 60 - 80 % Lav måloppnåelse: $< 60\%$
Kunnskapsgrunnlag	Et viktig behandlingsprinsipp ved leddgikt er at pasientene skal følges tett den første tiden for at behandlingen kan justeres så lenge behandlingsmålet ikke er nådd (4). Den nasjonale veilederen i revmatologi skisserer månedlige kontroller de første 3 måneder etter diagnose, særlig hos pasienter med moderat og høy sykdomsaktivitet (1). I NorArtritt måler vi andel pasienter som har vært til en kontroll hos lege eller sykepleier innen 3 måneder (90 dager) etter diagnosen ble stilt, som et mål på om pasientene følges tett. De fleste pasienter vil være tilsett tidligere, men vi har valgt dette som et minimumsmål.
Beregning	Teller: Pasienter inkludert i NorArtritt i 2014 eller senere med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose og som oppfyller ett av følgende punkt: 1 Hvis en pasient er inkludert innen 7 dager etter diagnosedato, beregnes antall dager fra diagnose til første kontroll, registrert som første oppfølgingsskjema, og pasienter med kontroll innen 90 dager er med i telleren. 2 Hvis inklusjonsdato er senere enn 7 dager etter pasienten fikk diagnosen, er det sannsynlig at inklusjon ble foretatt på første kontroll, og tiden regnes da fra diagnosedato til inklusjonsdato i inklusjonsskjema. Av disse er pasienter med inklusjonsdato innen 90 dager etter diagnosedato med i teller. Nevner: Alle pasienter inkludert i NorArtritt i 2014 eller senere med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose.
Opplysninger om utvalg og avgrensinger	Hvis en pasient ble inkludert i registeret mer enn 90 dager etter diagnosedato, er det ikke mulig å vite om pasienten har hatt en eller flere kontroller mellom diagnosedato og dato for inklusjon. Disse pasientene blir filtrert bort før utregning av indikatoren. Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene har ikke nødvendigvis historisk registrering av kontroller, og å analysere tid til første kontroll vil ikke bli riktig. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin første RA-diagnose og ble inkludert i NorArtritt i 2014 eller senere.

Et viktig behandlingsprinsipp ved leddgikt er at pasientene skal følges tett den første tiden for at behandlingen skal kunne justeres så lenge behandlingsmålet ikke er nådd. NorArtritt har definert en kvalitetsindikator til å være andel RA-pasienter som får sin første kontroll innen 3 måneder etter de har fått stilt diagnosen.

Totalt er det 10 161 pasienter med RA som første diagnose i perioden 2014 - 2025. Av disse er 5 076 ekskludert fra indikatoren fordi de er inkludert i registeret mer enn 90 dager etter diagnosedato. I perioden 2014 til 2025 fikk 3367 (72 %) av pasientene med RA sin første kontroll innen 3 måneder. Andel pasienter som var til kontroll innen 3 måneder etter diagnosedato, fordelt på diagnoseår, er vist i figur 2.8.

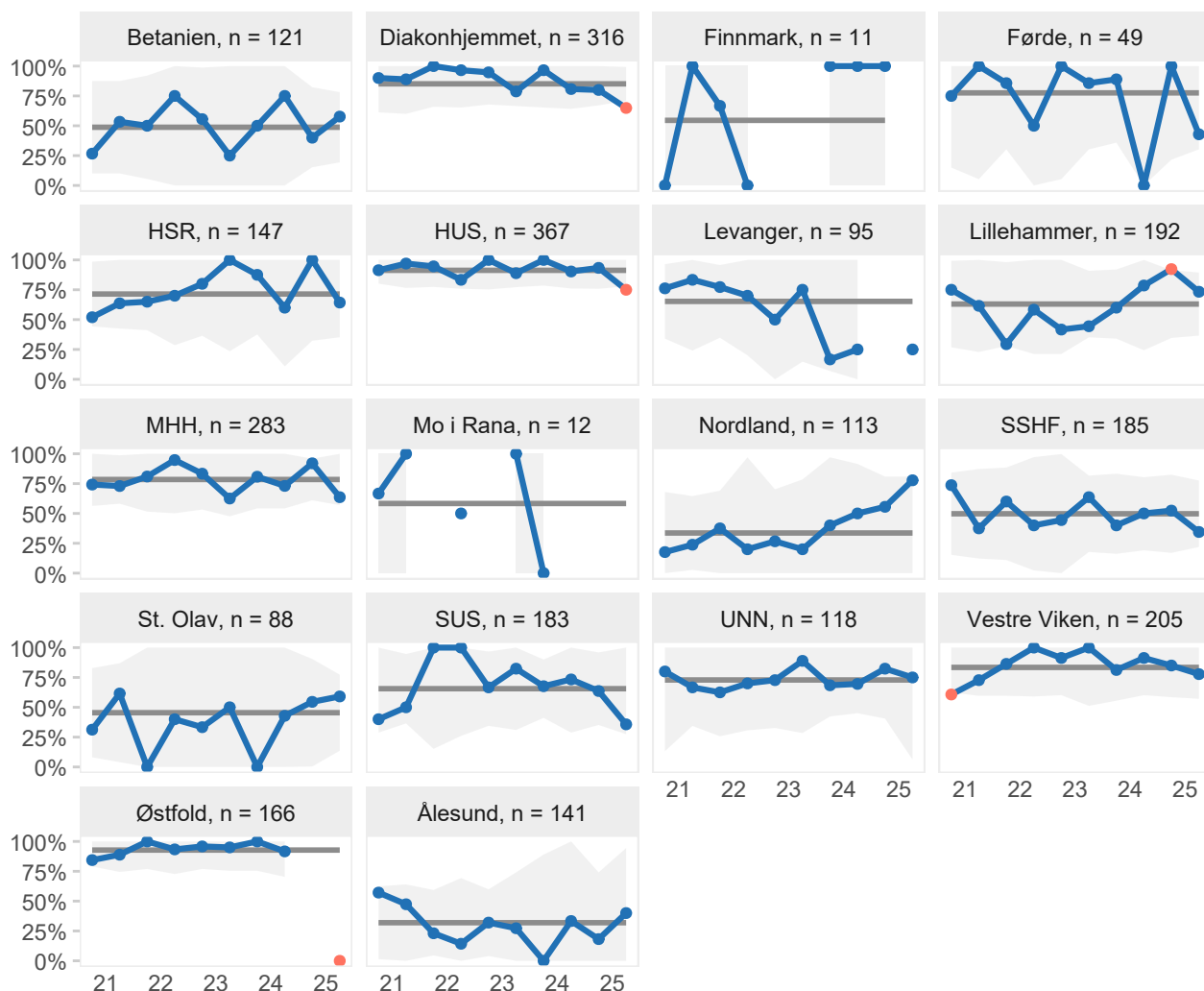


FIGUR 2.8: Total andel RA-pasienter som var til kontroll innen 3 mnd av diagnosedato, fordelt på diagnoseår.

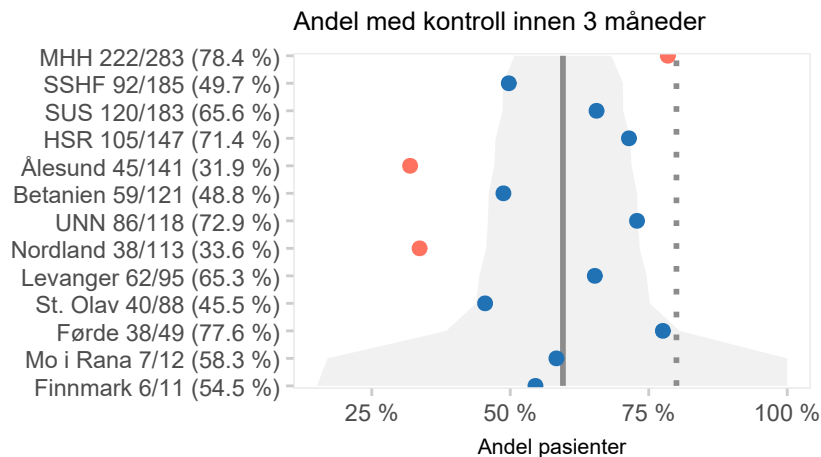
I starten av koronapandemien i 2020 ble mange konsultasjoner omgjort til telefonkonsultasjoner, og vi ser en tendens til at færre pasienter da fikk registrert første kontroll innen tre måneder. Andel pasienter med kontroll innen 3 måneder har etter pandemien ikke helt kommet opp igjen til tidligere nivå. Dette kan mulig ha å gjøre med vedvarende økt bruk av telefonkonsultasjoner, samt økende bruk av sykepleierkonsultasjoner som første kontroll. Slike konsultasjoner registreres gjerne i mindre grad enn legekonsultasjoner i registeret, noe som innebærer at den reelle andelen pasienter som får kontroll innen tre måneder kan være høyere enn det grafen viser.

Figur 2.9 på neste side viser andelen pasienter med RA som var til oppfølging innen 3 måneder ved de enkelte sykehusene. I figur 2.10 på side 21 sammenlignes disse resultatene mellom de sykehusene som har hatt stabil variasjon for denne målingen.

Diakonhjemmet sykehus AS, Haukeland universitetssjukehus, Revmatismesykehuset Lillehammer, Drammen sykehus, Vestre Viken



FIGUR 2.9: P-diagram som viser andel pasienter med revmatoid artritt som var til oppfølging innen 3 mnd etter diagnosedato. Diagnoseår er angitt på x-aksen, mens prosentandel vises på y-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsandelen for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at andelen som var til kontroll innen 3 mnd etter diagnosedato ikke har vært stabil over tid. Pasienter diagnostisert med RA som første diagnose i 2021 eller senere, som ble inkludert i registeret innen 90 dager etter diagnose er med i figuren. Totalt er det 2 806 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.10: Det var en vesentlig forskjell mellom helseforetak i andel pasienter som fikk kontroll innen 90 dager etter diagnosen var stilt. Helseforetak som faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med det grå området, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen viser ønsket måloppnåelse på 80 prosent, mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 2 806 pasienter med revmatoid artritt diagnostisert mellom 2021 og 2025.

og Sykehuset Østfold har ikke hatt en stabil variasjon i perioden, og inkluderes derfor ikke i sammenligningen som gjøres i figur 2.10.

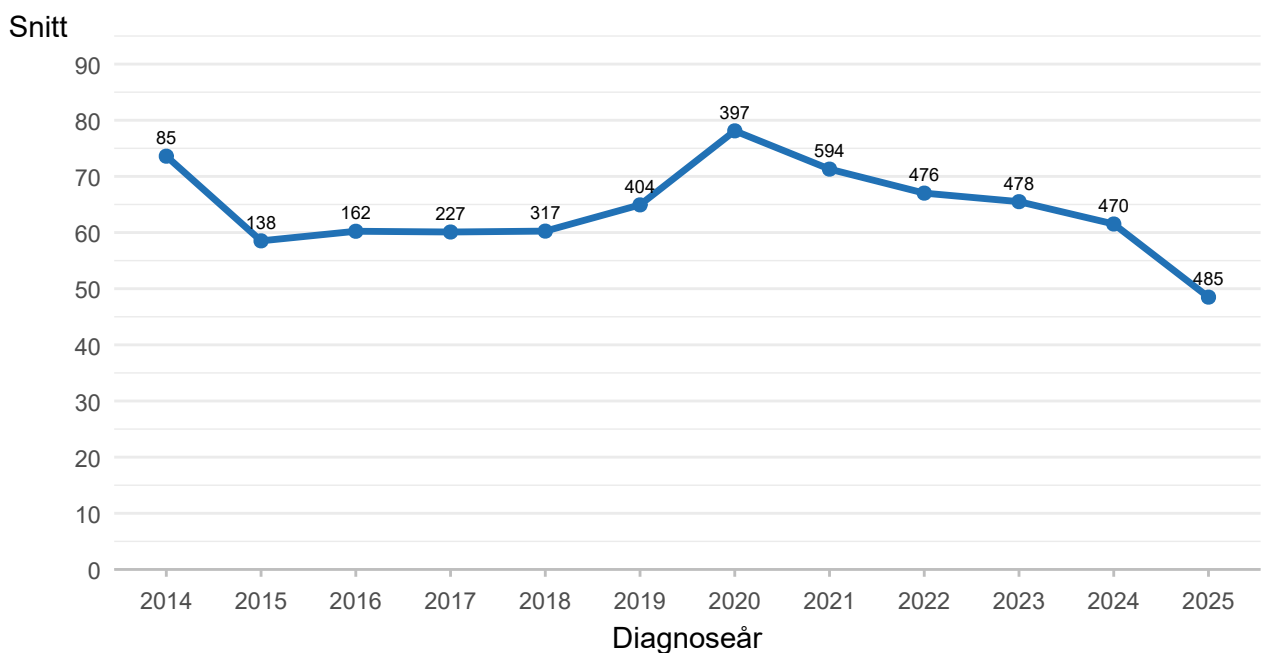
2.1.4 «Tight control» - tid fra diagnose til første kontroll- gjennomsnitt

TABELL 2.5: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "tid fra diagnose til første kontroll - gjennomsnitt"

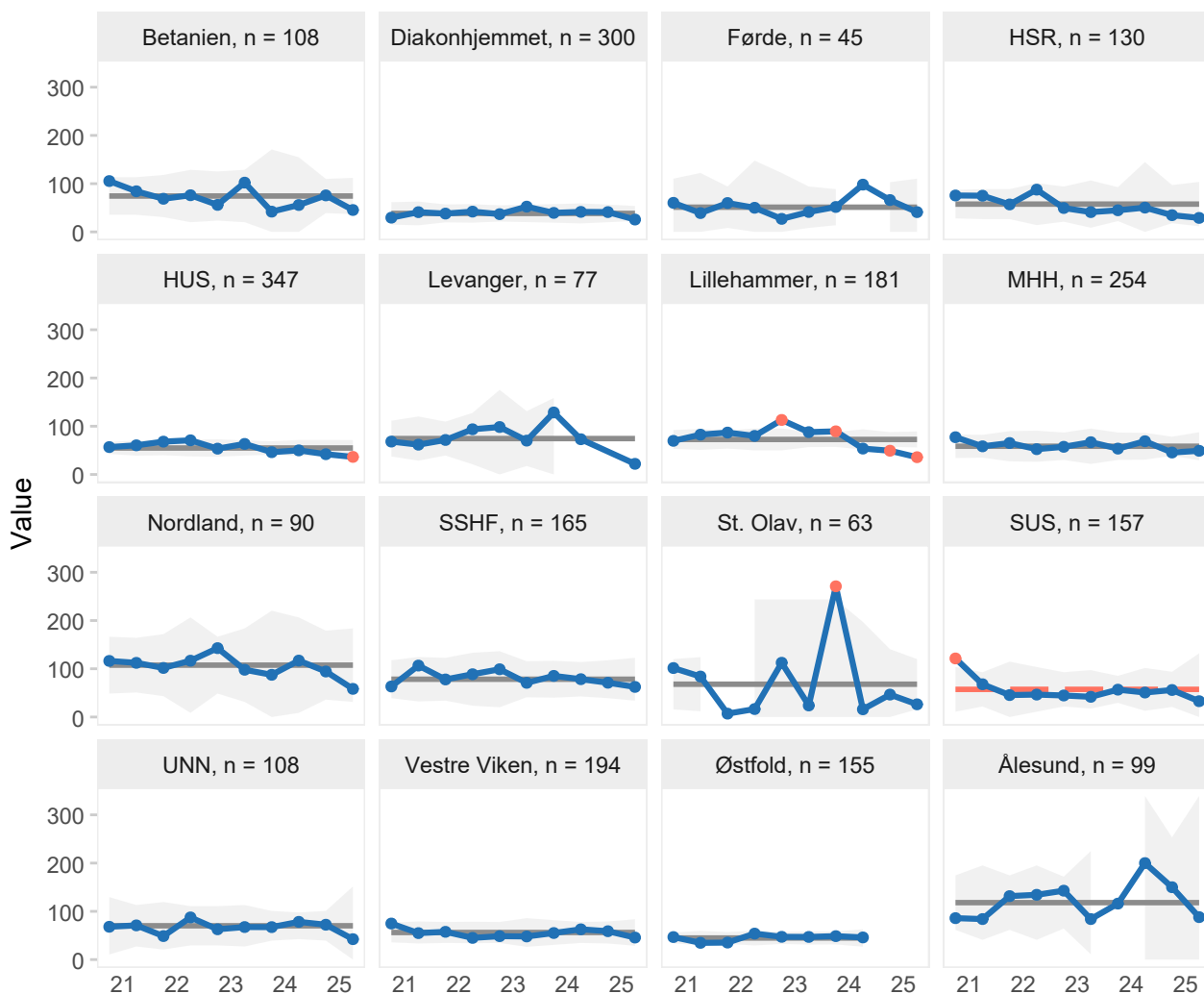
Definisjon/beskrivelse	Gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert RA. Alle besøk ved revmatologiske enheter skal registreres i NorArtritt og her benyttes skjemadato fra første oppfølgingsskjema, alternativt inklusjonsskjemaet.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: ≤ 90 dager Moderat måloppnåelse > 90 dager – ≤ 120 dager Lav måloppnåelse > 120 dager
Kunnskapsgrunnlag	Et viktig behandlingsprinsipp ved leddgikt er at pasientene skal følges tett den første tiden for at behandlingen kan justeres så lenge behandlingsmålet ikke er nådd (4). Den nasjonale veilederen i revmatologi skisserer månedlige kontroller de første 3 måneder etter diagnose, særlig hos pasienter med moderat og høy sykdomsaktivitet (1). I NorArtritt har vi som mål at pasienter skal ha vært til en kontroll hos lege eller sykepleier innen 3 måneder (90 dager) etter diagnosen ble stilt. De fleste pasienter vil være tilsett tidligere, men vi har valgt dette som et minimumsmål.
Beregning	Utvalg: Pasienter diagnostisert med RA som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere. Gjennomsnittlig antall dager fra diagnose til første kontroll registreres på en av følgende måter: 1 Hvis en pasient er inkludert innen 7 dager etter diagnosedato, beregnes antall dager fra diagnose til første kontroll, registrert som første oppfølgingsskjema. 2 Hvis inklusjonsdato er senere enn 7 dager etter pasienten fikk diagnosen, er det sannsynlig at inklusjon ble foretatt på første kontroll, og tiden regnes da fra diagnosedato til inklusjonsdato i inklusjonsskjema.
Opplysninger om utvalg og avgrensinger	Pasienter som ikke har fått registrert noen kontroll innen 365 dager etter diagnose tas ut av beregningen, da man ikke kan vite om dette skyldes manglende kontroll eller om pasienten f.eks har flyttet eller skiftet diagnose. Pasienter som har fått diagnosen for under 1 år siden, men ennå ikke har vært til kontroll, ekskluderes også fra beregningen. Hvis en pasient ble inkludert i registeret mer enn 90 dager etter diagnosedato, er det ikke mulig å vite om pasienten har hatt en eller flere kontroller mellom diagnosedato og dato for inklusjon. Disse pasientene blir filtrert bort før utregning av indikatoren. Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene har ikke nødvendigvis historisk registrering av kontroller, og å analysere tid til første kontroll vil ikke bli riktig. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin første RA-diagnose og ble inkludert i NorArtritt i 2014 eller senere.

I tillegg til å angi andel pasienter med nydiagnostisert RA som får sin første kontroll innen 3 måneder har vi også valgt å oppgi gjennomsnittlig antall dager til første kontroll, da dette gir et mer nyansert bilde. 58 % av RA-pasienter som ble diagnostisert i 2014 eller senere ble inkludert i registeret samme dag som diagnosen ble stilt. Blant disse pasientene var gjennomsnittlig tid fra diagnosen var stilt til første kontroll 53 dager (median 57).

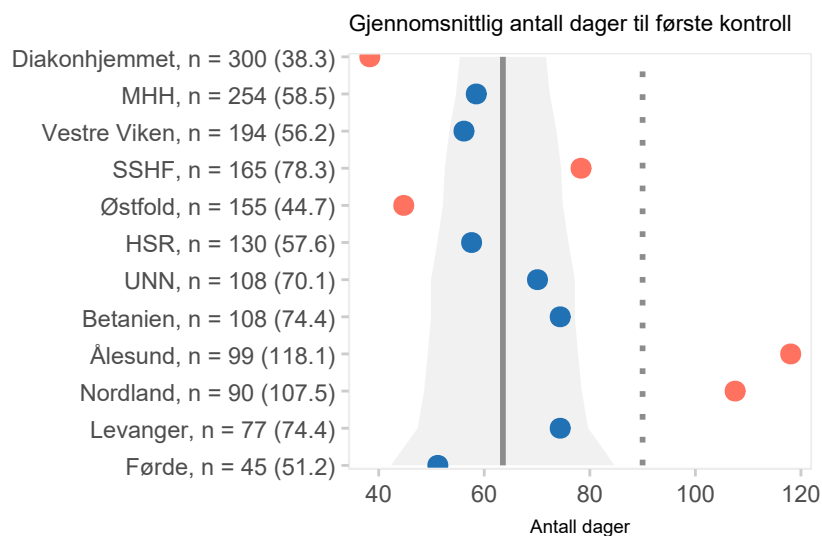
Gjennomsnittlig tid fra ny RA-diagnose til første kontroll, fordelt på diagnoseår er vist i [figur 2.11](#). Vi ser at tid til første kontroll økte i forbindelse med koronapandemien i 2020. Etter dette har gjennomsnittlig tid til første kontroll falt årlig og er nå tilbake til nivået før pandemien. [Figur 2.12](#) på neste side viser gjennomsnittlig tid til første kontroll etter ny RA-diagnose for de ulike sykehusavdelingene, mens man i [figur 2.13](#) på side 25 sammenligner resultatene mellom de sykehusene som har hatt stabil variasjon for denne målingen.



FIGUR 2.11: Gjennomsnittlig antall dager før pasienter diagnostisert med RA er til første kontroll, fordelt på diagnoseår. Pasienter som ikke har vært til kontroll, eller tilfeller hvor kontroll er over ett år etter diagnosetidspunkt er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.12: Xbar-diagram som viser gjennomsnittlig antall dager før pasienter diagnostisert med RA er til første kontroll. Diagnoseår er angitt på x-aksen, mens antall dager vises på y-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsverdi for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at gjennomsnittlig antall dager til første kontroll ikke har vært stabil over tid. Pasienter diagnostisert med RA som første diagnose i 2021 eller senere, og som ble inkludert i registeret innen 90 dager etter diagnose er tatt med i figuren. Pasienter som ikke har hatt kontroll innen 1 år er ekskludert fra figuren. Totalt er det 2 503 pasienter inkludert. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.13: Xbar-diagram som viser gjennomsnittlig antall dager fra diagnose til første kontroll. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Helseforetak som faller utenfor 3 sigma grensene, markert med grått, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen representerer målet på 90 dager, mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Totalt er det 2 503 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.

2.1.5 Remisjon hos pasienter med revmatoid artritt ved 1-årskontroll

TABELL 2.6: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "sykdomsremisjon for pasienter med revmatoid artritt (RA) 1 år etter diagnose"

Definisjon/beskrivelse	Andel RA-pasienter i ACR/EULAR sykdomsremisjon 1 år etter diagnose. Data vedrørende aktuelle ledd og CRP registreres av behandler ved hver kontroll. Pasientens vurdering av sykdomsaktivitet innhentes som PROM i forbindelse med kontroll på revmatologisk enhet. Disse variablene finnes i oppfølgingsskjema.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: ≥ 40 % Moderat måloppnåelse: 30 - 40 % Lav måloppnåelse: < 30 %
Kunnskapsgrunnlag	I den nasjonale veilederen er følgende beskrevet om remisjon ved revmatoid artritt: «Behandlingsmålet er vedvarende remisjon, definert som fravær av symptomer og tegn på signifikant inflammatorisk aktivitet. Lav sykdomsaktivitet kan være et akseptabelt alternativt behandlingsmål hos pasienter med etablert RA hvor det ikke er realistisk å oppnå vedvarende remisjon» (1). I anbefalingen angis det at anslagsvis 30/40/50 % av pasientene som har en nyoppstått RA bør oppnå ACR/EULAR remisjon innen 6/12/24 måneder etter behandlingsstart. Dette er basert på resultat oppnådd i en stor norsk studie (5). NorArtritt har derfor som kvalitetsmål at 40 % av pasienter med RA skal være i ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnosetidspunktet.
Beregning	Teller: Pasienter diagnostisert med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere og som er i ACR/EULAR remisjon ved kontroll 180 - 485 dager etter diagnosetidspunktet. Nevner: Alle pasienter diagnostisert med revmatoid artritt som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere som har møtt til kontroll 180 - 485 dager etter diagnosetidspunktet.
Opplysninger om utvalg og avgrensninger	At «1 år etter diagnosetidspunkt» defineres til mellom 6 måneder (180 dager) og 1 år og 4 måneder (485 dager) etter diagnosetidspunktet skyldes at pasientene ikke møter til kontroll nøyaktig ett år etter diagnosetidspunkt, men får sine kontroller på mer omtrentlige tidspunkt. Videre er det enkelte pasienter som kommer tidlig i remisjon grunnet prednisolon-behandlingen de første ukene etter diagnose, men noen av disse får økt sykdomsaktivitet når denne er avsluttet. Vi ønsker derfor ikke å ta med for tidlige målinger i tilfelle disse ikke vedvarer. Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene har ikke nødvendigvis historiske oppføringer av kontroller, og å analysere tid til remisjon vil ikke bli riktig. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin RA-diagnose i 2014 eller senere.

Ved artrittsykdommer behandler man oftest pasienten mot et forhåndsbestemt behandlingsmål, nemlig lav sykdomsaktivitet eller remisjon. Remisjon er definert som fravær av symptomer eller tegn på sykdomsaktivitet og kan defineres på ulike måter.

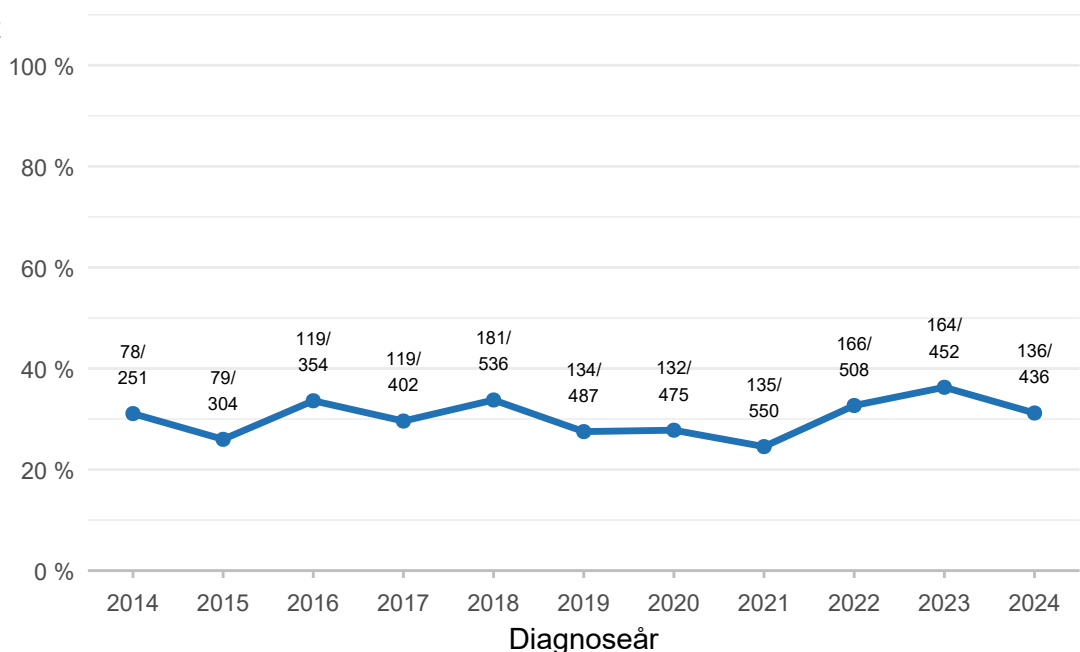
Den amerikanske og den europeiske organisasjonen for revmatiske sykdommer, American College of Rheumatology (ACR) og European

Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) publiserte i 2011 en felles definisjon av remisjon. Remisjonen kan være indeks-basert ($\text{SDAI} \leq 3,3$) eller den kan være såkalt Boolean-basert, hvilket innebærer at alle disse er oppfylt:

- ≤ 1 hovent ledd
- ≤ 1 ømt ledd
- $\text{CRP} \leq 10 \text{ mg/L}$
- pasient global sykdomsvurdering ≤ 1 (på en VAS-skala 0-10).

ACR/EULAR kriteriene anses for å være strenge i sin definisjon av remisjon og er bl.a. strengere enn remisjon definert med det mest brukte sykdomsaktivitetsmålet DAS28-CRP. Ett av registerets kvalitetsmål er at 40 % av RA-pasienter skal nå remisjon ved 1-årskontroll etter diagnosetidspunktet.

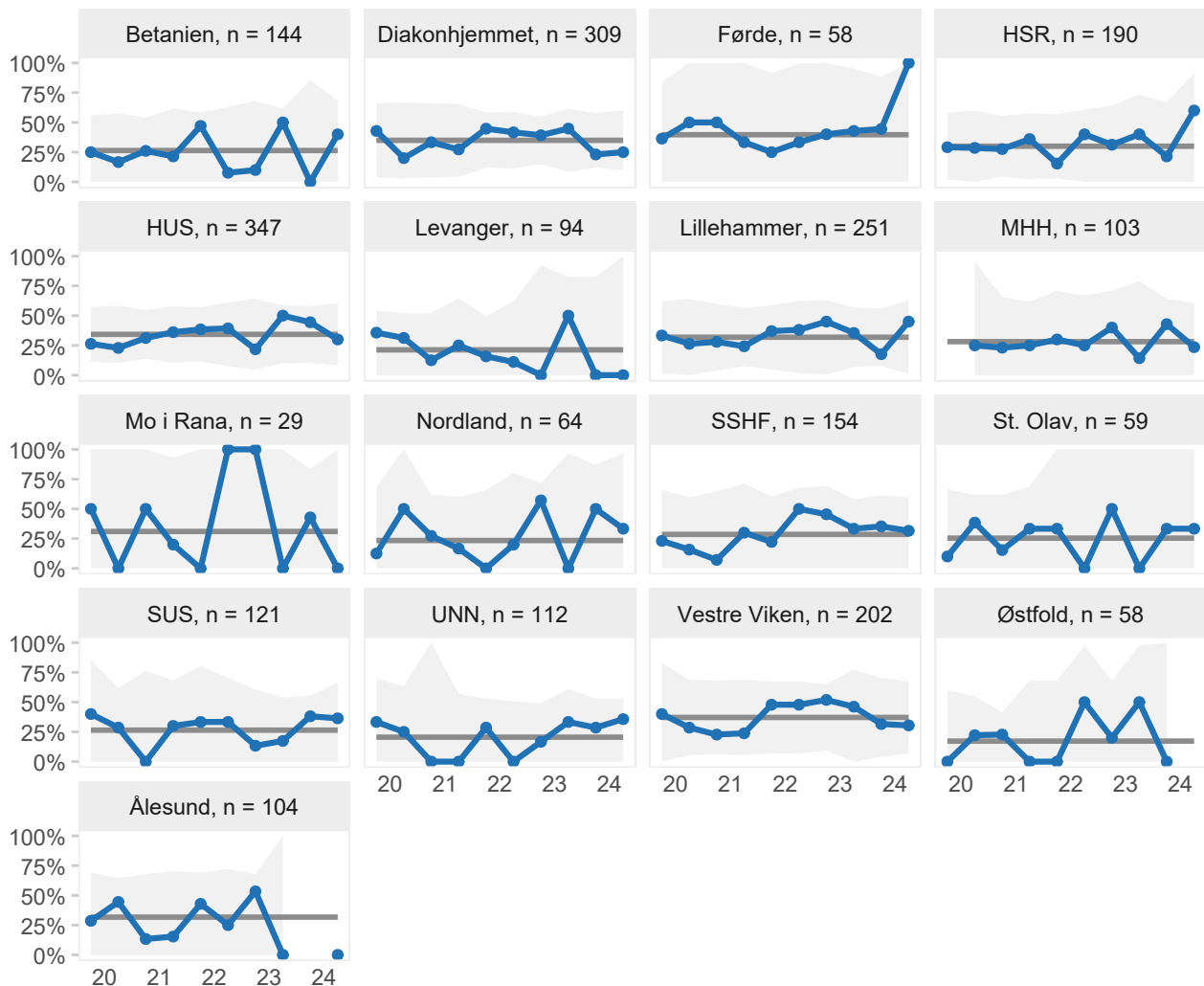
Gjennomsnitt



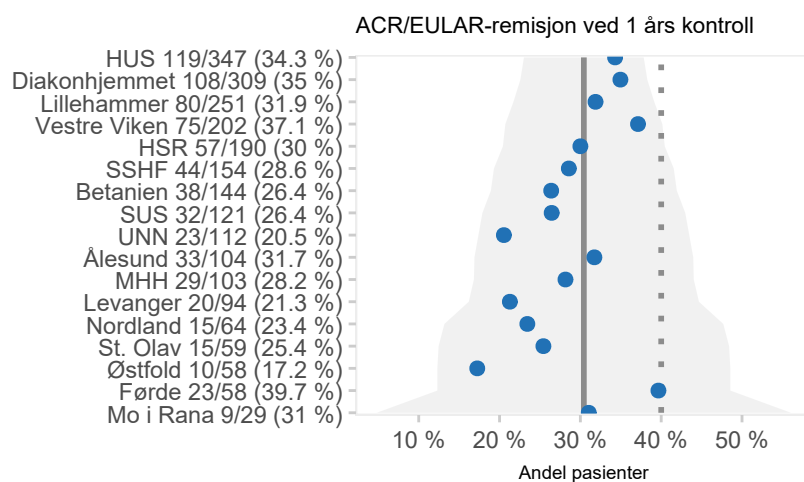
FIGUR 2.14: Gjennomsnittlig andel pasienter med RA som har oppnådd remisjon ved 1-årskontroll, fordelt på diagnoseår. Tall for 2025 vises ikke da kun et fåtall pasienter har nådd perioden for 1-årskontroll av de som var diagnostisert i 2025.

Totalt har 7 819 (38 %) pasienter med RA oppnådd ACR/EULAR remisjon minst en gang i løpet av sin sykdomsperiode. Det er 9 815 pasienter diagnostisert med RA i 2014 eller senere som har hatt diagnosen i minst 365 dager ved dato for datauttrekk. Av disse er 3 905 ekskludert fra indikatoren på grunn av manglende kontroll i tidsrommet 180 til 485 dager etter diagnosedato. Ytterligere 1 155 pasienter ekskluderes fra indikatoren på grunn av ufullstendige målinger ved 1-årskontroll. Av RA-pasienter som fikk sin diagnose mellom 2014 og 2024, hadde 1 443 av 4 755 (30 %) nådd remisjon ved 1-årskontroll. Gjennomsnittlig andel RA-pasienter som har oppnådd remisjon ved 1-års kontroll, fordelt på diagnoseår, er vist i figur 2.14. Andel i remisjon ett år etter diagnosetidspunkt har vært relativt stabil.

I figur 2.15 vises sykehusvis andel RA-pasienter som oppnådde ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnosedato, mens man i figur 2.16 på neste side kan se en sammenligning mellom helseforetak i andel pasienter som har nådd remisjon innen 12 måneder etter de fikk RA-diagnosen.



FIGUR 2.15: P-diagram som viser andel pasienter med revmatoid artritt som er i ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnosedato. Diagnoseår er angitt på x-aksen, mens prosentandel vises på y-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsandelen for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at andelen som oppnår remisjon ikke har vært stabil over tid. Totalt er det 2 421 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



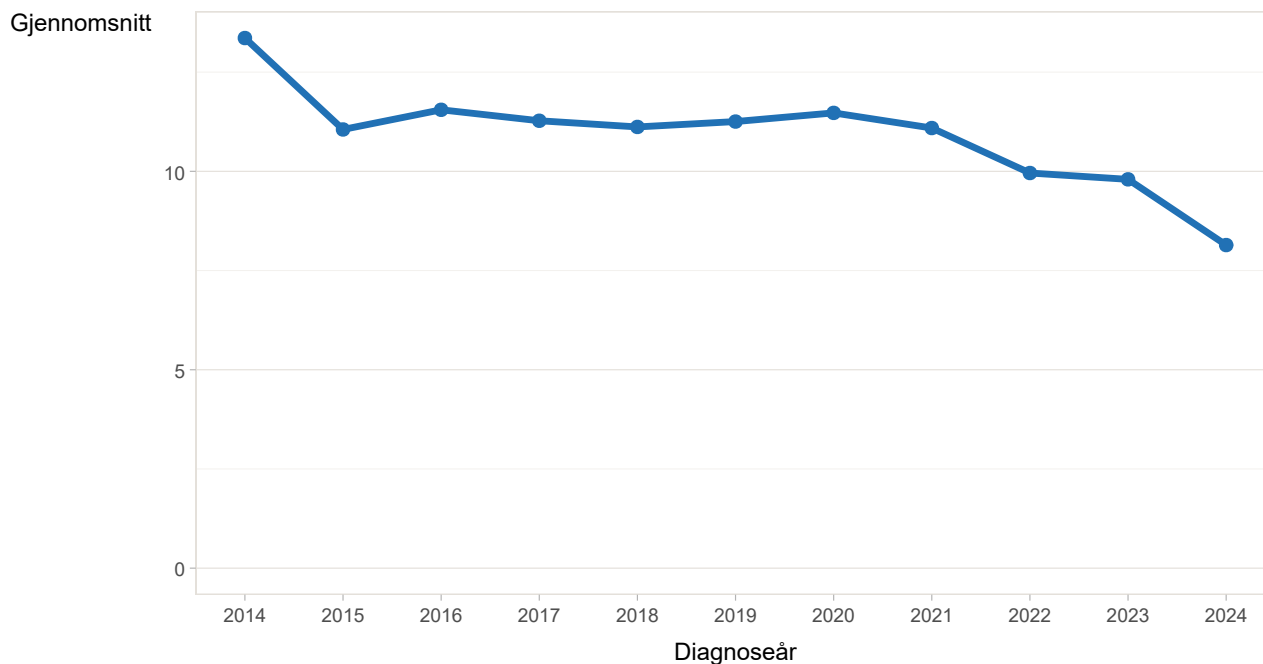
FIGUR 2.16: Det var ingen markant forskjell mellom helseforetakene i andel pasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024 som nådde remisjon ved 1 års kontroll. Siden ingen av punktene faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med det grå området, er det ingen av helseforetakene som skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen representerer målet på over 40 %, mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 2 421 pasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024.

2.1.6 Sykdomsaktivitet og remisjon hos pasienter med psoriasisartritt ved 1-årskontroll

TABELL 2.7: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "Sykdomsaktivitet for psoriasisartrittpasienter 1 år etter diagnose"

Definisjon/beskrivelse	Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved DAPSA 1 år etter diagnose. Grenser for nivå av sykdomsaktivitet er som følger: remisjon ≤ 4 lav sykdomsaktivitet $> 4 - \leq 14$ moderat sykdomsaktivitet $> 14 - \leq 28$ høy sykdomsaktivitet > 28 Data vedrørende aktuelle ledd og CRP registreres av behandler ved hver kontroll. Pasientens vurdering av sykdomsaktivitet og smerter innhentes som PROM i forbindelse med kontroll på revmatologisk enhet. Disse variablene finnes i oppfølgingsskjema.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: DAPSA ≤ 14 Moderat måloppnåelse: DAPSA $> 14 \leq 28$ Lav måloppnåelse: DAPSA > 28
Kunnskapsgrunnlag	I den norske veilederen anbefales DAPSA som foretrukket mål for sykdomsaktivitet ved psoriasisartritt (6), mens man i de europeiske retningslinjene ikke presiserer hvilket mål som skal benyttes. DAPSA og MDA/VLDA (hhv. Minimal Disease Activity og Very Low Disease Activity) fremheves som foretrukne mål for sykdomsaktivitet ved psoriasisartritt i klinisk praksis (7). Av disse er DAPSA enklest og mest gjennomførbar, spesielt fordi MDA og VLDA krever vurdering av hud-afleksjon. Vi har satt som målnivå at pasientene gjennomsnittlig bør være i lav sykdomsaktivitet 1 år etter diagnose. Målnivået er satt på bakgrunn av resultat oppnådd på avdelingene med lavest gjennomsnittlig DAPSA-skår.
Beregninger	Utvalg: Pasienter diagnostisert med psoriasisartritt som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere, og som også har vært til kontroll med registrert DAPSA måling 180 - 485 dager etter diagnosetidspunkt. Indikatoren viser gjennomsnittlig DAPSA måling gjort ved den kontrollen som er nærmest i tid til 1 år etter diagnosetidspunkt.
Opplysninger om utvalg og avgrensninger	At «1 år etter diagnosetidspunkt» defineres til mellom 6 måneder (180 dager) og 1 år og 4 måneder (485 dager) etter diagnosetidspunktet skyldes at pasientene ikke møter til kontroll nøyaktig ett år etter diagnosetidspunkt, men får sine kontroller på mer omtrentlige tidspunkt. Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene har ikke nødvendigvis historiske oppføringer av kontroller. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin diagnose i 2014 eller senere.

Psoriasisartritt (PSA) er en heterogen tilstand preget av mange ulike sykdomsbilder. Av den grunn har det vist seg vanskelig å finne et velegnet mål for sykdomsaktivitet som både dekker alle aspekt ved sykdommen og som samtidig ikke er for omfattende å benytte i den kliniske hverdag. Klinikerne ved avdelingene benytter i hovedsak DAS28-CRP, men fordi pasienter med PSA i mye større grad enn ved

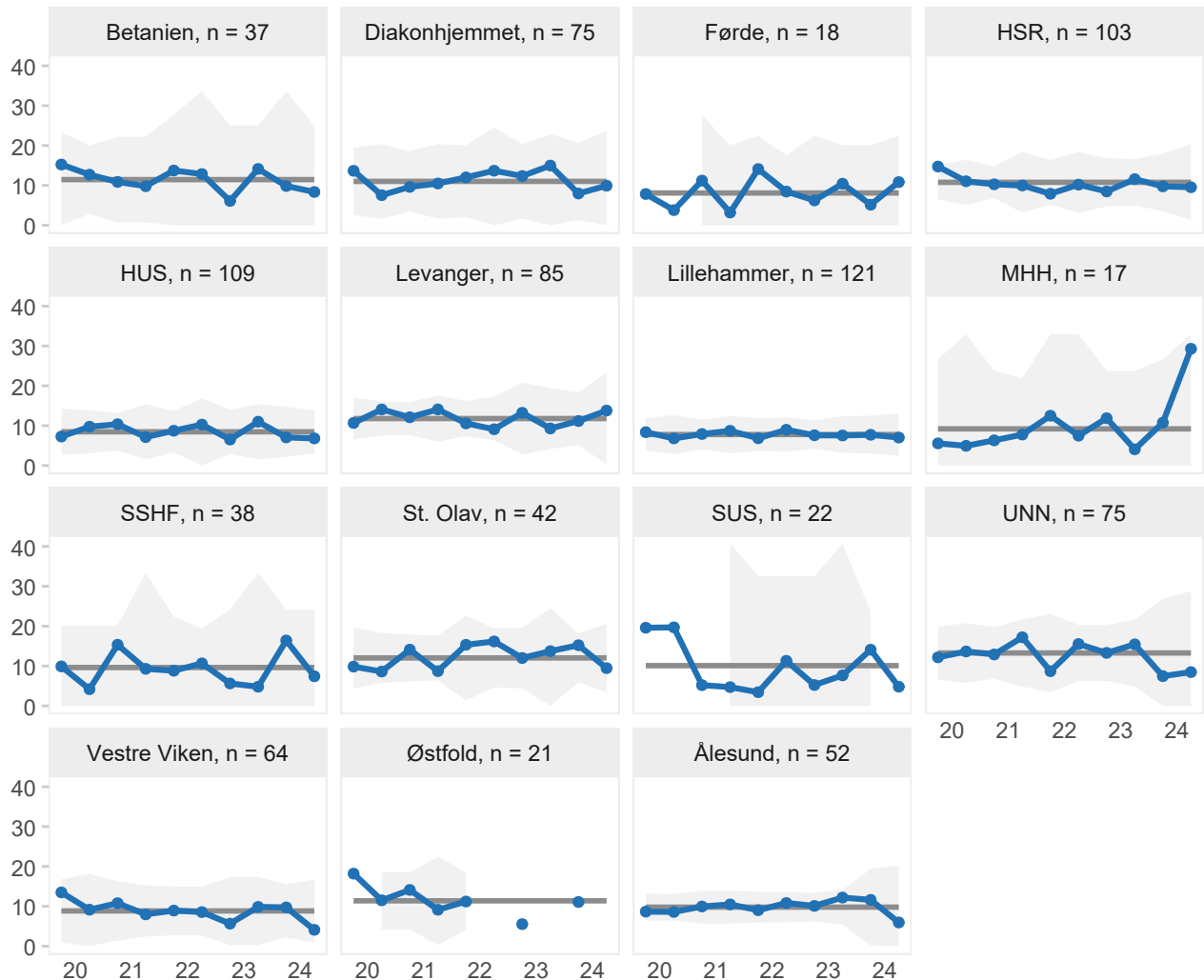


FIGUR 2.17: Gjennomsnittlig DAPSA for psoriasisartrittpasienter ved 1-årskontroll, fordelt på diagnoseår. Tall for 2025 vises ikke da kun et fåtall pasienter har nådd perioden for 1-årskontroll av de som var diagnostisert i 2025. Gjelder 1 662 pasienter diagnostisert mellom 2014 og 2024.

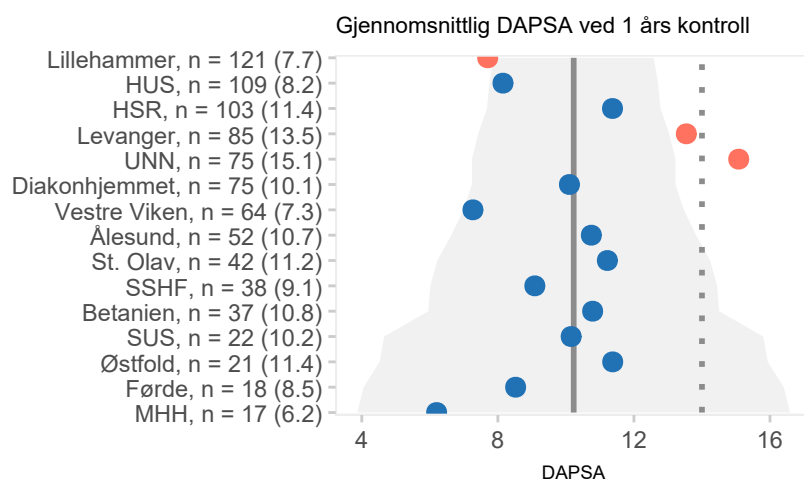
RA har affeksjon av ledd som ikke inngår blant de 28 leddene, har man både i nasjonale og internasjonale anbefalinger i stedet anbefalt DAPSA (disease activity in psoriatic arthritis). DAPSA er et sammensatt sykdomsaktivitetsmål som summerer antall ømme (0-68) og hovne ledd (0-66), pasientens helhetsvurdering og smerte (to ulike vas oppgitt i cm), samt CRP.

Figur 2.17 viser gjennomsnittlig DAPSA for psoriasisartrittpasienter ved 1-årskontroll, fordelt på diagnoseår. Gjennomsnittlig DAPSA ett år etter diagnose har holdt seg relativt stabilt, men med en mulig forbedring de siste årene. Totalt var det 6 036 pasienter diagnostisert med psoriasisartritt i 2014 eller senere som har hatt diagnosen i minst 365 dager ved dato for datauttrekk. Av disse er 2 784 ekskludert fra indikatoren på grunn av manglende registrert kontroll i tidsrommet 180 til 485 dager etter diagnosedato. Ytterligere 1 590 pasienter ekskluderes fra indikatoren på grunn av ufullstendige målinger ved 1-årskontroll.

Figur 2.18 på neste side viser gjennomsnittlig DAPSA for de enkelte sykehusene, mens man i figur 2.19 på side 33 sammenligner resultatene mellom de sykehusene som har hatt stabil variasjon for denne målingen. Det er få markante forskjeller mellom sykehusene i gjennomsnittlig DAPSA ved 1-års kontroll for psoriasisartrittpasienter diagnostisert i perioden 2 020 til 2 024.



FIGUR 2.18: Xbar-diagram som viser gjennomsnittlig DAPSA for psoriasisartrittpasienter 1 år etter diagnosedato. Diagnoseår er angitt på x-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsverdi for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at gjennomsnittlig DAPSA ikke har vært stabil over tid. Totalt er det 901 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.19: Gjennomsnittlig DAPSA ved 1 års kontroll for psoriasisartrittspasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024. Helseforetak som faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med det grå området, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen viser ønsket måloppnåelse med DAPSA ≤ 14 , mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 901 pasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024.

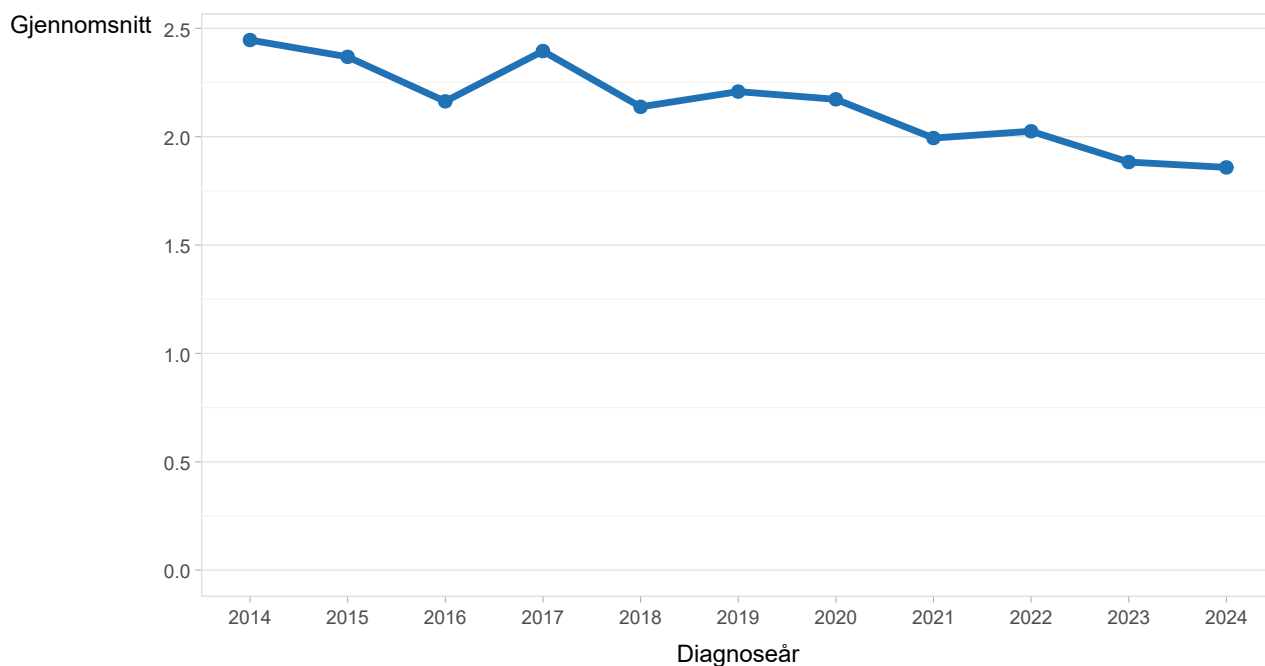
2.1.7 Sykdomsaktivitet og remisjon hos pasienter med aksial spondyloartritt ved 1-årskontroll

TABELL 2.8: Nærmere beskrivelse av kvalitetsindikatoren "Sykdomsaktivitet for pasienter med aksial spondyloartritt (axSPA) 1 år etter diagnose"

Definisjon/beskrivelse	Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved ASDAS-CRP 1 år etter diagnose. Grenser for nivå av sykdomsaktivitet er som følger: inaktiv sykdom < 1,3 lav sykdomsaktivitet ≥ 1,3 - < 2,1 høy sykdomsaktivitet ≥ 2,1 - ≤ 3,5 svært høy sykdomsaktivitet > 3,5. Data vedrørende CRP registreres av behandler ved hver kontroll. Pasientens vurdering av sykdomsaktivitet innhentes som PROM i forbindelse med kontroll på revmatologisk enhet. Disse variablene finnes i oppfølgingsskjema.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Høy måloppnåelse: ASDAS-CRP < 2,1 Moderat måloppnåelse: ASDAS-CRP ≥ 2,1 ≤ 3,5 Lav måloppnåelse: ASDAS-CRP > 3,5
Kunnskapsgrunnlag	I NorArtritt benyttes ASDAS-CRP som kvalitetsindikator for pasienter med aksial spondyloartritt. Det er vist at høy ASDAS-CRP er forbundet med høyere sjanse for utvikling av skjelettskade i ryggstøyle (syndesmofyttdannelse), og valg av indikator er basert både på internasjonale og nasjonale veiledere (8,9). I den norske veilederen anbefales ASDAS-CRP som sykdomsaktivitetsmål og flere ulike måltall angis som aktuelle. Bl.a. foreslås ASDAS-CRP < 1,3 eller < 2,1, men det fastsettes hverken hvilket mål som bør brukes eller hvor mange man forventer kan oppnå målene. Vi har valgt å sette ønsket målnivå på < 2,1 ut ifra nivå oppnådd på avdelinger med best resultat.
Beregninger	Utvalg: Pasienter diagnostisert med aksial spondyloartritt som første revmatologiske diagnose i 2014 eller senere, og som også har vært til kontroll med registrert ASDAS-CRP 180 - 485 dager etter diagnosetidspunkt. Indikatoren viser gjennomsnittlig ASDAS-CRP måling gjort ved den kontrollen som er nærmest i tid til 1 år etter diagnosetidspunkt.
Opplysninger om utvalg og avgrensninger	At «1 år etter diagnosetidspunkt» defineres til mellom 6 måneder (180 dager) og 1 år og 4 måneder (485 dager) etter diagnosetidspunktet skyldes at pasientene ikke møter til kontroll nøyaktig ett år etter diagnosetidspunkt, men får sine kontroller på mer omtrentlige tidspunkt. Etter registeret startet i 2014 har det vært mulig å etterregistrere pasienter som fikk sin artrittdiagnose før registeret startet opp. Disse pasientene har ikke nødvendigvis historiske oppføringer av kontroller. Derfor gjelder indikatoren kun for pasienter som fikk sin diagnose i 2014 eller senere.

I de nyeste europeiske anbefalingene for behandling og oppfølging av pasienter med aksial spondyloartritt (SpA) angis ASDAS-CRP som den foretrukne komposittindeksen til bruk for vurdering av sykdomsaktivitet og remisjon hos spondyloartrittpasienter. ASDAS-CRP er en vektet indeks som består av CRP i lag med pasientens VAS-registrering (skala 0-10) av ryggsmerte, leddsmerte/leddhevelser, morgenstivhet og pasientvurdert sykdomsaktivitet.

En del pasienter med aksial SpA har tilstrekkelig effekt av behandling med non-steroidale anti-inflammatoriske legemidler (NSAIDs) og

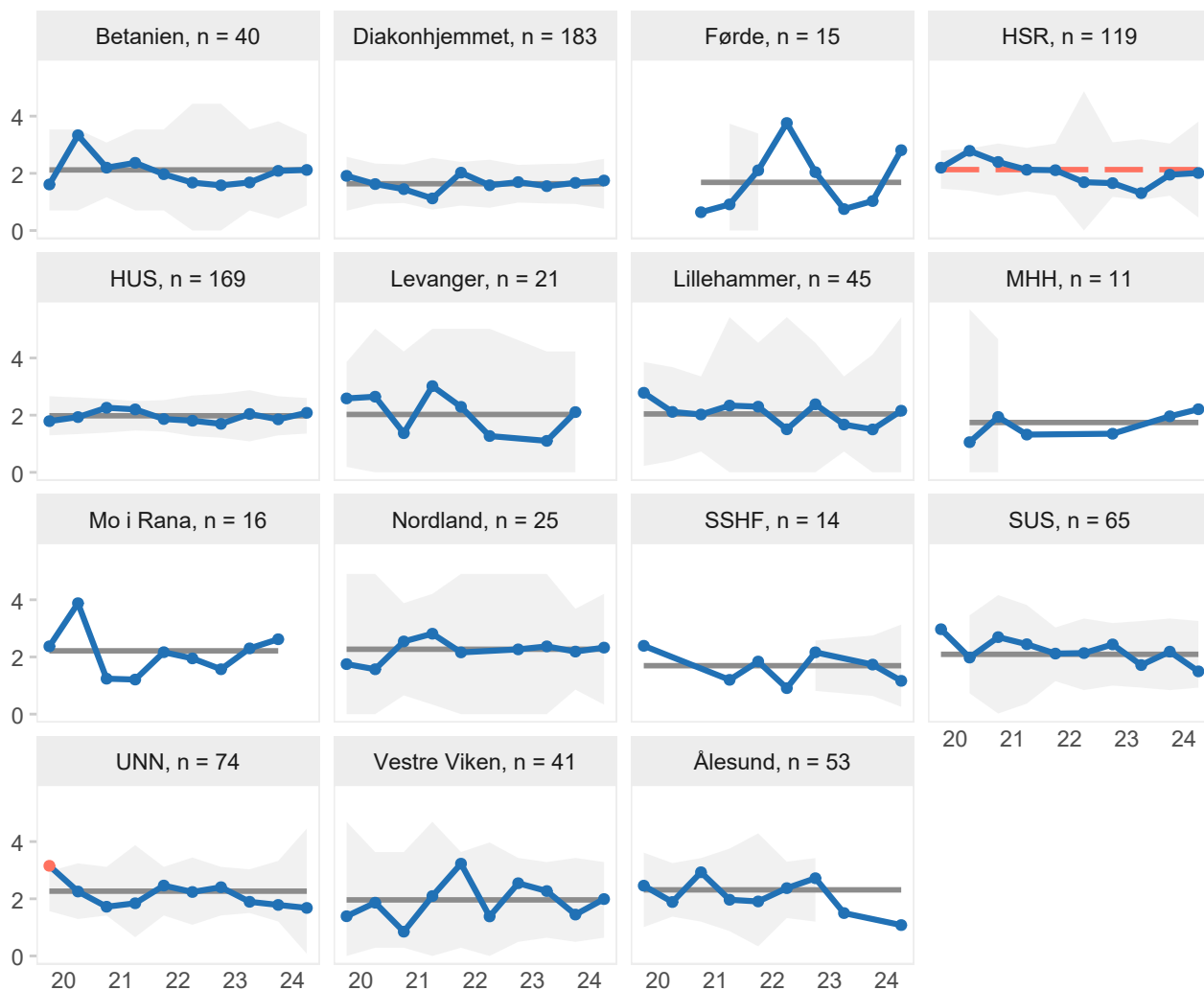


FIGUR 2.20: Gjennomsnittlig ASDAS-CRP for spondyloartrittpasienter ved 1-årskontroll, fordelt på diagnoseår. Tall for 2025 vises ikke da kun et fåtall pasienter har nådd perioden for 1-årskontroll av de som var diagnostisert i 2025. Gjelder 1 721 pasienter diagnostisert mellom 2014 og 2024.

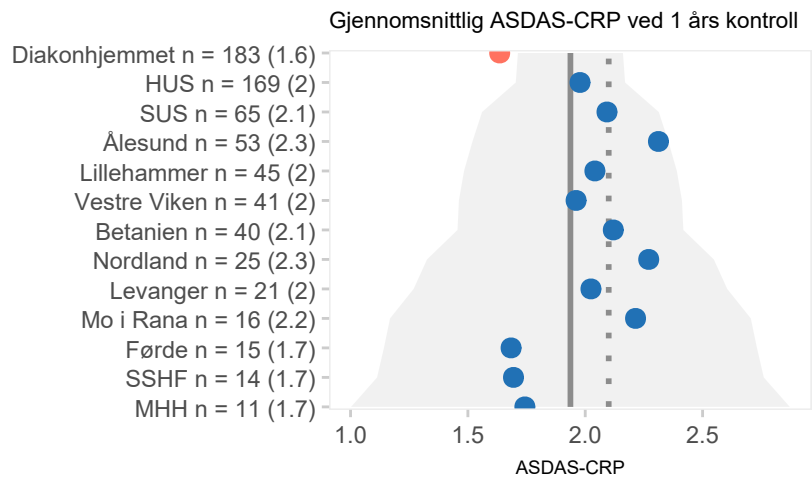
trening. Når diagnosen stilles, vil man oftest prøve dette i første omgang, og pasientene følges så av spesialist en periode for å se om de oppnår tilstrekkelig symptomkontroll på slik behandling. Hos mange pasienter er trening og NSAIDs imidlertid ikke tilstrekkelig, og disse pasientene tilbys da biologiske sykdomsmodifiserende midler (bDMARDs) eller målrettede syntetiske DMARDs (tsDMARDs). Hos pasienter som har oppnådd tilfredsstillende sykdomskontroll ved hjelp av trening og NSAIDs avsluttes vanligvis kontroller ved spesialistpoliklinikk og pasienten følges videre hos allmennlege. Når oppfølgingen ved spesialistavdeling avsluttes er derimot ulikt fra avdeling til avdeling.

Flertallet av avdelinger beholder oppfølging av pasienter som benytter DMARDs, men noen avdelinger avslutter også spesialistoppfølging av disse pasientene. Vi presenterer derfor resultater ett år etter diagnosen ble stilt, fordi vi antar at flertallet av pasientene da fortsatt følges i avdelingene. Skulle en avdeling i større grad enn andre beholde oppfølgingen av pasientene vil dette kunne påvirke deres resultater positivt ettersom friske pasienter trekker ned gjennomsnittlig ASDAS-CRP.

Figur 2.20 viser gjennomsnittlig ASDAS-CRP for pasienter med aksial spondyloartritt ved 1-årskontroll, fordelt på diagnoseår. Det kan se ut som om ASDAS-CRP har hatt en svakt fallende trend disse årene. Totalt var det 5 601 pasienter diagnostisert med aksial spondyloartritt i 2014 eller senere som har hatt diagnosen i minst 365 dager ved dato for datauttrekk. Av disse er 2 920 ekskludert fra indikatoren på grunn av manglende registrert kontroll i tidsrommet 180 til 485 dager etter



FIGUR 2.21: Xbar-diagram som viser gjennomsnittlig ASDAS-CRP for spondyloartrittpasienter 1 år etter diagnosedato. Diagnoseår er angitt på x-aksen. Den heltrukne linjen angir gjennomsnittsverdi for tidsperioden. De grå feltene indikerer styringsgrenser etter spc-metodikken (3-sigma grenser), altså området for normalvariasjon. Hvis enkeltverdier faller utenfor grensene (markert som oransje punkt) og/eller midtlinjen er oransje, viser dette at gjennomsnittlig ASDAS-CRP ikke har vært stabil over tid. Totalt er det 904 pasienter. Sykehus med færre enn 10 pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.22: Gjennomsnittlig ASDAS-CRP ved 1 års kontroll for spondyloartrittpasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024. Helseforetak som faller utenfor 3-sigma-grensene, markert med det grå området, skiller seg ut fra det som er forventet normal variasjon. Den stiplede linjen viser ønsket måloppnåelse med ASDAS-CRP < 2,1, mens den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Helseforetak med færre enn 10 pasienter er tatt bort fra visningen. Gjelder 904 pasienter diagnostisert mellom 2020 og 2024.

diagnosedato. Ytterligere 960 pasienter ekskluderes fra indikatoren på grunn av manglende målinger ved 1-årskontroll.

Figur 2.21 på forrige side viser gjennomsnittlig ASDAS-CRP for de enkelte sykehusene, mens man i figur 2.22 sammenligner resultatene mellom de sykehusene som har hatt stabil variasjon for denne målingen. Det er signifikante forskjeller mellom sykehusene i gjennomsnittlig ASDAS-CRP ved 1-års kontroll for spondyloartrittpasienter diagnostisert mellom 2017 og 2021. Diakonhjemmet sykehus skiller seg positivt ut med markant lavere ASDAS-CRP enn de andre sykehusene i sammenligningen.

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

«Modified Health Assessment Questionnaire» (MHAQ) er et sykdomsspesifikt mål for funksjon hos pasienter med RA, og beskrives nærmere i [avsnitt 2.2.1](#). Fra 2018 har pasientene også registrert et generisk mål for livskvalitet (RAND-12). Dette beskrives nærmere i [avsnitt 2.2.2](#) på side 40.

For artrittpasienter benyttes i tillegg sammensatte indekser for sykdomsaktivitet der pasientrapporterte resultatmål (PROM) inngår. Den vanligste indeksen for RA, og til dels også for psoriasisartritt, er DAS28-CRP som inneholder visuell analog skala (VAS) for pasientens vurdering av sykdomsaktivitet, CRP/senkning, og antall hovne og ømme ledd. For psoriasisartritt er også DAPSA mye brukt. Denne indeksen summerer antall ømme (0-68) og hovne ledd (0-66), pasientens helhetsvurdering og smerte (to ulike VAS oppgitt i cm), samt CRP. «Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index» (BASDAI) benyttes ved spondyloartritter og inneholder 6 spørsmål som pasienten besvarer vedrørende smerter, stivhet og utmattelse relatert til spondyloartritt. «Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score CRP» (ASDAS-CRP) er et nyere sammensatt mål der 3 av spørsmålene i BASDAI inngår i tillegg til VAS for pasientens vurdering av sykdomsaktivitet samt CRP.

Alle PROM i registeret er anerkjente i hele det revmatologiske fagmiljøet, nasjonalt såvel som internasjonalt.

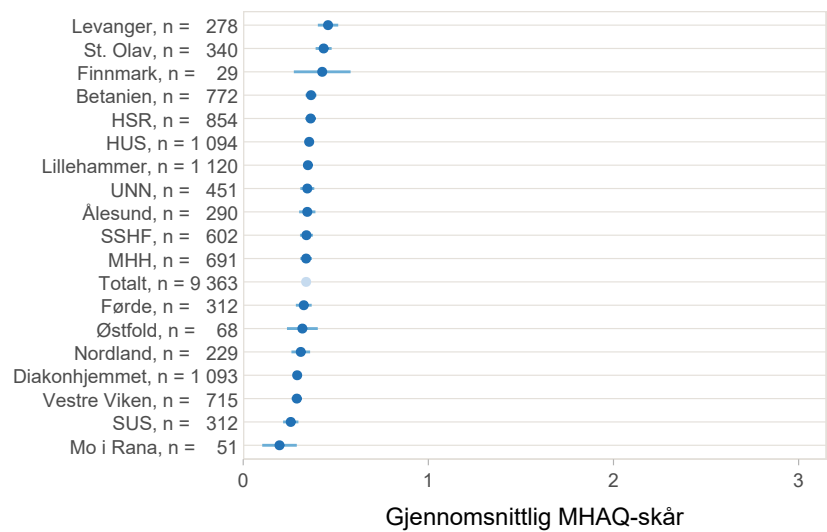
Vi har gjennomgått mulighet for pasientrapporterte erfaringsmål (PREM) i NorArtritt i samarbeid med Fagsenter for pasientrapporterte data, Haukeland universitetssykehus. PREM kan imidlertid ikke inngå i den vanlige rutinen for spørreskjema fordi disse skal gjøres blindet.

2.2.1 MHAQ– funksjon blant pasienter med revmatoid artritt

MHAQ (modified health assessment questionnaire) er et pasientrapportert mål for fysisk funksjon hos pasienter med revmatoid artritt. Skåren går fra 0,0 til 3,0 og høyere skår angir dårligere funksjon. MHAQ < 0,3 anses som normal funksjon. Det foreligger ikke fastsatte grenser for funksjon, men følgende grenser har vært foreslått:

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| – mild funksjonsnedsettelse | - MHAQ (0,3 - 1,3) |
| – moderat funksjonsnedsettelse | - MHAQ (1,3 - 1,8) |
| – alvorlig funksjonstap | - MHAQ (1,8 - 3,0) |

I [figur 2.23](#) på neste side vises det at gjennomsnittlig skår blant RA-pasienter er 0,34. Dette er meget bra og stemmer godt med at en så høy andel av pasientene har lav sykdomsaktivitet eller remisjon. (Se [avsnitt 2.1.5](#) på side 26 og [avsnitt 2.3.3](#) på side 57).

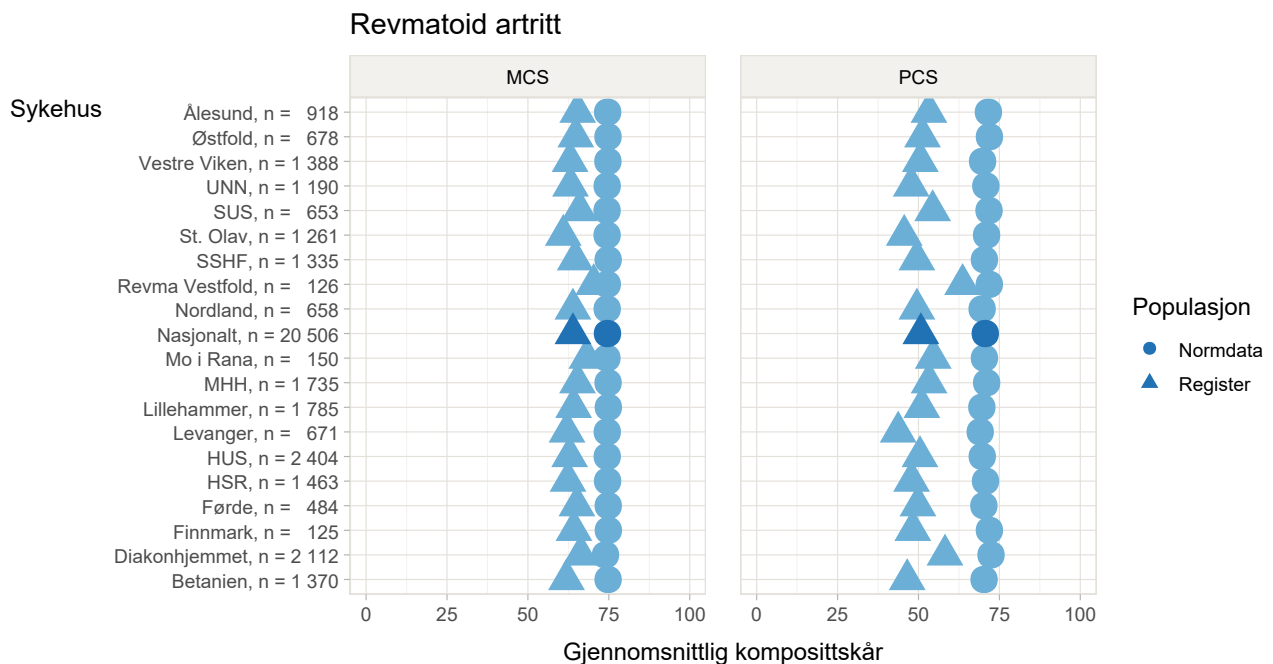


FIGUR 2.23: Figuren viser gjennomsnittlig MHAQ-skår ved siste kontroll ved hvert helseforetak. MHAQ er en funksjonsskår der hver pasient svarer på 8 spørsmål om egen funksjonsevne i forskjellige situasjoner. Pasienten har rangert sin evne på en skala fra 0 til 3, hvor 0 betyr «uten problemer», 1 betyr «med visse problemer», 2 betyr «med store problemer» og 3 betyr «kunne ikke gjennomføre». 9 363 pasienter med RA er inkludert.

2.2.2 RAND-12– Livskvalitet blant pasienter med artrittsykdom

RAND-12 er et diagnoseuavhengig (generisk) instrument for måling av livskvalitet. Spørreskjemaet som utgjør RAND-12 har identiske spørsmål med SF-12 men måten data skåres på er noe forskjellig.

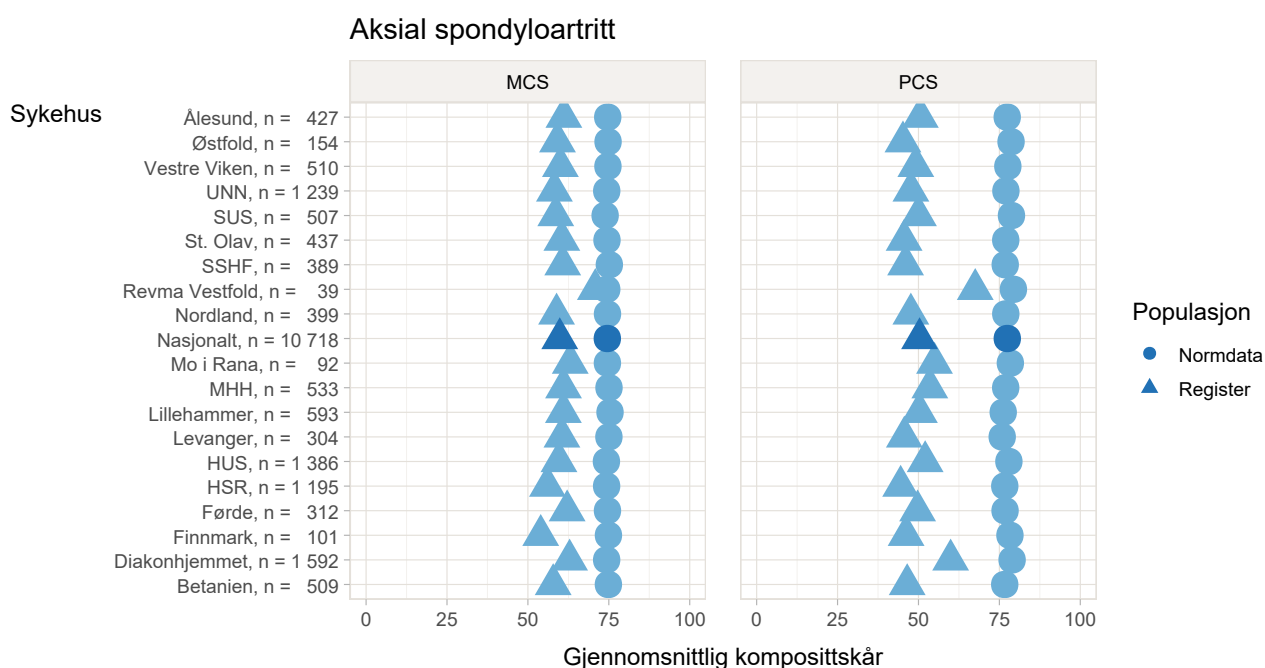
Kunnskapssenteret har oversatt den opprinnelige versjonen av RAND-12 til norsk, og oversettelsen er gjort i tråd med internasjonale retningslinjer for oversettelse av PROM. RAND-12 inneholder 12 spørsmål som ivaretar åtte ulike dimensjoner, hvor hver dimensjon gir en skår mellom 0 og 100. Høyest skår indikerer best helserelatert livskvalitet. De åtte dimensjonene er: mental helse, vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollebegrensning, smerte, generell helse, fysisk funksjon og fysisk rollebegrensning.



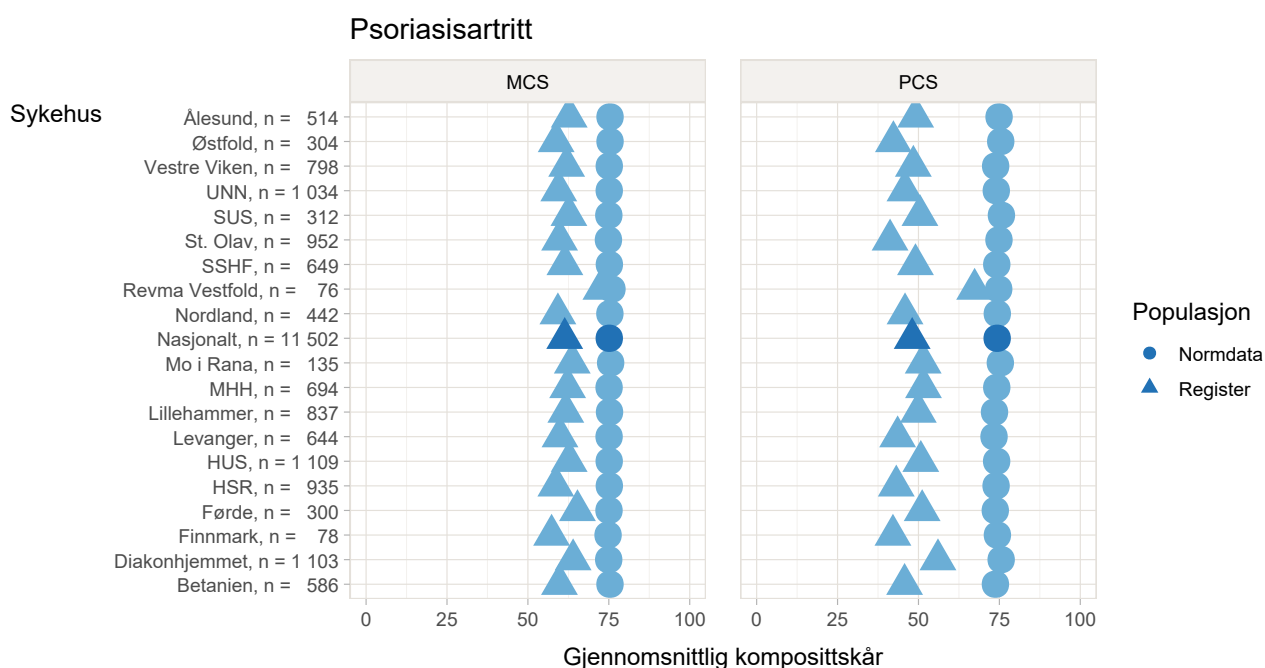
FIGUR 2.24: Komposittskår for mental og fysisk helse (mental component summary- MCS, og physical component summary- PCS) for pasienter med revmatoid artritt, sammenlignet med forventet populasjonsgjennomsnitt for en befolkning med samme alders- og kjønnsfordeling (normdata). Tallene er basert på den nyeste målingen for 20506 pasienter.

De ulike dimensjonene kan brukes til å lage komposittskåringer for mental og fysisk helse, henholdsvis mental component summary (MCS), og physical component summary (PCS), hvor de fire førstnevnte dimensjonene utgjør mental helse og de fire sistnevnte fysisk helse. Skåringer for RAND-12 mental- og fysisk helse varierer på samme måte som for de ulike dimensjonene fra 0 til 100, hvor 100 er best mulig helserelatert livskvalitet.

I figurene 2.24 til 2.26 på side 40–41 presenteres data for mental og fysisk helse på siste kontroll for de tre største pasientpopulasjonene i registeret, revmatoid artritt, aksial spondyloartritt og psoriasisartritt. Tall for pasientpopulasjonen presenteres i lag med forventet populasjonsgjennomsnitt for en befolkning med samme alders- og kjønnsfordeling. Populasjonsgjennomsnittet beregnes ved hjelp av



FIGUR 2.25: Komposittskår for mental og fysisk helse (mental component summary- MCS, og physical component summary- PCS) for pasienter med aksial spondyloartritt, sammenlignet med forventet populasjonsgjennomsnitt for en befolkning med samme alders- og kjønnsfordeling (normdata). Tallene er basert på den nyeste målingen for 10718 pasienter.



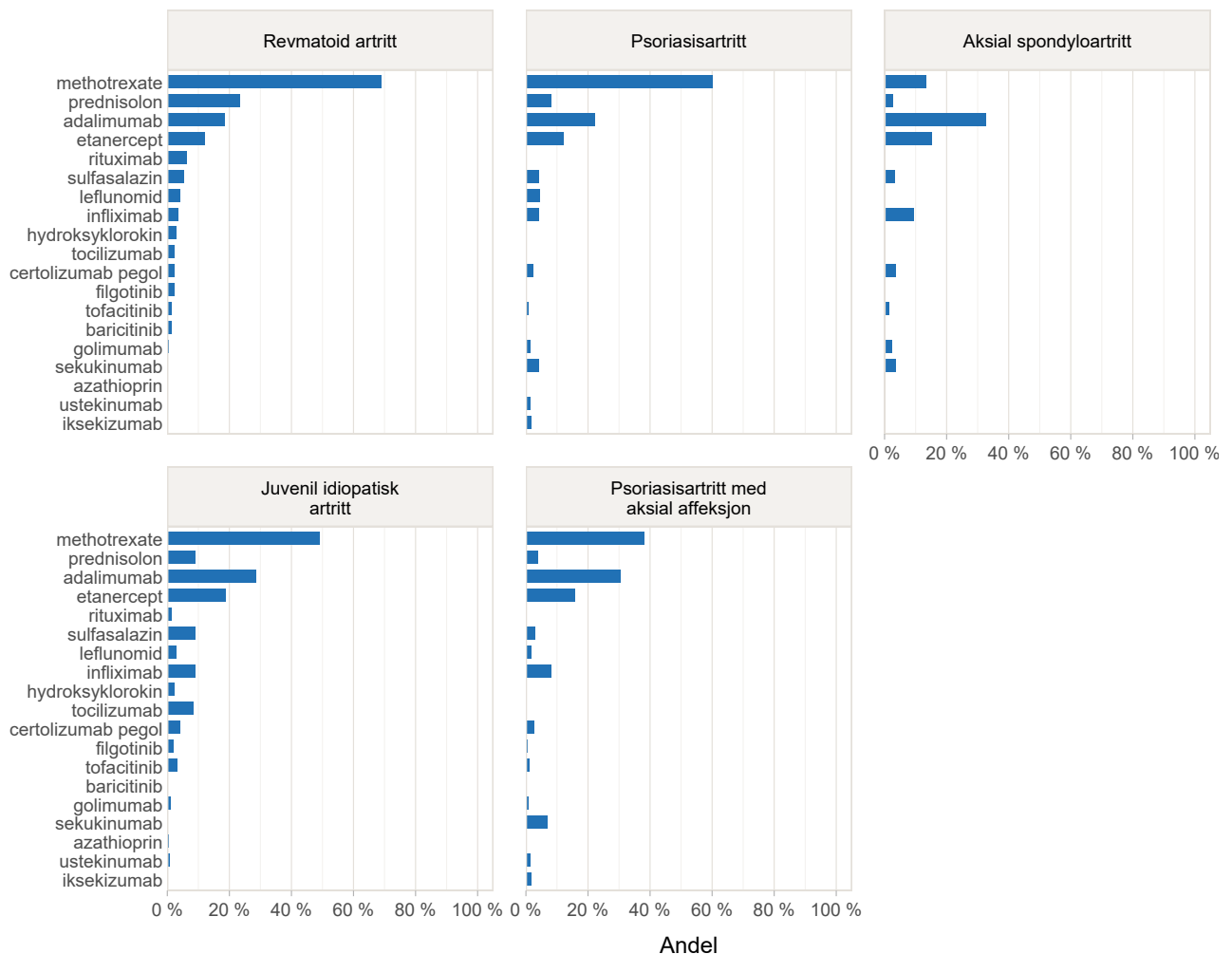
FIGUR 2.26: Komposittskår for mental og fysisk helse (mental component summary- MCS, og physical component summary- PCS) for pasienter med psoriasisartritt, sammenlignet med forventet populasjonsgjennomsnitt for en befolkning med samme alders- og kjønnsfordeling (normdata). Tallene er basert på den nyeste målingen for 11502 pasienter.

en normkalkulator utarbeidet med norske referanseverdier. Generelt har alle de tre sykdomsgruppene lavere skår for mental og fysisk helse enn forventet populasjonsgjennomsnitt. For alle gruppene er forskjellene størst for fysisk helse. For mental helse er forskjellen mellom pasientpopulasjon og normdata større for pasienter med aksial spondyloartritt og psoriasisartritt enn for pasienter med revmatoid artritt.

2.3 Andre analyser

2.3.1 Medikamentbruk

Hvilke medisiner som ble brukt av pasientene undersøkt i 2025 er vist i figur 2.27.



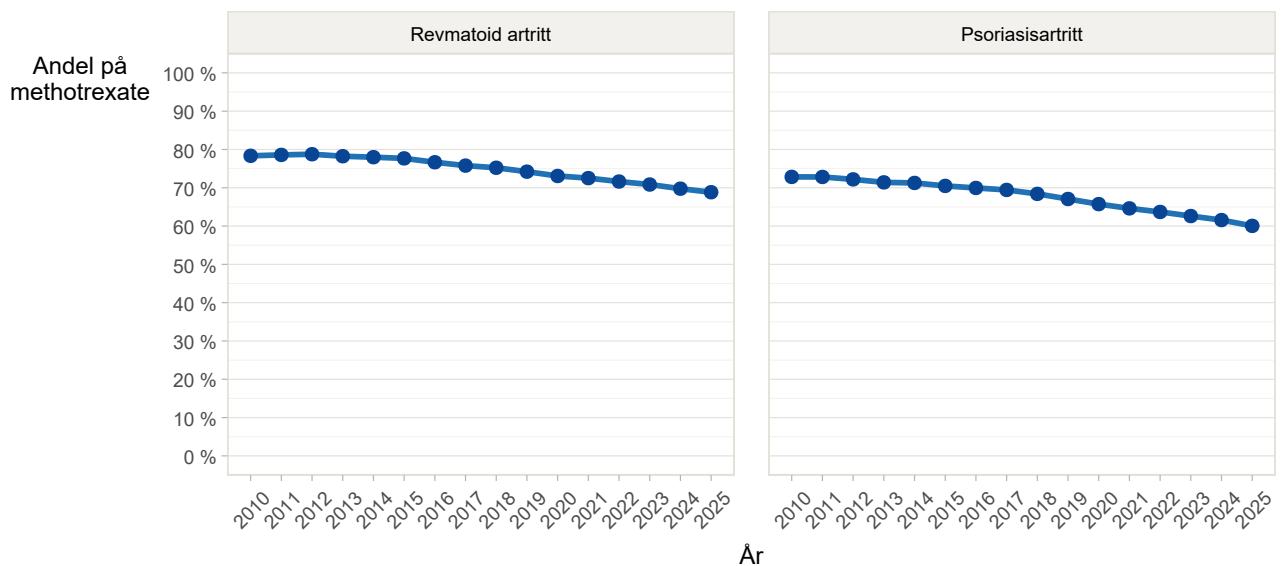
FIGUR 2.27: Figuren viser andelen pasienter som brukte ulike medikamenter i 2025, for hver diagnosegruppe, og gjelder 38 253 pasienter. En pasient kan bruke mer enn én medisin samtidig og inngå i flere av søylene. 3 327 pasienter brukte ingen medisiner i det hele tatt, eller de brukte medisiner som ikke registreres i registeret, for eksempel NSAIDs.

Bruk av Methotrexate

Methotrexate inngår i gruppen av sykdomsmodifiserende medikamenter som kalles konvensjonelle syntetiske sykdomsmodifiserende medikamenter (conventional synthetic disease modifying anti-rheumatic drugs eller csDMARDs). I denne gruppen inngår også legemidlene sulfasalazin, hydroksyklarokin og leflunomid.

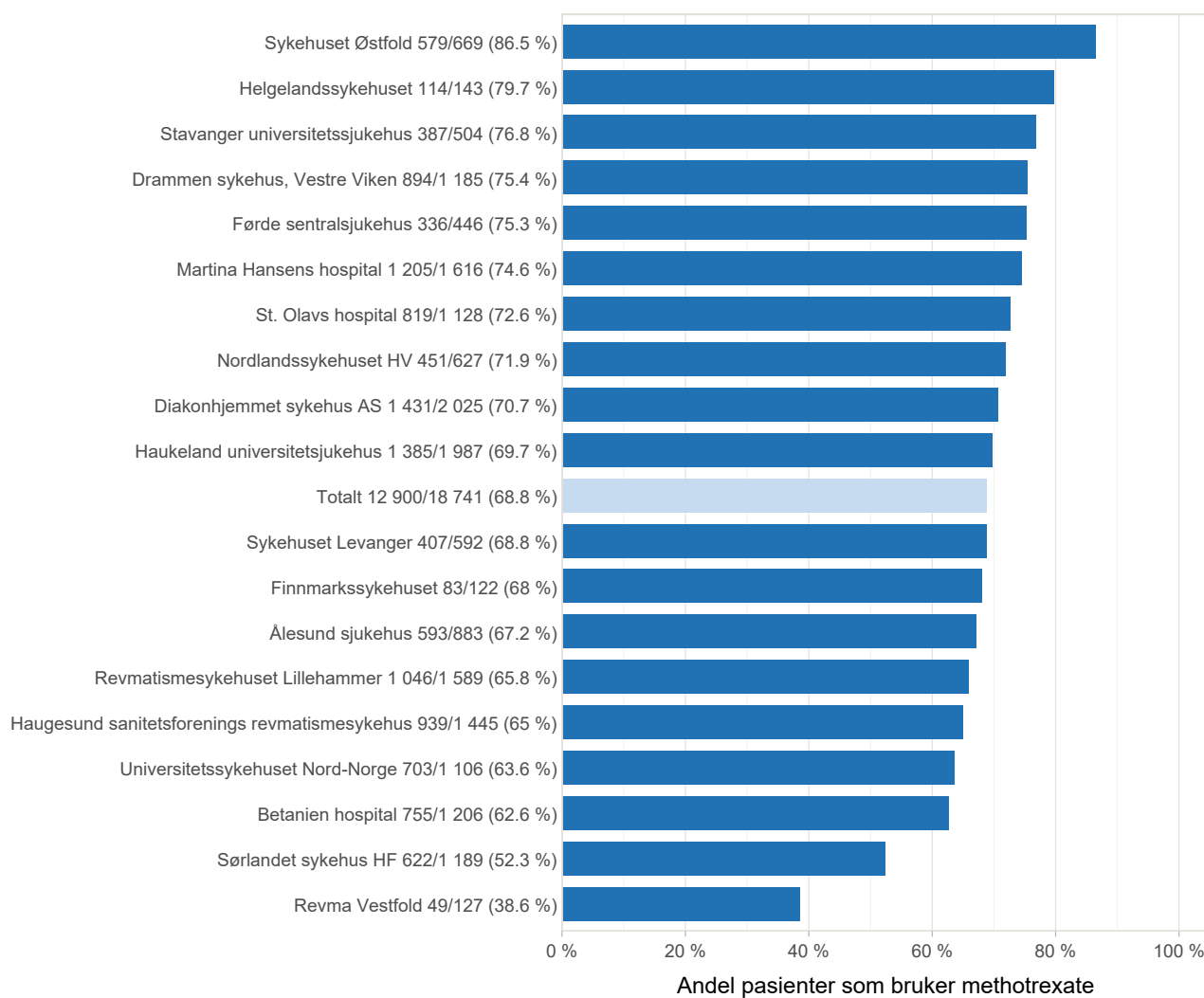
Figur 2.28 på neste side viser prosentandelen pasienter med RA og psoriasisartritt som brukte methotrexate (alene eller i kombinasjon) hvert år fra 2010 til utgangen av 2025. Vi ser at andelen har falt noe de siste årene. Det er flere mulige årsaker til dette fallet. Økende bruk av

biologiske og målrettede syntetiske DMARDs i monoterapi kan være en forklaring. En annen årsak kan være at forbedret dekningsgrad også innebærer at friskere pasienter inkluderes i registeret, hvorav noen ikke bruker medikamentell behandling i det hele tatt.

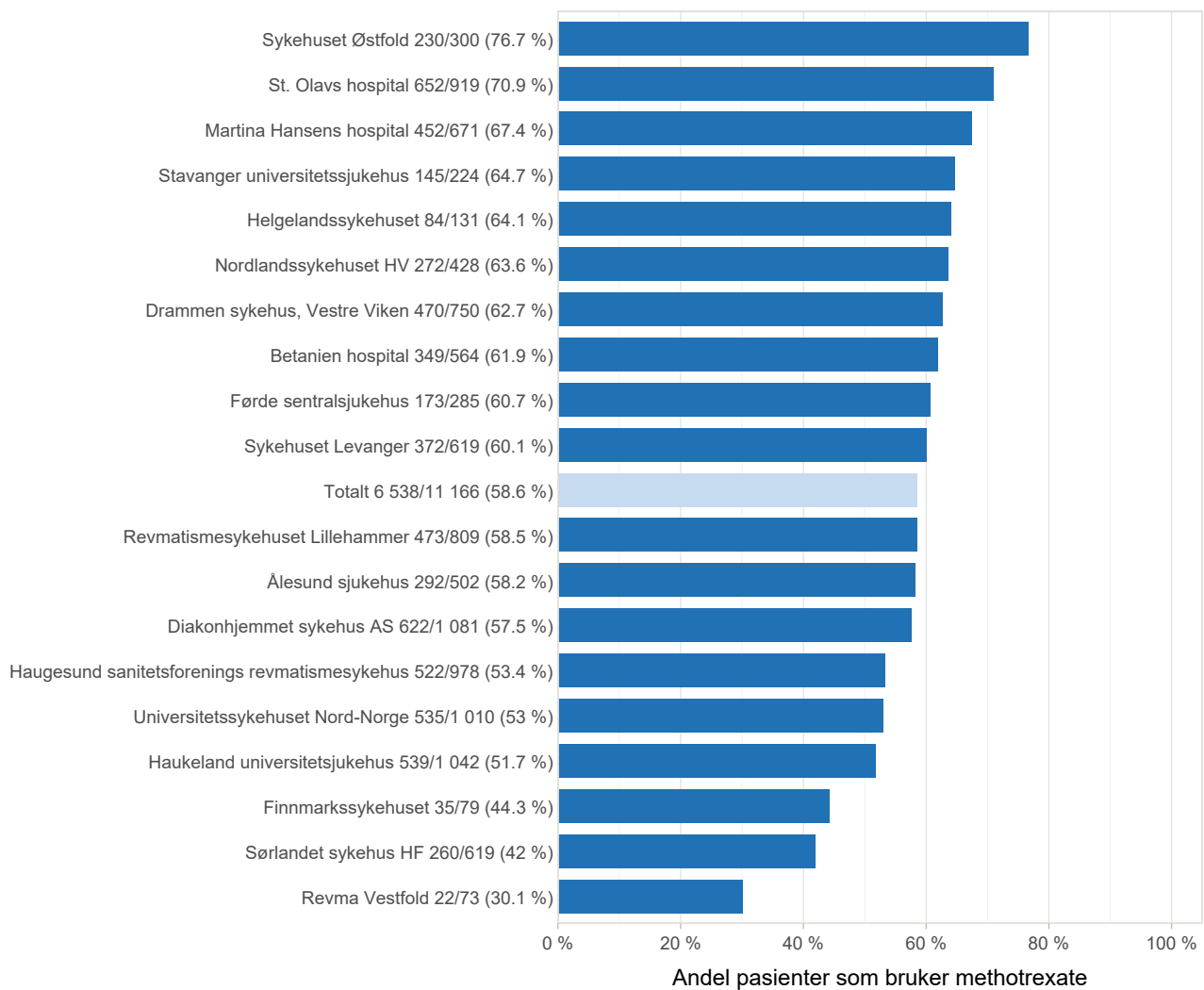


FIGUR 2.28: Andelen pasienter som bruker methotrexate synes å ha falt noe de siste årene. Figuren viser andelen pasienter som brukte methotrexate per år, for pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartritt. Pasienter som ikke gikk på noen medisiner i det hele tatt er med i utregningen. Basert på 31 452 pasienter.

Figurene 2.29 og 2.30 på neste side og på side 46 viser andelen RA-pasienter og PSA-pasienter som bruker methotrexate ved de ulike sykehusene, og vi ser at det er stor variasjon mellom enhetene. Nasjonalt brukte rundt 69 % av RA-pasientene og 59 % av PSA-pasientene methotrexate i 2025.



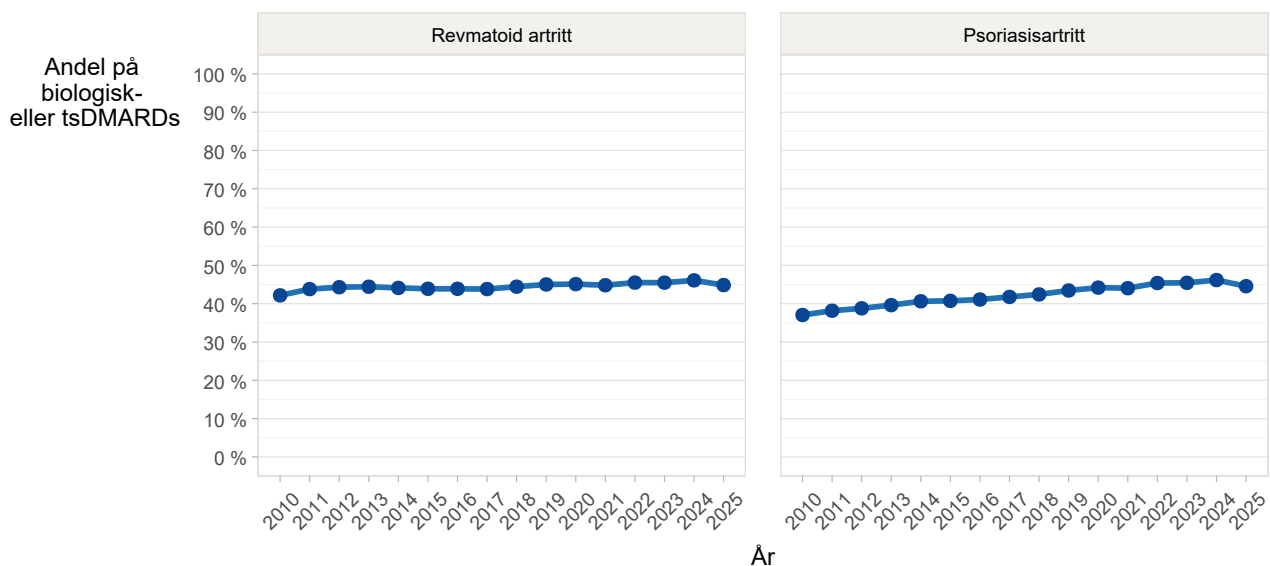
FIGUR 2.29: Figuren viser andelen RA-pasienter som brukte methotrexate minst én dag i løpet av 2025. Basert på medisinforløp for 18 741 pasienter. Foretak med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.30: Figuren viser andelen psA-pasienter, både med og uten aksial affeksjon, som brukte methotrexate minst én dag i løpet av 2025. Basert på medisinførlop for 11 166 pasienter. Foretak med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.

Bruk av biologiske- og målrettede syntetiske DMARDS

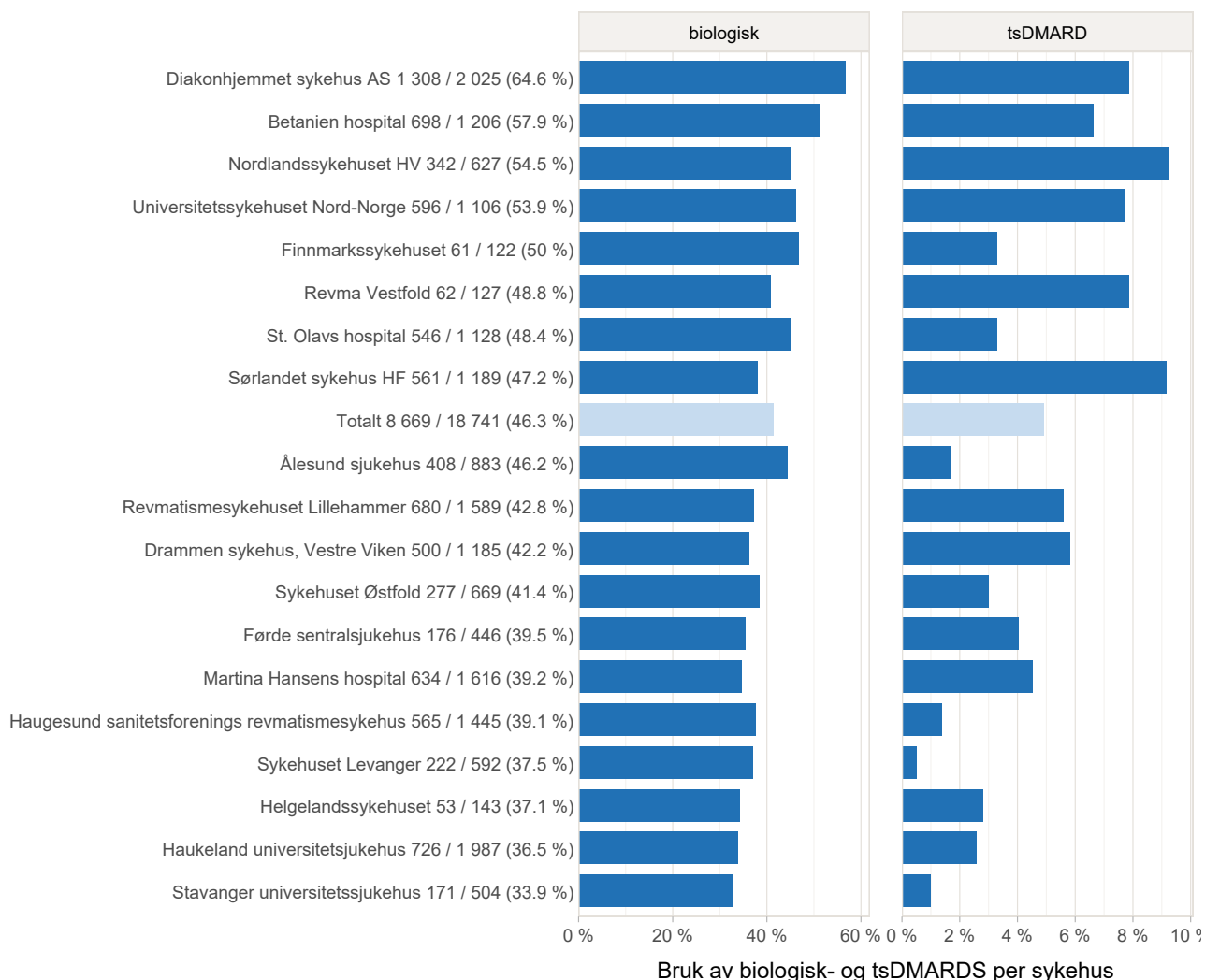
Biologiske medikamenter (bDMARDS) er en samlebetegnelse for tumor nekrose faktor (TNF)-alfa-hemmere, interleukinhemmere, og B- og T-celle-hemmere. Biologiske medikamenter består av store molekyler framstilt av levende celler. Disse har vært brukt mot revmatisk sykdom siden 1999 og representerer et viktig tilbud til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av standardbehandling. I 2018 begynte vi i Norge i tillegg å ta i bruk de såkalte «targeted synthetic disease modifying drugs» eller tsDMARDS. Effektmessig likestilles midlene med biologiske DMARDS. Ved de fleste revmatologiske sykdommer som gir artritt i perifere ledd (f.eks. revmatoid artritt eller psoriasisartritt) bør et biologisk medikament kombineres med et konvensjonelt syntetisk DMARD for å oppnå best effekt, og for at effekten skal opprettholdes over tid. Ved ren aksial sykdom, dvs. sykdom i ryggstøylene og bekkenleddene (f.eks. ankyloserende spondylitt), har syntetiske DMARDS liten dokumentert effekt, og viktigheten av å kombinere biologiske medikamenter med csDMARD er da usikker.



FIGUR 2.31: Figuren viser andelen pasienter som brukte biologisk- eller målrettet syntetisk behandling per år, for pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartritt. Pasienter som ikke gikk på noen medisiner i det hele tatt er med i utregningen. Basert på 31 452 pasienter.

Figur 2.31 viser andelen pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartritt som brukte biologiske og målrettede syntetiske medisiner hvert år fra 2010 til utgangen av 2025. Bruken av disse medikamentene er relativt stabil for pasienter med revmatoid artritt, mens vi ser en økning i bruk blant pasienter med psoriasisartritt.

I figurene 2.32 til 2.34 på side 48–50 vises andelen pasienter med henholdsvis RA, PSA og spa som bruker bDMARDS og tsDMARDS per sykehus. Vi ser at det er vesentlige forskjeller i andel som bruker tsDMARDS og bDMARDS mellom sykehusene. Dette kan representere reelle forskjeller, men kan også ha å gjøre med ulik dekningsgrad. Ved lav dekningsgrad kan f.eks. de sykeste pasientene være inkludert først, og man får inntrykk av høyere bruk av disse medisinene.



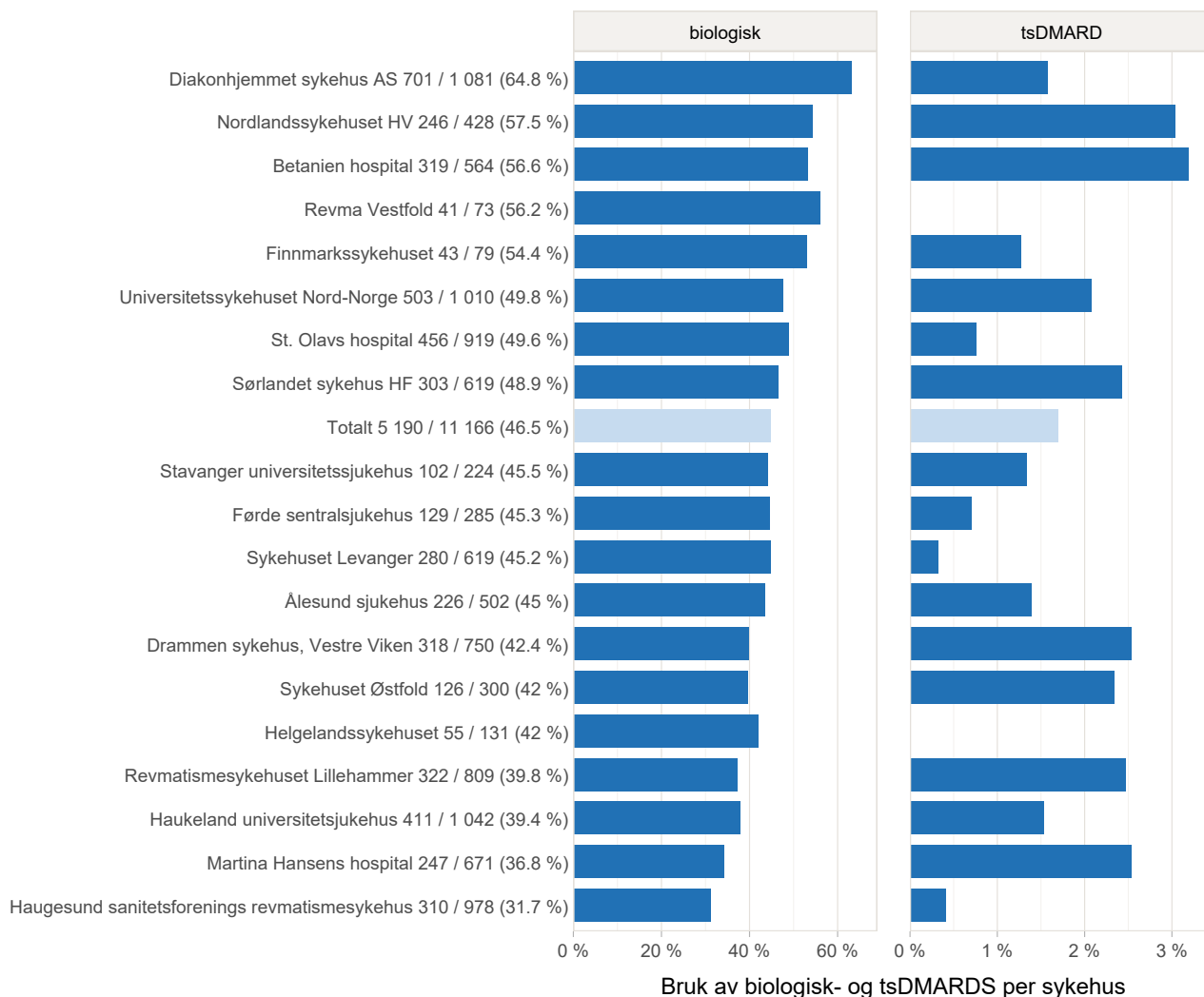
FIGUR 2.32: Figuren viser andelen RA-pasienter som brukte biologisk- eller tsDMARDs minst én dag i løpet av 2025. Basert på medisinforløp for 18 741 pasienter. Foretak med færre enn 25 pasienter er ekskludert fra figuren.

Figur 2.35 på side 51 viser andelen pasienter med de ulike diagnosene som brukte et biologisk medikament eller tsDMARDs i 2022 enten alene eller i kombinasjon med andre legemidler.

I 2025 brukte 17 104 (47 %) pasienter et biologisk medikament på siste kontroll. Dette gjaldt 39 % av pasienter med RA, 45 % med PSA og 63 % av pasienter med axSpA. I løpet av 2025 brukte 918 pasienter med RA tsDMARDs. Av disse brukte 407 (44 %) filgotinib, 246 (27 %) baricitinib og 257 (28 %) tofacitinib. I figur 2.36 på side 52 vises bruken av de ulike biologiske legemidlene ved hver sykehusavdeling.

Overlevelse av biologiske og målrettede syntetiske DMARDs

I figur 2.37 på side 53 vises medikamentoverlevelse, dvs tid fra et medikament er påbegynt til det avsluttes av en eller annen grunn. I analysen vises resultater for første biologiske eller tsDMARDs for pasienter diagnostisert i 2015 eller seinere. Formålet med å begrense utvalget til disse pasientene er å sikre mest mulig komplette data

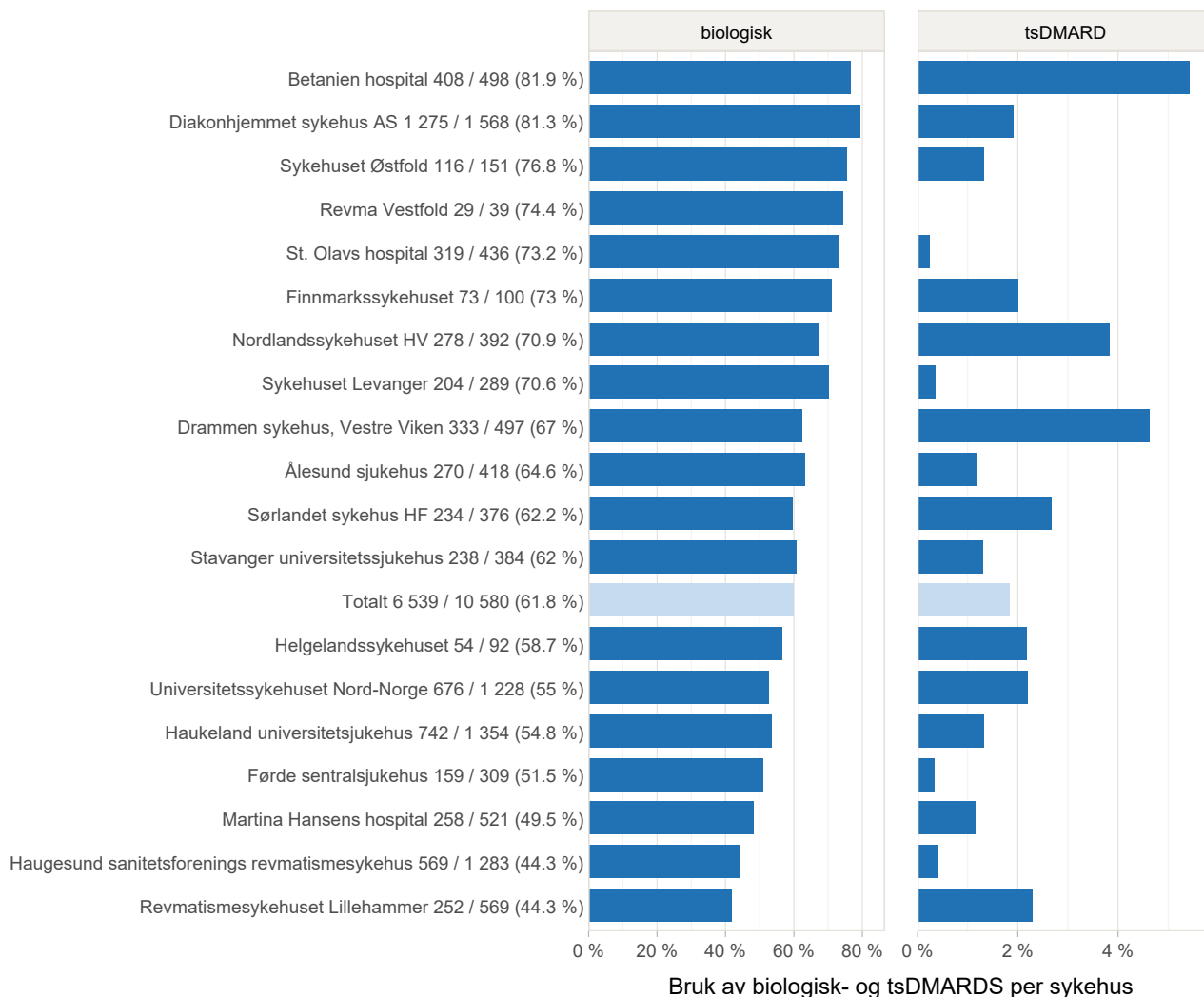


FIGUR 2.33: Figuren viser andelen PSA-pasienter, både med og uten aksial affeksjon, som brukte biologisk- eller tsDMARD minst én dag i løpet av 2025. Basert på medisinfølg for 11 166 pasienter. Foretak med færre enn 25 pasienter er ekskludert fra figuren.

vedrørende medikamenter. Pasienter som f.eks. fikk sin diagnose i 2004 og så ble inkludert i NorArtritt i 2014 kan ha benyttet en rekke ulike medikamenter før de ble inkludert og det vil da være usikkert om tidligere medikamenter er blitt etterregistrert. Dette har betydning fordi sannsynligheten for at man beholder et medikament er høyest for det første medikamentet som prøves.

Tid 0 representerer startdato for første biologiske eller tsDMARD, uansett når dette var (men etter 2015). Derfra følges hver enkelt pasient frem til han/hun slutter med medikamentet av en eller annen årsak eller, i tilfeller der pasienten ikke slutter med medikamentet, frem til sluttdagen for analysen (dvs 31. desember 2025).

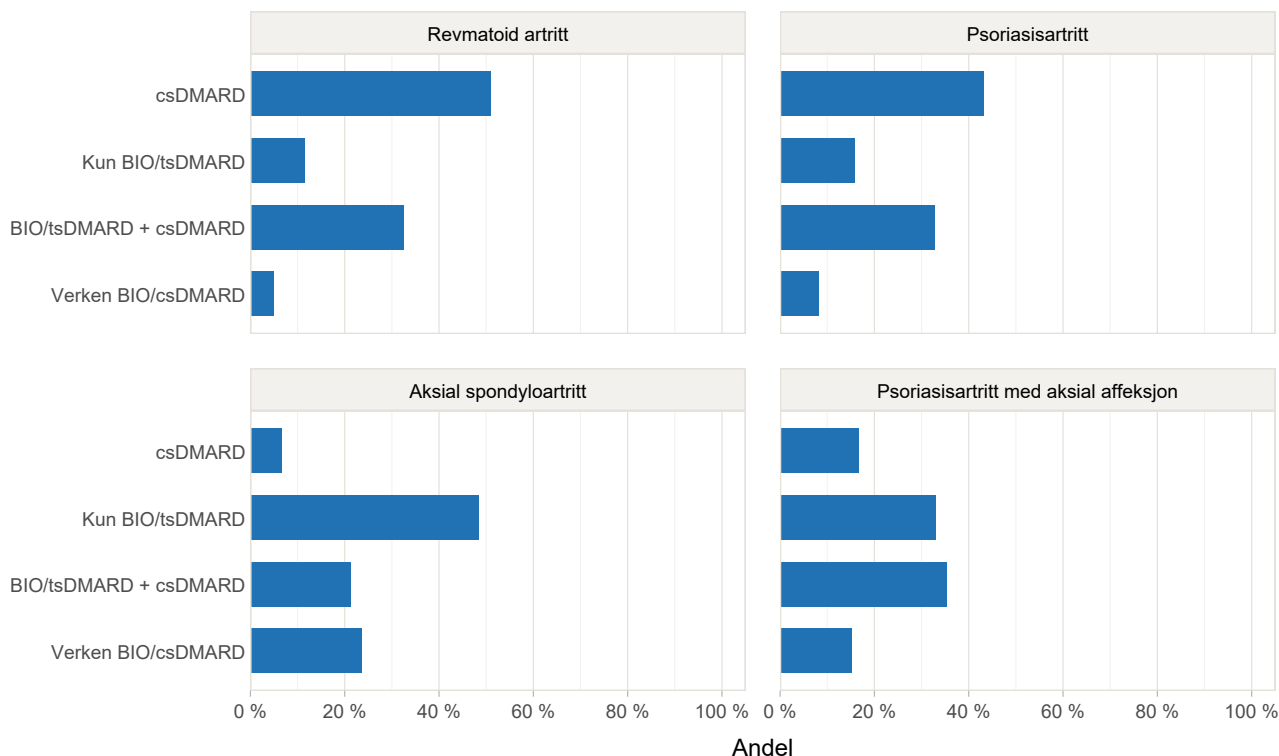
Vi ser at infliximab har dårligst medikamentoverlevelse og etter 5 år er det kun 25 % av pasientene som fortsatt bruker preparatet. For dette legemidlet synes det derimot som at de pasientene som ikke har sluttet med det i løpet av de første 2-3 årene, beholder legemidlet i mange år videre. Dette er kjent fra litteraturen og skyldes en



FIGUR 2.34: Figuren viser andelen spa-pasienter som brukte biologisk- eller tsDMARD minst én dag i løpet av 2025. Basert på medisinformløp for 10 580 pasienter. Foretak med færre enn 25 pasienter er ekskludert fra figuren.

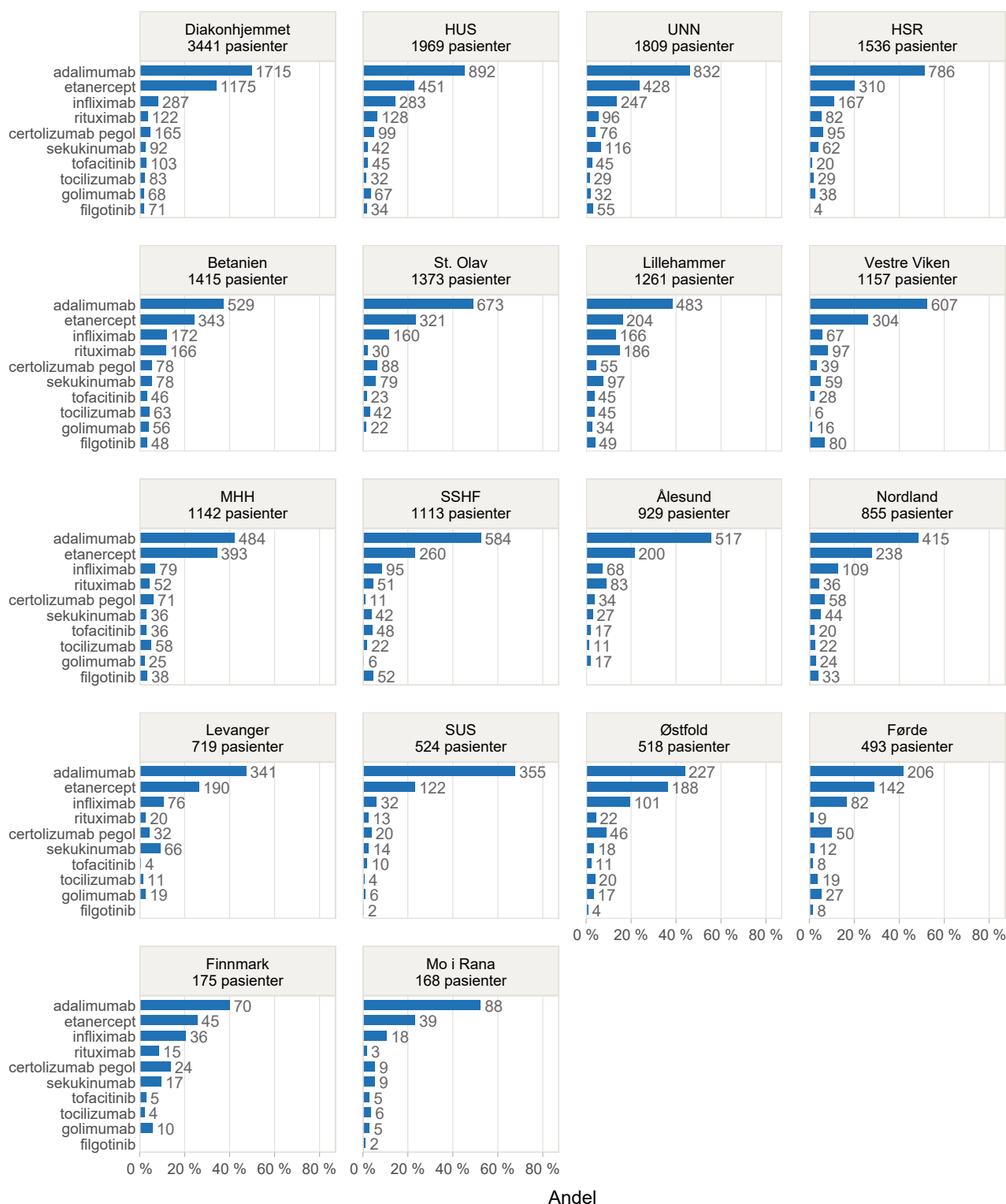
tendens til dannelse av antistoffer mot legemidlet slik at pasienten må avslutte behandlingen og vanligvis bytter til et annet legemiddel. Legemiddelet med best overlevelse de første 5 årene er rituksimab, noe som kan tenkes å skyldes at medikamentet gis halvårlig og at man oftest ikke vurderer avslutning før man har gitt minst 2 runder (med 6 måneders mellomrom). Likefullt fortsetter rituksimab å være ett av legemidlene med best overlevelse etter 5 og 10 år. Figuren viser også at etanercept og adalimumab, som har svært mange brukere, ligger omtrent på midten, men med noe bedre 5-års overlevelse for adalimumab.

I figur figur 2.38 på side 53 vises samme kurve begrenset til det første året av behandlingen. Her ser vi tydeligere forskjellene mellom legemidlene og innen ca 150 dager har allerede 25 % sluttet med infliksimab. Noe mer overraskende er det at man ser en nesten like stor andel som har avsluttet certolizumab. Årsaken kan tenkes å være at dette gjerne gis som første biologiske medikament til kvinner

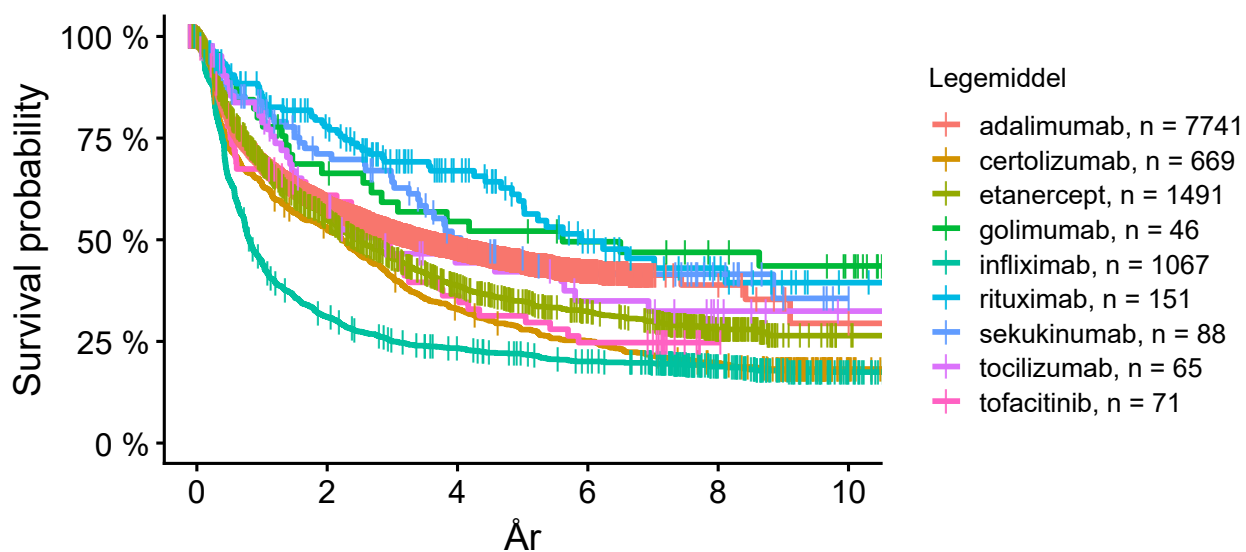


FIGUR 2.35: Andel pasienter i de ulike diagnosegruppene som kun bruker konvensjonelle syntetiske medikamenter, kun bruker biologisk behandling eller tsDMARD (targeted synthetic disease modifying anti-rheumatic drugs), som bruker biologisk behandling/tsDMARD sammen med csDMARDs (syntetiske DMARDs) og som verken bruker biologisk/tsDMARD eller konvensjonelle syntetiske DMARDs. De som ikke bruker noen medisin eller kun medisiner som ikke rapporteres til registeret er inkludert i gruppen «Verken BIO/csDMARD». (BIO = biologisk behandling, csDMARDs = conventional synthetic disease modifying anti-rheumatic drugs). Her er bare medisiner som var i bruk i 2025 tatt med. Tallene er basert på 38 253 pasienter.

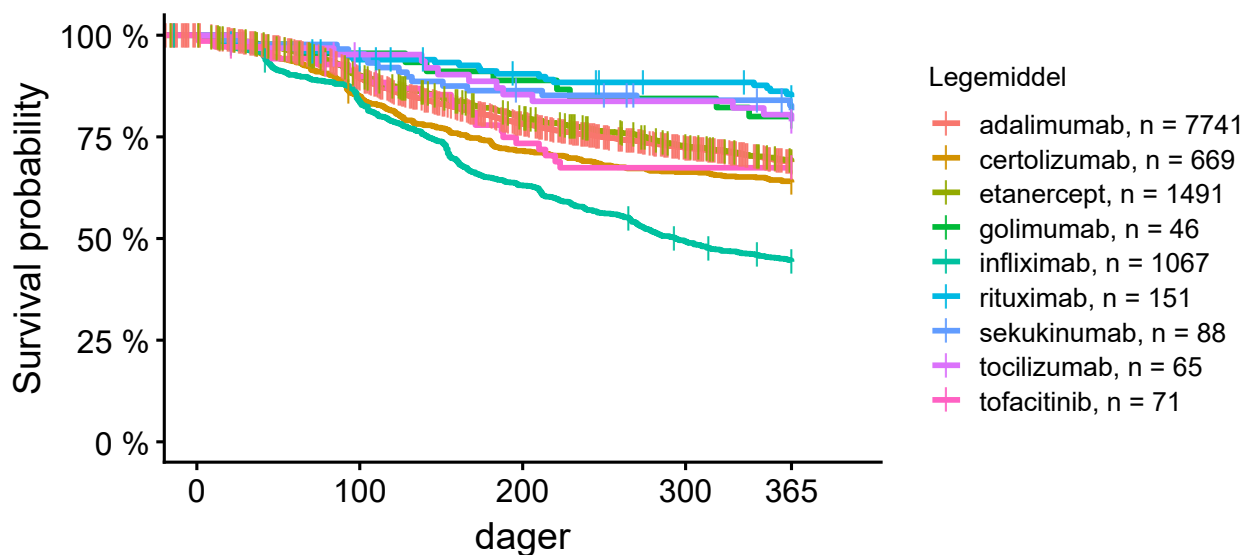
som er gravide og som så slutter med medikamentet mot slutten av svangerskapet. Da er årsaken til avslutning hverken utilfredsstillende effekt eller bivirkninger, slik tilfellet vanligvis er når et medikament avsluttes. I begge figurene må vi ta høyde for at et legemiddel feilaktig kan være registrert som det første biologiske eller tsDMARD hvis behandler har unnlatt å registrere tidligere brukt medikasjon, men kravet om diagnose fra 2015 og senere reduserer risikoen for denne feilen. Det skal også nevnes at pasienter med alle de inflammatoriske leddsykdommene er inkludert i analysen, og at det kan være forskjeller mellom diagnosene når det gjelder tendens til f.eks. å danne antistoffer mot medikamentene. En annen faktor som kan spille inn er samtidig bruk av metotreksat, som kan forhindre slik antistoffdannelse. Analyser som ser spesifikt på disse faktorene vil være av interesse, men fordrer et enda større pasientmateriale.



FIGUR 2.36: Hvilke biologiske- og tsDMARDs som brukes kan være ulikt mellom helseforetak. Figuren viser antall og andel pasienter, blant de som bruker biologiske legemidler, som brukte de ulike medikamentene i 2025. Flere pasienter byttet legemiddel i løpet av året, og disse vil da inngå i kolonnen for begge legemidlene. Av plasshensyn er kun de ti mest brukte virkestoffene inkludert i figuren. Gjelder 20 597 pasienter. Foretak med færre enn 30 medisinførlop er ikke vist i figuren.



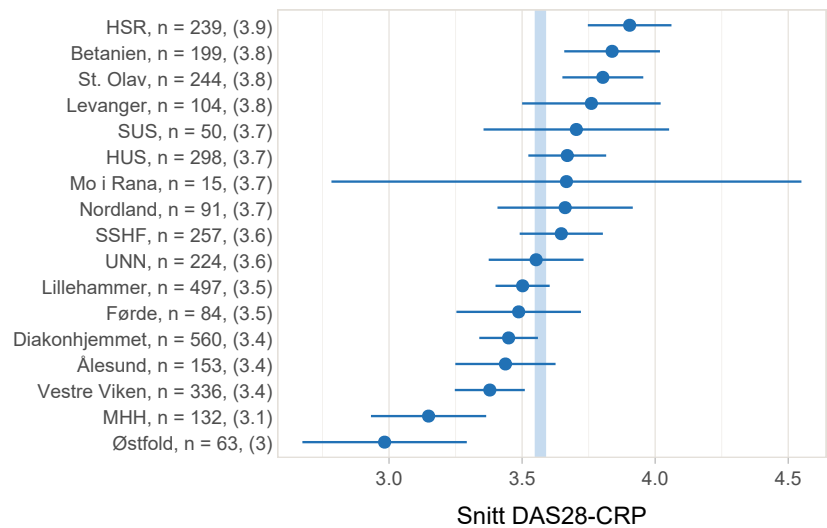
FIGUR 2.37: Figuren viser hvor lenge pasientene står på ulike biologiske og tsDMARDs før medisinerings avsluttes. Viser første medisinforløp med biologisk eller tsDMARD for pasienter diagnostisert med RA, PSA og SPA i 2015 eller senere. Legemiddel med færre enn 40 medisinforløp er ekskludert. Totalt er 11389 pasienter inkludert.



FIGUR 2.38: Figuren viser hvor lenge pasientene står på ulike biologiske og tsDMARDs før medisinerings avsluttes. Viser første medisinforløp med biologisk eller tsDMARD for pasienter diagnostisert med RA, PSA og SPA i 2015 eller senere. Legemiddel med færre enn 40 medisinforløp er ekskludert. Totalt er 11389 pasienter inkludert.

2.3.2 Sykdomsaktivitet før oppstart av biologiske- og målrettede syntetiske DMARDs

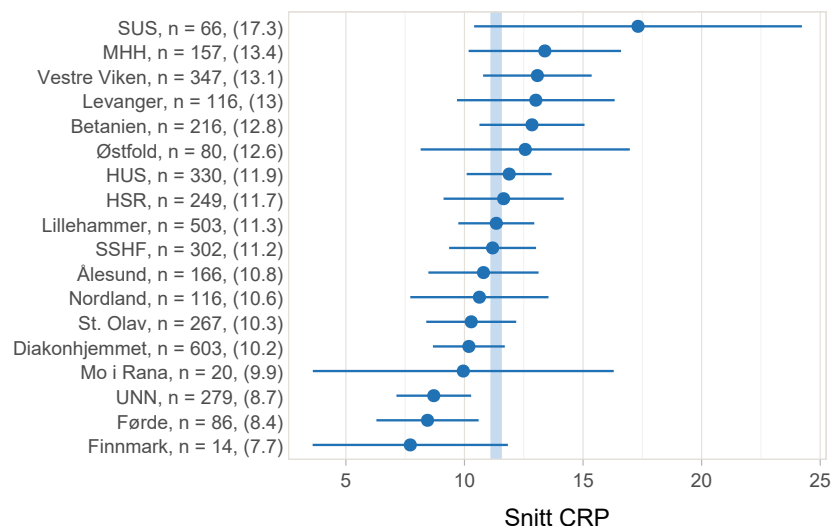
Sykdomsaktivitet før oppstart av biologiske- og målrettede syntetiske DMARDs for pasienter med revmatoid artritt



FIGUR 2.39: Gjennomsnittlig DAS28-CRP måling på siste kontroll før oppstart av første biologiske behandling eller JAK-hemmer, uavhengig av diagnoseår og år for behandlingsstart. Gjelder pasienter diagnostisert med revmatoid artritt som siste diagnose. Den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Totalt er det 3546 pasienter inkludert og sykehus med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.

Figur 2.39 viser gjennomsnittlig sykdomsaktivitet for RA-pasienter før oppstart av biologisk behandling eller JAK-hemmer ved de ulike avdelingene. Siste gjennomsnittlige DAS28-CRP måling før oppstart av behandling, uavhengig av diagnoseår og år for oppstart, er gjengitt. Vi ser at sykdomsaktiviteten varierer noe mellom sykehusene, selv om DAS28-CRP ved de aller fleste avdelingene ligger på et nivå forenlig med moderat sykdomsaktivitet.

For nærmere å undersøke eventuelle forskjeller i bruk av biologisk og målrettede syntetiske DMARDs mellom sykehusene har vi også analysert CRP, som er den mest objektive variabelen, alene. Figur 2.40 på neste side viser gjennomsnittlig CRP før oppstart av biologisk behandling eller JAK-hemmer for de ulike avdelingene. Ved sammenligning av figur 2.39 og figur 2.40 på neste side ser en at høy DAS28-CRP før oppstart av behandling ikke nødvendigvis henger sammen med høy gjennomsnittlig CRP, og at det også er svært beskjedne forskjeller i CRP nivå mellom avdelingene.

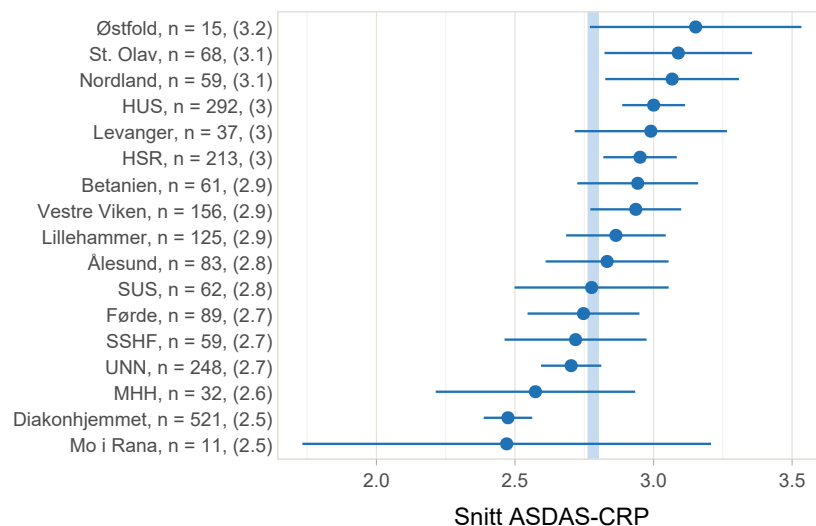


FIGUR 2.40: Gjennomsnittlig CRP måling på siste kontroll før oppstart av første biologiske behandling eller JAK-hemmer, uavhengig av diagnoseår og år for behandlingsstart. Gjelder pasienter diagnostisert med revmatoid artritt som siste diagnose. Den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Totalt er det 3917 pasienter inkludert og sykehus med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.

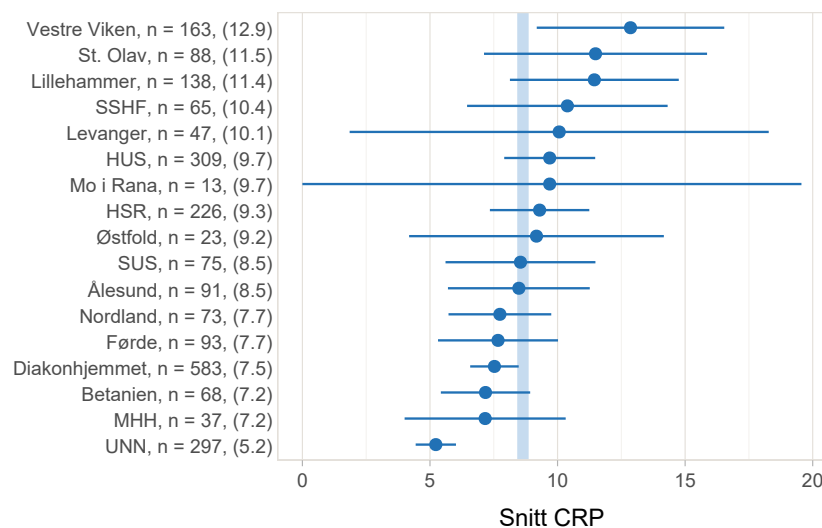
Sykdomsaktivitet før oppstart av biologiske- og målrettede syntetiske DMARDs for pasienter med aksial spondyloartritt

Sykdomsaktivitet, målt som ASDAS-CRP, før oppstart med biologisk behandling for pasienter med aksial spondyloartrittsykdom vises i figur 2.41 på neste side. Det synes å være noe ulik terskel for oppstart med slik behandling, men ved alle sentre er gjennomsnittlig ASDAS-CRP forenlig med høy sykdomsaktivitet.

Figur 2.42 på neste side viser gjennomsnittlig CRP måling på siste kontroll før oppstart av biologisk behandling hos pasienter med aksial spondyloartritt. Det er også små forskjeller i gjennomsnittlige CRP målinger mellom de ulike sykehusene.



FIGUR 2.41: Gjennomsnittlig ASDAS-CRP måling på siste kontroll før oppstart av første biologiske behandling eller JAK-hemmer, uavhengig av diagnoseår og år for behandlingsstart. Gjelder pasienter diagnostisert med aksial spondyloartritt som siste diagnose. Den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Totalt er det 2 131 pasienter inkludert og sykehus med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.



FIGUR 2.42: Gjennomsnittlig CRP måling på siste kontroll før oppstart av første biologiske behandling eller JAK-hemmer, uavhengig av diagnoseår og år for behandlingsstart. Gjelder pasienter diagnostisert med aksial spondyloartritt som siste diagnose. Den heltrukne linjen angir nasjonalt gjennomsnitt. Totalt er det 2 389 pasienter inkludert og sykehus med færre enn ti pasienter er ekskludert fra figuren.

2.3.3 Måling av sykdomsaktivitet

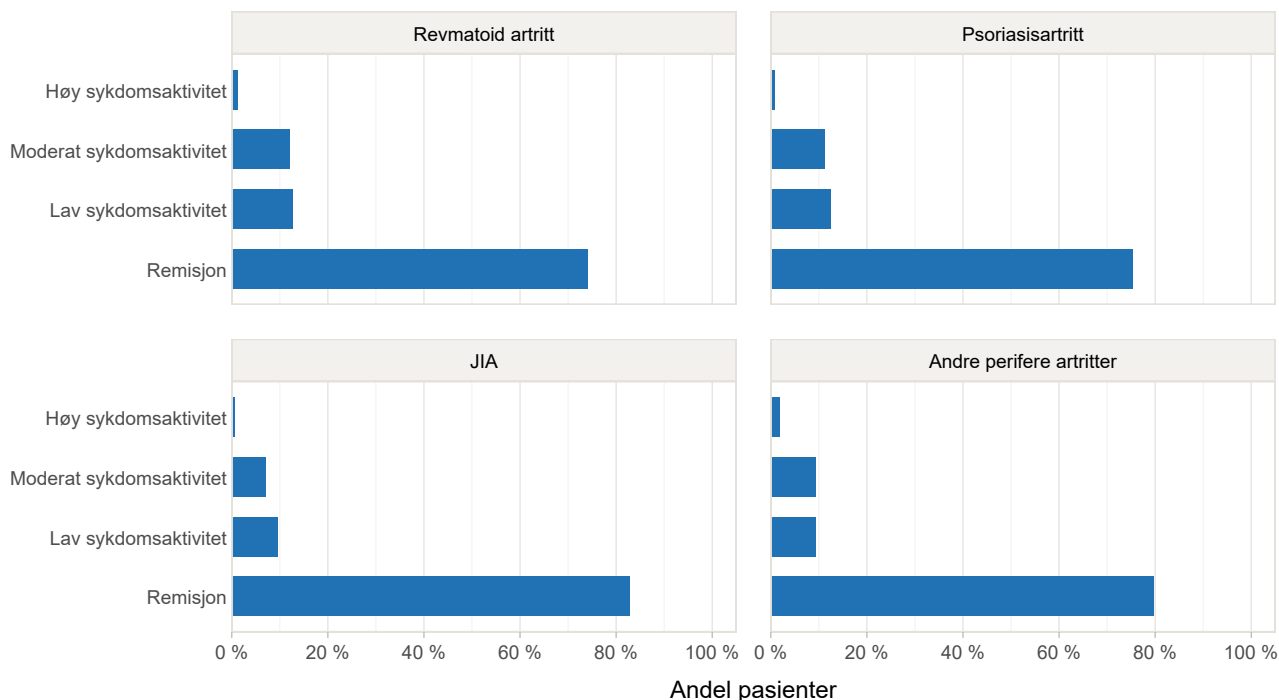
Sykdomsaktivitet ved revmatoid artritt og psoriasisartritt målt med DAS28-CRP

I den nasjonale veilederen anbefales bruk av komposittmål som inkluderer leddundersøkelse for å vurdere sykdomsaktiviteten ved RA. Blant sykdomsmålene som beskrives inngår DAS28-CRP, CDAI og ACR/EULAR remisjonsmål. I klinikken er DAS28-CRP mest brukt og kjent, og komposittmålet fungerer bra for å vurdere pasientens sykdomsaktivitet og endringer i denne over tid. DAS28-CRP er et sammensatt mål for sykdomsaktivitet ved revmatoid artritt. I målet inngår pasientens totale vurdering av sykdomsaktivitet markert på en VAS-skala, antall ømme ledd (0–28), antall hovne ledd (0–28) og CRP.

Følgende grenser for sykdomsaktivitet gjelder for dette målet:

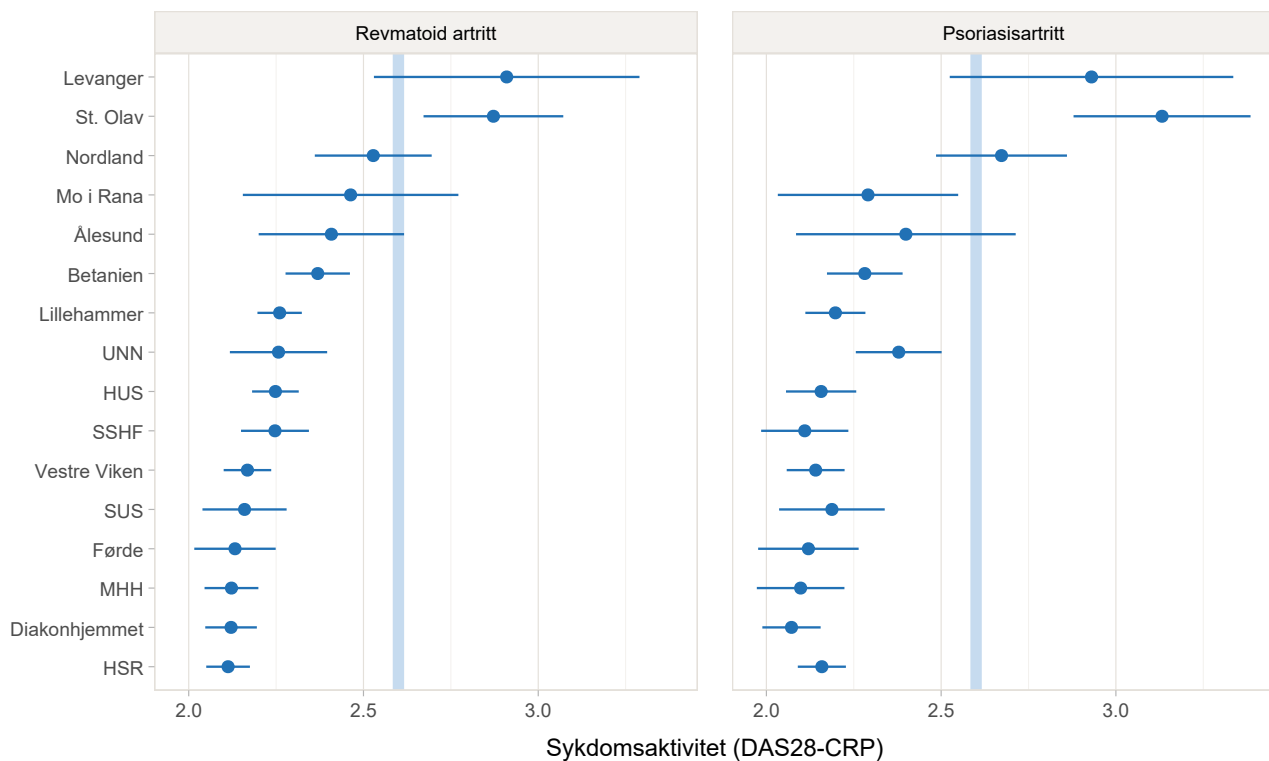
- remisjon $< 2,6$
- lav sykdomsaktivitet $\geq 2,6 - \leq 3,2$
- moderat sykdomsaktivitet $> 3,2 - \leq 5,1$
- høy sykdomsaktivitet $> 5,1$

Det er ønskelig at flest mulig pasienter oppnår DAS28-CRP $< 2,6$ fordi man har sett at det fører til bedre langtidsresultater. Gjennomsnittlig DAS28-CRP for pasienter med revmatoid artritt registrert i 2025 var 2,2, med et standardavvik på 0,90. [Figur 2.43](#) på neste side viser andelen pasienter i remisjon, lav sykdomsaktivitet, moderat sykdomsaktivitet og høy sykdomsaktivitet, basert på DAS28-CRP-måling per diagnosegruppe. Dette gjelder kun diagnosegruppene revmatoid artritt (RA), psoriasisartritt (PSA), juvenil idiopatisk artritt (JIA) og andre perifere artritt. Ved RA er altså 87 % i lav sykdomsaktivitet eller remisjon, og tallet er tilsvarende for de andre gruppene.



FIGUR 2.43: Størsteparten av pasientene, uavhengig av diagnose, var i remisjon målt ved DAS28-CRP i 2025. Figuren viser andel pasienter i remisjon (DAS28-CRP < 2,6), med lav sykdomsaktivitet (DAS28-CRP ≤ 3,2), moderat sykdomsaktivitet (DAS28-CRP ≤ 5,1) og med høy sykdomsaktivitet (DAS28-CRP > 5,1). DAS28-CRP er en måling som brukes hos pasienter med revmatoid artritt, men den kan også benyttes i evaluering av psoriasisartritt og andre perifere artritter. Basert på DAS28-CRP måling på siste kontroll for 8 177 pasienter som var til kontroll i 2025.

En sammenligning av DAS28-CRP mellom sykehus er vist i [figur 2.44](#) på neste side. Disse figurene viser kun gjennomsnittlig sykdomsaktivitet i 2025. Gjennomsnittlig DAS28-CRP er forenlig med remisjon ved de aller fleste avdelinger, både for pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartrittspasienter. Det foreligger likevel signifikante forskjeller mellom avdelingene. Dette kan delvis forklares med ulike oppfølgingsrutiner. Mens noen avdelinger følger alle pasientene med jevnlig kontroll, bruker andre i større grad behovsstyrt oppfølging. Pasienter som følges ved behov har gjerne høyere sykdomsaktivitet ved kontroller enn pasienter som rutinemessig blir kalt inn. Dette gir igjen utslag på gjennomsnittlige målinger av DAS28-CRP og enkeltvariablene som inngår.



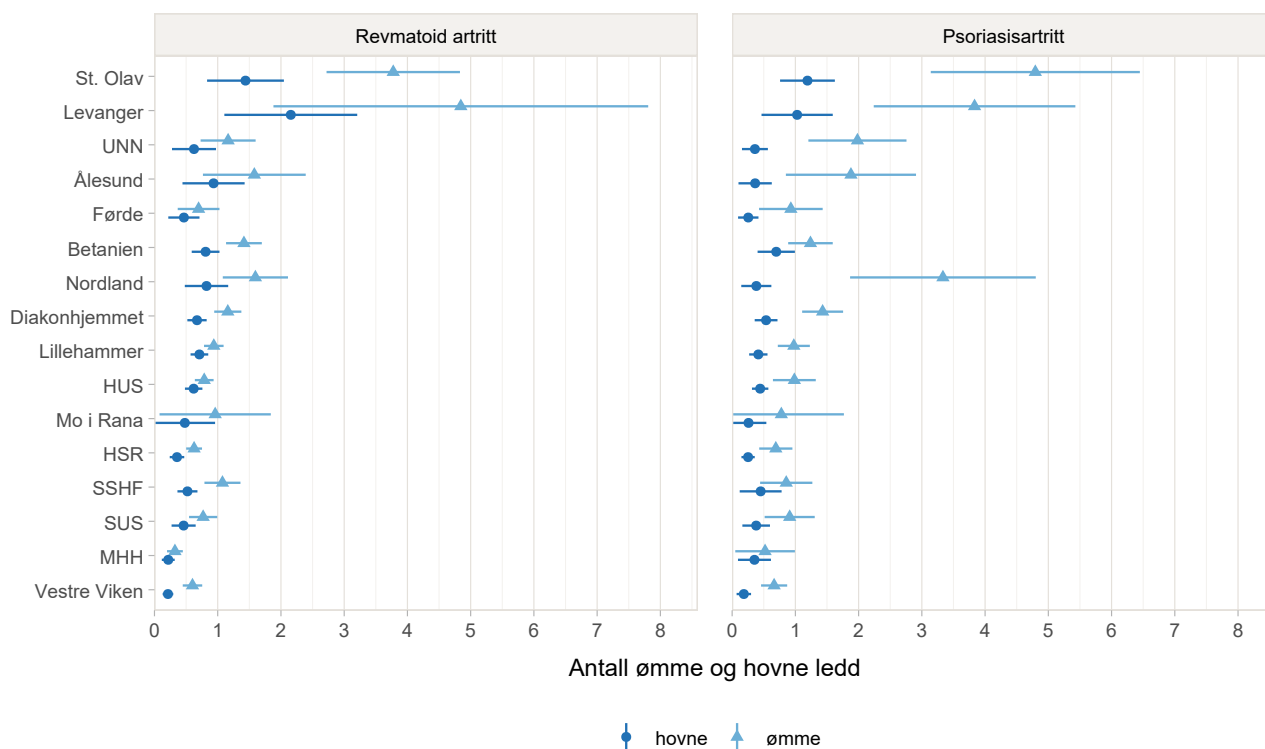
FIGUR 2.44: Figuren viser gjennomsnittlig DAS28-CRP i 2025 med 95 %-konfidensintervall for hvert sykehus. DAS28-CRP er et mål på sykdomsaktivitet, hvor lav verdi er et tegn på lav sykdomsaktivitet. Den vertikale linjen i figuren indikerer grensen for remisjon. Sykehus med færre enn 10 inkluderte pasienter per diagnose er tatt bort fra visningen. Tallene er basert på den nyeste målingen hos 8 177 pasienter i 2025.

For å se om enkelte variabler påvirker forskjeller i DAS28-CRP mer enn andre har vi i [figurene 2.45 til 2.47](#) på side 60–62 sett på de ulike faktorene som inngår i komposittmålet. Det er liten variasjon mellom avdelingene når det gjelder gjennomsnittlig antall hovne ledd og CRP, som er de mest objektive parameterne, mens gjennomsnittlig antall ømme ledd og pasientens egen vurdering av sykdomsaktivitet varierer mer. Ingen av variablene alene kan forklare den forskjellen man ser i DAS28-CRP mellom de ulike sykehusene.

Sykdomsaktivitet ved psoriasisartritt målt med DAPSA

Pasienter med psoriasisartritt har i større grad enn pasienter med RA affeksjon av ledd som ikke inngår i leddtellingen i DAS28-CRP. I nasjonale og internasjonale anbefalinger tilrår man derfor å bruke DAPSA for å vurdere sykdomsaktivitet hos PSA-pasienter. I dette målet inngår hovne og ømme ledd (0-66/68), CRP og pasientens VAS-registrering av sykdomsaktivitet og smerte.

[Figur 2.48](#) på side 62 viser andel pasienter med psoriasisartritt i remisjon ($DAPSA \leq 4$), med lav sykdomsaktivitet ($DAPSA \leq 14$), moderat sykdomsaktivitet ($DAPSA \leq 28$) og med høy sykdomsaktivitet ($DAPSA > 28$) på siste kontroll i 2025. 77 % av psoriasisartrittpasientene var i lav sykdomsaktivitet eller remisjon målt ved DAPSA. Dette er lavere enn andelen i lav sykdomsaktivitet og remisjon målt ved DAS28-CRP,



FIGUR 2.45: Gjennomsnittlig antall ømme og hovne ledd fordelt på diagnosegruppe og sykehus for året 2025 for 8 177 pasienter. Figuren viser også 95 %-konfidensintervall for hvert sykehus. Sykehus med færre enn 10 inkluderte pasienter per diagnose er tatt bort fra visningen. Tallene er basert på siste måling for pasienter gjennomført i 2025.

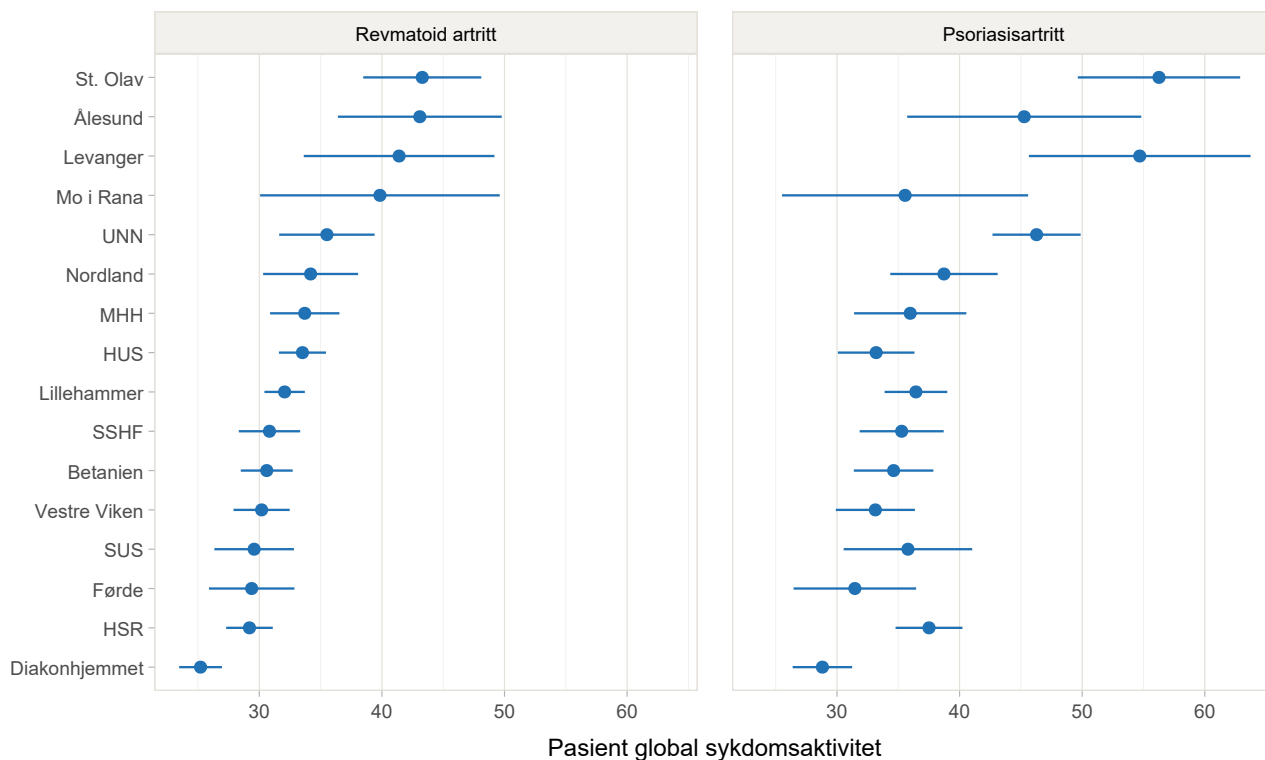
vist i figur 2.43 på side 58, noe som blant annet kan skyldes affeksjon av ledd som ikke inngår i DAS28-CRP. Dette illustrerer behovet for å benytte DAPSA istedenfor DAS28-CRP i denne pasientgruppen.

Sykdomsaktivitet ved revmatoid artritt målt med CDAI og SDAI

CDAI står for clinical disease activity index (klinisk sykdomsaktivitetsindeks). Dette komposittmålet er en sum av antall hovne ledd (0–28), antall ømme ledd (0–28), pasientens skår for sykdomsaktivitet (0–10) og legens skår for sykdomsaktivitet (0–10). Målet inkluderer ikke CRP eller senkning, noe som kan være en begrensning fordi dette er mer objektive mål, men som også kan være nyttig fordi noen av medikamentene som brukes reduserer CRP uansett virkning for øvrig. Grensene for sykdomsaktivitet målt med CDAI er som følger:

- Høy sykdomsaktivitet: 22,1–76
- Moderat sykdomsaktivitet: 10,1–22,0
- Lav sykdomsaktivitet: 2,9–10,0
- Remisjon: 0,0–2,8

Blant RA-pasientene som var til kontroll i 2025 var 2 185 (36 %) i remisjon målt ved CDAI, 2 621 (45 %) hadde lav sykdomsaktivitet, 728 (15 %) hadde moderat sykdomsaktivitet og 178 (4 %) hadde høy sykdomsaktivitet.



FIGUR 2.46: Gjennomsnittlig måling for pasient global sykdomsaktivitet fordelt på diagnosegruppe og sykehus for året 2025 for 8 177 pasienter. Figuren viser også 95 %-konfidensintervall for hvert sykehus. Sykehus med færre enn 10 inkluderte pasienter per diagnose er tatt bort fra visningen. Tallene er basert på siste måling for pasienter gjennomført i 2025.

SDAI (Simplified Disease Activity Index) er en sykdomsaktivitetsindeks som inneholder de samme variablene som CDAI, men som i tillegg inkluderer CRP (mg/dL). Grensene for sykdomsaktivitet målt med SDAI er som følger:

- Høy sykdomsaktivitet: > 26
- Moderat sykdomsaktivitet: $> 11 - \leq 26$
- Lav sykdomsaktivitet: $> 3,3 - \leq 11$
- Remisjon: $\leq 3,3$

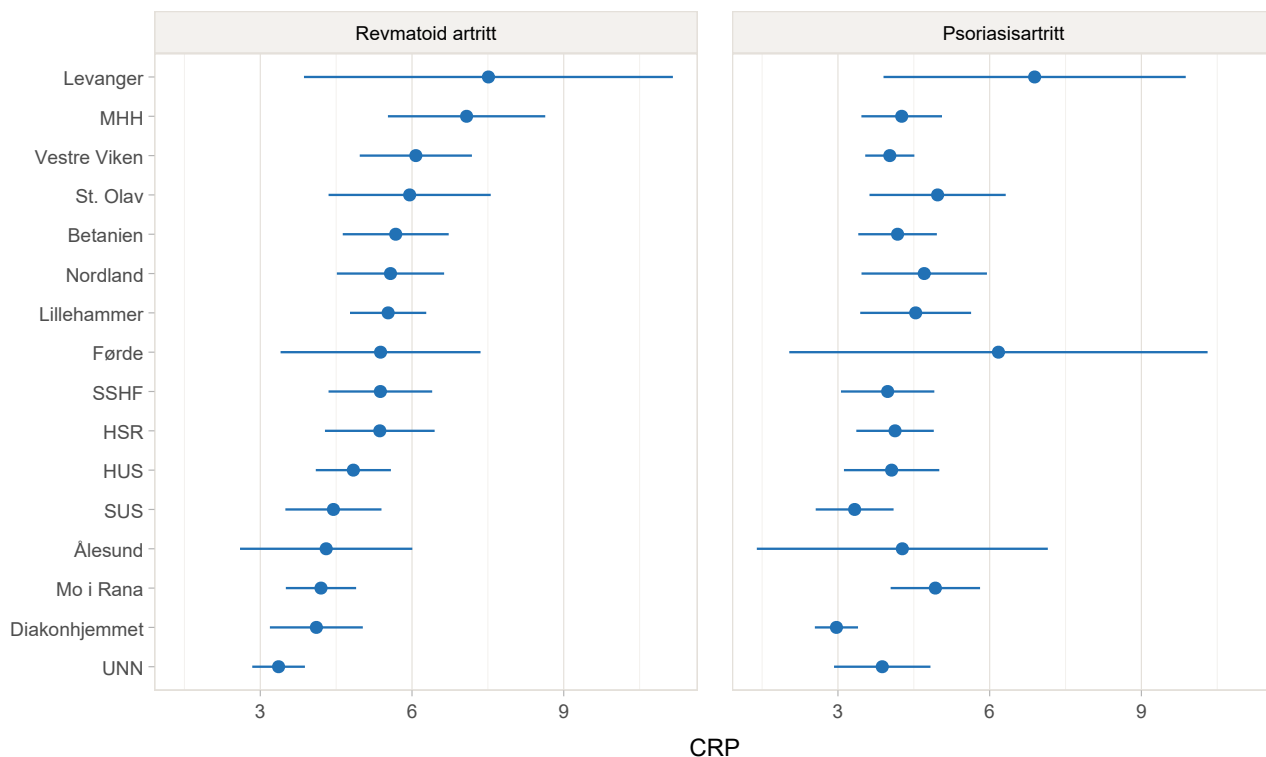
Sykdomsaktivitet hos pasienter med revmatoid artritt, målt ved CDAI og SDAI, er vist i [figurene 2.49 og 2.50](#) på side 63.

Sykdomsaktivitet ved aksial spondyloartritt målt med ASDAS-CRP

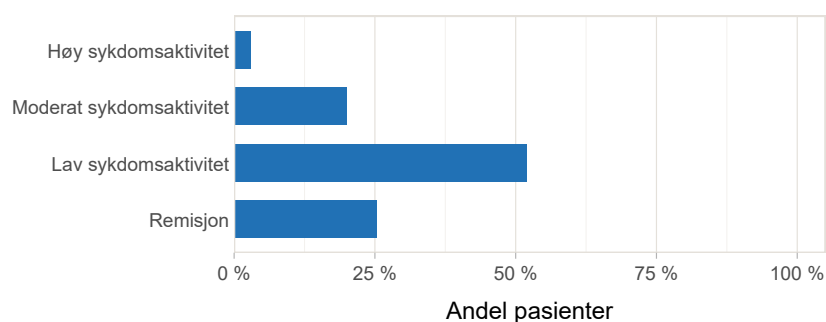
Ved aksial spondyloartritt (axSpA) brukes BASDAI og ASDAS-CRP som mål for sykdomsaktivitet. BASDAI består av 6 spørsmål som besvares av pasienten vedrørende utmattelse, smerter og stivhet relatert til deres spondyloartritt-sykdom. I ASDAS-CRP inkluderes 3 av BASDAI-spørsmålene, men i tillegg er også CRP og pasientens totale vurdering av sykdomsaktivitet (VAS) inkludert.

Følgende grenser definerer sykdomsaktivitet målt ved ASDAS-CRP:

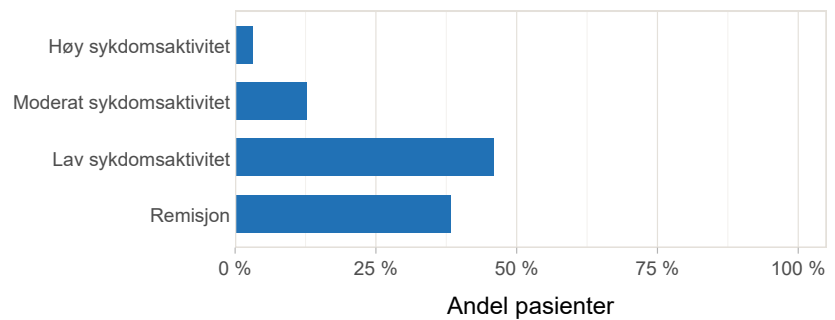
- svært høy sykdomsaktivitet $> 3,5$
- høy sykdomsaktivitet $\geq 2,1 - \leq 3,5$



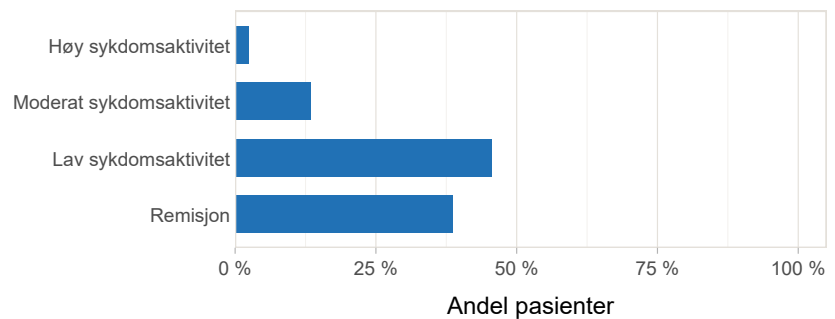
FIGUR 2.47: Gjennomsnittlig CRP-måling fordelt på diagnosegruppe og sykehus for året 2025 for 8 177 pasienter. Figuren viser også 95 %-konfidensintervall for hvert sykehus. Sykehus med færre enn 10 inkluderte pasienter per diagnose er tatt bort fra visningen. Tallene er basert på siste måling for pasienter gjennomført i 2025.



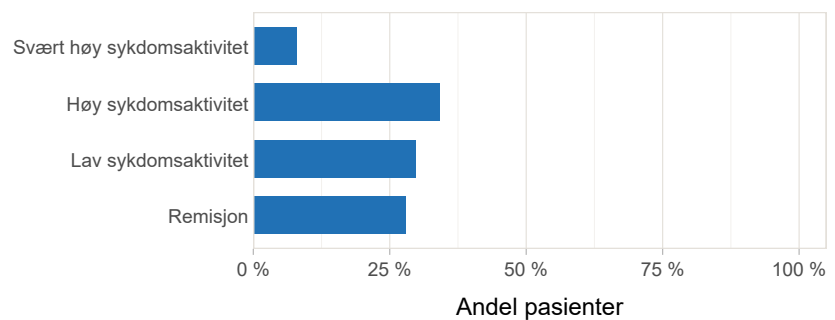
FIGUR 2.48: Andel pasienter med psoriasisartritt i remisjon ($\text{DAPSA} \leq 4$), med lav sykdomsaktivitet ($\text{DAPSA} \leq 14$), moderat sykdomsaktivitet ($\text{DAPSA} \leq 28$) og med høy sykdomsaktivitet ($\text{DAPSA} > 28$). Basert på DAPSA-måling på siste kontroll for 1 756 pasienter som var til kontroll i 2025.



FIGUR 2.49: Figuren viser andel pasienter i remisjon ($\text{CDAI} \leq 2,8$), med lav sykdomsaktivitet ($\text{CDAI} \leq 10,0$), moderat sykdomsaktivitet ($\text{CDAI} \leq 22,0$) og med høy sykdomsaktivitet ($\text{CDAI} > 22,0$). Basert på CDAI-måling på siste kontroll for 5 712 pasienter som var til kontroll i 2025.



FIGUR 2.50: Figuren viser andel pasienter i remisjon ($\text{SDAI} \leq 3,3$), med lav sykdomsaktivitet ($\text{SDAI} \leq 11,0$), moderat sykdomsaktivitet ($\text{SDAI} \leq 26,0$) og med høy sykdomsaktivitet ($\text{SDAI} > 26,0$). Basert på SDAI-måling på siste kontroll for 5 047 pasienter som var til kontroll i 2025.



FIGUR 2.51: Figuren viser andel pasienter i remisjon ($\text{ASDAS-CRP} < 1,3$), med lav sykdomsaktivitet ($\text{ASDAS-CRP} < 2,1$), høy sykdomsaktivitet ($\text{ASDAS-CRP} \leq 3,5$) og med svært høy sykdomsaktivitet ($\text{ASDAS-CRP} > 3,5$). Basert på ASDAS-CRP-måling på siste kontroll for 2 520 pasienter som var til kontroll i 2025.

- lav sykdomsaktivitet $\geq 1,3$ - $< 2,1$
- inaktiv sykdom $< 1,3$

For AS og andre axSpA har man mindre kunnskap om betydningen av å oppnå remisjon for langtidsforløpet til pasientene. I figur 2.51 på forrige side vises andel pasienter i remisjon, med lav sykdomsaktivitet, høy sykdomsaktivitet og med svært høy sykdomsaktivitet på siste kontroll i 2025.

For axSpA var 57,8 % (1456/2520) av pasientene i remisjon eller lav sykdomsaktivitet, og 8,1 % (203/2520) hadde svært høy sykdomsaktivitet ved siste kontroll.

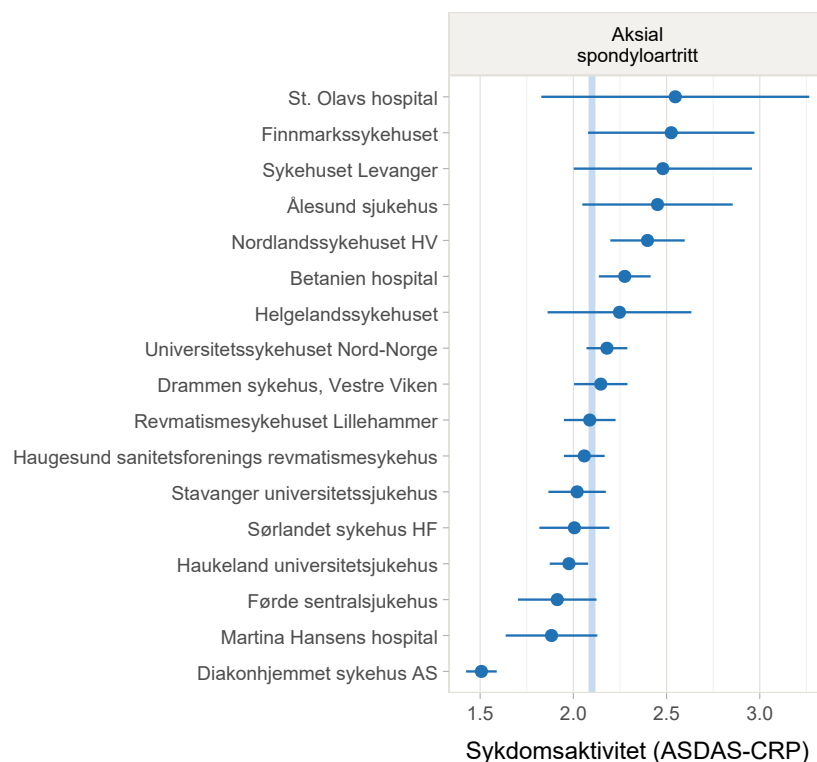
I figur 2.52 på neste side vises sykdomsaktiviteten for pasienter med aksial spondyloartritt fordelt på sykehus. Pasienter med aksial spondyloartritt som ikke har behov for biologisk medisin følges ofte av fastlege, og er derfor i liten grad representert i registeret. Dette fører til at gjennomsnittlig ASDAS-CRP angitt både nasjonalt og for de ulike avdelingene blir høyere enn hva man hadde forventet om alle spondyloartrittpasienter, også dem som følges i primærhelsetjenesten, var inkludert i analysene. Skulle en avdeling i større grad enn andre beholde oppfølgingen av pasientene vil dette kunne påvirke deres resultater positivt ettersom friskere pasienter trekker ned gjennomsnittlig ASDAS-CRP.

For pasienter med aksial spondyloartritt var gjennomsnittsmålet på BASDAI-skår 3,5 i 2025. I samme år, for de samme diagnosegruppene, var gjennomsnittsmålet for ASDAS-CRP 2,0.

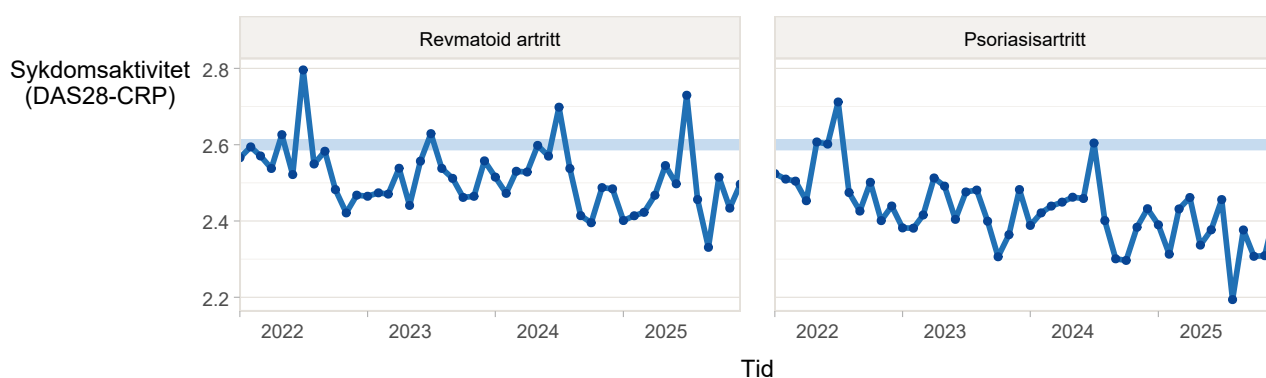
Endring i sykdomsaktivitet over år

Gjennomsnittlig månedlig DAS28-CRP siste fire år for pasienter med revmatoid artritt (RA) og psoriasisartritt er vist i figur 2.53 på neste side. For både RA- og psoriasisartrittpasienter sees mindre månedlige variasjoner, med en tendens til at gjennomsnittlig DAS28-CRP er høyest i juli. Dette kan skyldes at færre pasienter møter til ordinære kontroller i feriemåneden, og at pasienter med behov for rask medisinsk oppfølging dermed utgjør en større andel av konsultasjonene. Samlet sett viser kurven for RA-pasientene en relativt jevn gjennomsnittlig sykdomsaktivitet målt ved DAS28-CRP, mens gjennomsnittlig sykdomsaktivitet for psoriasisartrittpasienter kan indikere en forsiktig nedgang over tid.

Figur 2.54 på side 66 viser utviklingen av sykdomsaktivitet, målt ved ASDAS-CRP, de siste 4 årene for pasienter med aksial spondyloartritt. Målingene viser ingen tydelig trend med tanke på endring i gjennomsnittlig sykdomsaktivitet i denne perioden. For pasienter med aksial spondyloartritt har det de senere år vært en utvikling der man i større grad differensierer oppfølgingen av pasientene. De friskeste pasientene blir tilbakeført til primærhelsetjenesten, slik at pasientene som fortsatt følges opp ved spesialistavdelingene representerer den sykeste delen av pasientgruppen. Dette kan være en forklaring på at gjennomsnittlig sykdomsaktivitet har stabilisert seg på et nivå som ligger høyere enn remisjon.

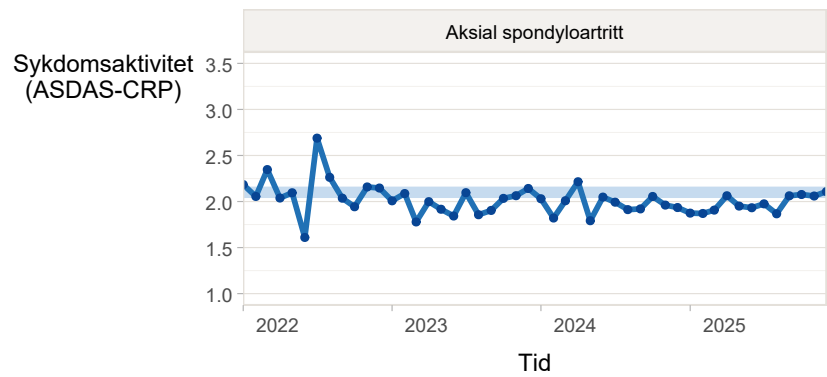


FIGUR 2.52: Figuren viser gjennomsnittlig ASDAS-CRP i 2025 med 95 %-konfidensintervall for hvert sykehus. ASDAS-CRP er et mål på sykdomsaktivitet, hvor lav verdi er et tegn på lav sykdomsaktivitet. Den vertikale linjen i figuren indikerer grensen for lav sykdomsaktivitet. Sykehus med færre enn 10 inkluderte pasienter per diagnose er tatt bort fra visningen. Tallene er basert på den nyeste målingen hos 2 520 pasienter i 2025.



FIGUR 2.53: Gjennomsnittlig DAS28-CRP for pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartritt per måned fra januar 2022. DAS28-CRP er et mål på sykdomsaktivitet, hvor lav verdi er et tegn på lav sykdomsaktivitet. Den horisontale linjen indikerer grensen for remisjon. Gjelder 54 957 konsultasjoner.

For å få et riktig bilde av hele sykdomsgruppen, måtte også pasientene som følges opp utenfor sykehusene (hos fastlegene) inkluderes, men slike data rapporteres ikke til registeret.



FIGUR 2.54: Gjennomsnittlig ASDAS-CRP for pasienter med Aksial spondyloartritt per måned fra januar 2022. ASDAS-CRP er et mål på sykdomsaktivitet, hvor lav verdi er et tegn på lav sykdomsaktivitet. Den horisontale linjen indikerer grensen for lav sykdomsaktivitet. Gjelder 4 559 konsultasjoner.

3 Registerbeskrivelse

TABELL 3.1: Opplysninger om registeret.

Bakgrunn for registeret	Norge er et land med spredt befolkning og mange relativt små revmatologiske behandlingsenheter. Det er viktig å samle data fra alle de ulike avdelingene for å sikre bedre og mer enhetlig vurdering, behandling og oppfølging av pasienter med artrittsykdommer. Et landsdekkende register for disse pasientene kan bidra til ny kunnskap angående sykdomsutløsende og disponerende faktorer. I registeret følges pasientene i prinsippet livslangt. Dette gjør det mulig å vurdere om tidspunkt for diagnose/oppfylling av klassifikasjonskriterier er assosiert med prognose og forløp i en ikke-selektert pasientpopulasjon, både for RA og for de andre artrittsykdommene. En lang oppfølgingstid av uselekterte pasienter gjør at registeret også kan følge sykdomsutvikling over tid. Et kvalitetsregister vil i tillegg være viktig for å fange opp sjeldne bivirkninger og langtidsbivirkninger av sykdomsmodifiserende medisiner (DMARDs).
Type register	NorArtritt er et diagnoseregister hvor målgruppen er pasienter med kroniske inflammatoriske artrittsykdommer: revmatoid artritt (RA), spondyloartritter – inkludert uspesifisert spondyloartritt, non-radiografisk spondyloartritt, ankyloserende spondylitt (AS) og perifer spondyloartritt (fra 2024) –, psoriasisartritt (PSA), reaktiv artritt dersom kronisk, artritt ved inflammatorisk tarmsykdom, samt voksne med juvenil idiopatisk artritt (JIA) (fra 2024).
Årstall etablert	NorArtritt ble etablert i 2013.
Årstall nasjonal godkjenning	NorArtritt ble godkjent som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister av Helse og omsorgsdepartementet mars 2013 (ref. 11/487).
Årstall for start av datainnsamling	2014 for de første avdelingene, men noen avdelinger startet senere.

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Registerets formål	NorArtritt skal samle inn og sammenstille informasjon fra pasienter med kroniske, inflammatoriske artrittsykdommer. Hovedformål: – Sikre kvalitet og enhetlig behandling og oppfølging av pasienter med kroniske artrittsykdommer. Delmål: – Registrere praksis i håndteringen av pasienter med kroniske artrittsykdommer: – Redegjøre for forhold ved pasientene som behandles (diagnose, alder, kjønn, sykdomsaktivitet etc). Behandles de rette pasientene? – Beskrive forbruk, effekt, og sikkerhet ved de ulike legemidler. – Fremskaffe data vedrørende sykdomsutvikling og oppfølging. – Bidra til at den enkelte behandlende enhet kan evaluere sin virksomhet og på den bakgrunn drive målrettet kvalitetsforbedring. – Bidra til økt forskningsbasert kunnskap om kroniske artrittsykdommer.
--------------------	--

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Analyser som belyser registerets formål	NorArtritt har definert syv ulike kvalitetsindikatorer som benyttes for å evaluere kvaliteten av behandlingen ved norske revmatologiske avdelinger. Kvalitetsindikatorene er alle med å belyse registerets formål gjennom å beskrive: - Behandlingsprosessen: - Andel som har startet behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose - Gjennomsnittlig tid fra diagnose til oppstart behandling ved RA - Andel som har fått første kontroll innen 3 måneder etter ny RA-diagnose - Gjennomsnittlig tid fra diagnose til første kontroll ved RA - Resultat av behandlingen: - Andel i remisjon ett år etter diagnose for RA - Gjennomsnittlig DAPSA ett år etter diagnose for PSA - Gjennomsnittlig ASDAS-CRP ett år etter diagnose for aksial spondyloartritt Pasientrapporterte mål (PROM), som for eksempel pasientens skåring på visuell analog skala (VAS) for totalvurdering av sykdomsaktivitet, inngår i alle de nevnte indikatorene som måler resultat av behandlingen. Vi gir også resultater som belyser behandlingen som gis (bruk av methotrexate og biologiske og målrettede syntetiske legemidler). Alle resultatene publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	Registeret fikk konsesjon til drift fra Datatilsynet i 2013 (sak nr. 2012/8939). Ved iverksettelse av ny personopplysningslov og EUs personvernforordning opphørte konsesjonsordningen, og all behandling av personopplysninger måtte ha rettslig grunnlag i forordningen og eventuelt i norsk lov. NorArtritt har f.o.m. 1.9.2019 behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e (allmenn interesse) og forskrift om medisinske kvalitetsregistre, jf. forskriften § 1-4. Forskriften gir nødvendig supplerende rettsgrunnlag i samsvar med artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. nr. 3, og unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger i samsvar med artikkel 9 nr. 2 bokstav j. Samtykke er et tiltak for å sikre den registrertes rettigheter og interesser, jf. artikkel 89 nr. 1. En vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) for registeret ble fullført i 2023 i samarbeid med Registerenheten i Helse-Vest.
Databehandler	Norsk Helsennett SF

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Databehandlingsansvarlig	Helse Vest IKT, ansvaret er delegert til Helse Bergen HF ved administrerende direktør/medisinsk fagsjef.
Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	Faglig leder: Bjørg-Tilde Svanes Fevang Nestleder: Solveig Hauge Registersykepleier: Tove Hatletveit Kontaktinformasjon: Postadresse: NorArtritt, Revmatologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Postboks 1400, 5021 Bergen. Tlf: 55975400 e-post: norartritt@helse-bergen.no
Fagrådets medlemmer	Leder: Merete Valen, Helse Bergen (HUS) Øvrige medlemmer: Gunnstein Bakland, Helse Nord (UNN) Marianne Wallenius, Helse Midt-Norge (St. Olavs hospital) Inger Jorid Berg, Helse Sør-Øst (Diakonhjemmet sykehus) Anne-Birgitte Aga, Helse Sør-Øst (Rikshospitalet) Åse Stavland Lexberg, representant med ekspertise på kvalitetsforbedringsarbeid (Vestre Viken) Liv Boge Amundsen, pasientrepresentant (Norsk revmatikerforbund) Bjørg-Tilde Svanes Fevang, registerleder (HUS)

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Aktivitet i fagrådet	Fagrådet sitt hovedmøte ble avholdt 24. april 2025. Følgende hovedpunkter ble gjennomgått: - Status for registeret, inkludert utlevering av data til forskningsprosjekter - Gjennomgang av utadrettet aktivitet - Presentasjon og diskusjon rundt reservasjonsbasert registerløsning - Gjennomgang av dataløsningene bl.a. med fokus på oppdateringer og endringer - Metadatatprosjektet - Kvalitetsforbedringsprosjekter og arbeid med datakvalitet - Nye kvalitetsindikatorer og analyser i årsrapporten - Resultater - Regnskap og budsjett Fagrådet har i tillegg drøftet ulike saker, som utlevering av data til forskningsprosjekt, fortløpende via e-post eller digitale møter.
Inklusjonskriterier	Følgende inklusjonskriterier gjelder for NorArtritt: - Pasienten må være over 18 år - Samtykkeerklæring må være underskrevet (bare for sykehus som bruker Helseplattformen til innregistrering) - Pasienter må få informasjon om registeret, at de kan reservere seg fra inklusjon, og hvordan dette gjøres (for sykehus i helse Vest, Nord og Sør-Øst, hvor det er innført reservasjonsbasert inklusjon) - Pasienten må ha en av følgende kroniske inflammatoriske artrittsykdommer: - Revmatoid artritt - Psoriasisartritt - Ankyloserende spondylitt - Aksial eller perifer spondyloartritt med alle undergrupper - Juvenil idiopatisk artritt (JIA)

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Metode for datafangst	I NorArtritt registreres data fra pasient og behandler via Helse-plattformen/Helsa mi (St. Olavs hospital, Sykehuset Levanger og Ålesund sjukehus), GTI (alle andre sykehusavdelinger) eller MRS (enkelte avtalespesialister). Data overføres automatisk til ett eller flere av følgende 11 skjema i registeret: - Inklusjonsskjema (fra 2013) - Ved inklusjon av nye pasienter - Fylles ut av pasient (PROM) og behandler - Oppfølgingsskjema (fra 2013) - Ved alle planlagte kontroller - Fylles ut av pasient (PROM) og behandler - Medisineringsskjema (fra 2013) - Ved endring av medisiner - Fylles ut av behandler - Bivirkningsskjema (fra 2013) - Ved medikamentbivirkninger - Fylles ut av behandler - Komorbide tilstander (fra 2013) - Ved inklusjon og alle planlagte kontroller - Fylles ut av pasient - Injeksjonsskjema (fra 2013) - Ved leddinjeksjoner - Fylles ut av behandler - Diagnoseskjema (fra 2013) - Ved etablering av diagnose - Fylles ut av behandler - Billeddiagnostikk (fra 2013) - Ved utført billeddiagnostikk - Fylles ut av behandler - Infusjonslogg (fra 2013) - Ved medikamentinfusjoner - Fylles ut av behandler - Historisk dose (fra 2013) - Ved tidligere uregistrert bruk av rituximab - Fylles ut av behandler - PROM inklusjonsskjema (fra 2013) - Ved inklusjon og alle regulære kontroller - Fylles ut av pasient
-----------------------	--

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 3.1: ... fortsettelse fra forrige side

Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	Data innhentes via tre mulige datafangstplattformer: – GTI (GoTreatIT) brukes ved de fleste avdelingene, og har vært brukt siden registeret fikk konsesjon til drift 2013. – MRS-plattform brukes ved de sentra som ikke har GTI, og har vært brukt siden registeret fikk konsesjon til drift i 2013. – Helseplattformen har vært brukt ved St Olavs hospital fra november 2022, mens Ålesund sjukehus og Sykehuset Levanger tok systemet i bruk i 2024. De fleste revmatologiske sentra i Norge bruker dataverktøyet GTI til å følge pasientene på poliklinikken. I GTI er det mulig å strukturert registrere alle data som skal innhentes til NorArtritt. Det arbeides også med å bedre integrasjonen mellom GoTreatIT og DIPS arena, i første omgang ved å få til en direkte overføring av laboratoriesvar (HLA-B27, RF, anti-CCP, SR og CRP) fra DIPS arena til GoTreatIT. Dette arbeidet har startet. NorArtritt-data overføres ukentlig automatisk til den sentrale MRS-databasen som er plassert hos Norsk Helsenett. For avdelinger som benytter helseplattformen skal alle data som leveres til NorArtritt i prinsippet kunne registreres strukturert i systemet, og data overføres automatisk til registeret daglig. HEMIT har også utviklet et MRS datafangstverktøy som tilbys behandlingsenheter som ikke har GTI. Flere avtalespesialister benytter MRS-løsningen for å rapportere til NorArtritt.
Metadata	Registeret har publisert sine metadata på helsedata.no fra 2024.
Innsynsløsning	Registeret har siden 2020 hatt innsynsløsning via Helsenorge.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	3 350 nye pasienter ble inkludert i registeret i 2025, og totalt 16 671 oppfølgingsskjema ble fylt ut.
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Til sammen er 44 773 pasienter inkludert i NorArtritt.
Stadium og nivå	I henhold til Ekspertgruppens vurdering av fjorårets årsrapport er NorArtritt i stadium 3A.

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Alle revmatologiske avdelinger i Norge inkluderte pasienter til registeret i 2025. Det medfører en dekningsgrad på institusjonsnivå på 100 %. Noen få avdelinger har imidlertid fortsatt lav dekningsgrad (se [avsnitt 4.2](#) på neste side).

Ved utgangen av 2025 var det 44 773 personer inkludert i NorArtritt (se [tabell 4.1](#)). Hos de 44 773 inkluderte pasientene, foreligger det 286 560 separate registreringer, inkludert registrering ved inklusjon samt ved påfølgende kontroller. Ved de fleste avdelinger ser vi en økning i antall inkluderte og pasienter som møter til kontroll i 2025 i forhold til 2024. Ved avdelingene i Ålesund og Levanger ses imidlertid et betydelig fall i pasienter til kontroll sammenliknet med 2024. Dette ser vi i sammenheng med innføringen av Helseplattformen ved disse avdelingene. Det er igangsatt et arbeid for å undersøke årsakene til lave tall, og sette inn tiltak for å forbedre dette. I tillegg er det vesentlig færre kontroller ved avdelingen i Østfold sammenliknet med året før, og registeret vil også følge opp dette.

TABELL 4.1: Antall pasienter per helseforetak i NorArtritt

Enhet	Antall inkludert (31.12.2025)	Pasienter til kontroll i 2025
Haukeland universitetsjukehus	5 188	1 923
Diakonhjemmet sykehus AS	5 001	2 617
HSR AS	4 442	1 835
UNN	3 616	1 425
Revmatismesykehuset Lillehammer	3 281	1 446
Martina Hansens hospital	3 065	762
St. Olavs hospital	2 823	566
Drammen sykehus, Vestre Viken	2 795	910
Betanien hospital	2 531	1 329
Sørlandet sykehus	2 463	1 050
Ålesund sjukehus	1 902	330
Sykehuset Levanger	1 650	361
Nordlandssykehuset HV	1 548	558
Førde sentralsjukehus	1 168	510
Sykehuset Østfold	1 162	46
Stavanger universitetssjukehus	851	800
Avtalespesialister	384	18
Helgelandssykehuset	378	125
Finnmarkssykehuset	303	60
Totalt	44 773	16 671

4.2 Dekningsgrad og responsrate

For å øke dekningsgraden ble det i 2025 innført reservasjonsbasert inklusjon av pasienter i tre av landets fire helseregioner: Helse Vest, Nord og Sør-Øst. Løsningen for reservasjonsbasert inklusjon er implementert i siste versjon av innrapporteringsverktøyet GoTreatIT, som benyttes i disse helseregionene. For avdelinger i Helse Midt-Norge, som bruker Helseplattformen, foreligger det foreløpig ingen løsning for reservasjonsbasert inklusjon. Vi er imidlertid i dialog med Helseplattformen, som har forespeilet oss en løsning for dette i løpet av 2026. Arbeidet med reservasjonsbasert inklusjon er nærmere beskrevet i [avsnitt 4.3.4](#) på side 83.

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Helsedirektoratet, avdeling for Helseregistre, utførte en dekningsgradsanalyse for NorArtritt i 2026. Beregningen gjelder for perioden 2024-2025 og ble utført ved å sammenligne antall inkluderte i NorArtritt med antallet registrert i NPR. (se [tabeller 4.2](#) til [4.7](#) på side [76–78](#)). Analysen gjelder dekningsgraden i hele landet og per sykehus.

I dekningsgradsanalysen har vi kun evaluert pasienter som har blitt registrert med en aktuell diagnose i NPR på en revmatologisk avdeling, ettersom alle pasienter antas å ha besøkt en revmatologisk avdeling minst en gang for å få stilt diagnosen. Har en pasient kun fått registrert aktuell diagnose på annen avdeling er det lav sannsynlighet for at pasienten har diagnosen.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

Siste dekningsgradsanalyse ble gjennomført i 2026, og resultatene er presentert i [tabeller 4.2](#) til [4.7](#) på side [76–78](#). Dekningsgraden har økt betydelig etter innføring av reservasjonsbasert inklusjon. Den totale dekningsgraden er nå 76,2 prosent. For de største diagnosegruppene er dekningsgraden noe høyere: 78,6 prosent for revmatoid artritt, 79,1 prosent for psoriasisartritt og 82,0 prosent for ankyloserende spondylitt (AS). For diagnosegruppen aksial spondyloartritt (SpA) er dekningsgraden imidlertid lavere, på 72,8 prosent. Den lavere dekningsgraden for aksial spondyloartritt skyldes en tidligere feil i dataoverføringen fra registersystemet GTI til MRS for denne pasientgruppen. Feilen er korrigert sentralt, men det vil ta litt tid før endringen er implementert ved alle avdelinger.

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

I NorArtritt rapporterer pasienten flere mål vedrørende egen helse og livskvalitet. Av pasienter som møtte til kontroll i 2025 har 76,3 % fylt ut RAND-12, som er et mål på livskvalitet, og 79,9 % fylt ut MHAQ, som er et mål på funksjon hos pasienter med revmatoid artritt og psoriasisartritt. ([tabell 4.8](#) på side [79](#)) I [tabell 4.9](#) på side [79](#) ser vi at andel som har utfylt selvregistrering for livskvalitet og funksjon varierer mellom avdelingene, mellom 43 % og 97 % for MHAQ og 42 % til 97 % for RAND-12.

TABELL 4.2: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR per sykehus. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hvert helseforetak.

Helseforetak	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Sykehuset Østfold	1 120	7	1 273	2 400	47,0 %	99,7 %
Sørlandet sykehus	2 225	43	576	2 844	79,7 %	98,5 %
Vestre Viken	2 450	18	339	2 807	87,9 %	99,4 %
Diakonhjemmet sykehus	4 923	127	1 864	6 914	73,0 %	98,2 %
Martina Hansens hospital	2 790	45	987	3 822	74,2 %	98,8 %
Betanien hospital, Skien	2 320	38	803	3 161	74,6 %	98,8 %
Revmatismesykehuset, Lhmr	2 998	62	682	3 742	81,8 %	98,3 %
Helse Bergen	4 359	131	374	4 864	92,3 %	97,3 %
Helse Førde	1 039	19	251	1 309	80,8 %	98,5 %
Helse Stavanger	1 441	29	684	2 154	68,2 %	98,7 %
HSR AS	3 378	162	262	3 802	93,1 %	95,7 %
Helse Møre og Romsdal	1 850	5	718	2 573	72,1 %	99,8 %
St. Olavs Hospital	2 533	38	1 436	4 007	64,2 %	99,1 %
Helse Nord-Trøndelag	1 523	16	460	1 999	77,0 %	99,2 %
Helgelandssykehuset	374	13	215	602	64,3 %	97,8 %
Nordlandssykehuset	1 474	16	601	2 091	71,3 %	99,2 %
UNN	3 401	39	563	4 003	85,9 %	99,0 %
Finnmarkssykehuset	299	2	709	1 010	29,8 %	99,8 %
Total	40 633	810	12 974	54 417	76,2 %	98,5 %

TABELL 4.3: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR per diagnosegruppe. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hver diagnosegruppe.

Diagnose	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Revmatoid artritt	20 081	405	5 576	26 062	78,6 %	98,4 %
Psoriasisartritt	12 509	739	3 509	16 757	79,1 %	95,6 %
Ankyloserende Spondylitt	7 427	415	1 716	9 558	82,0 %	95,7 %
Spondyloartritt	7 750	647	3 139	11 536	72,8 %	94,4 %
Alle tilstander	40 633	810	12 974	54 417	76,2 %	98,5 %

TABELL 4.4: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR for pasienter diagnostisert med RA. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hvert helseforetak.

Helseforetak	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Sykehuset Østfold	711	21	653	1 385	52,9 %	98,5 %
Sørlandet sykehus	1 263	30	264	1 557	83,0 %	98,1 %
Vestre Viken	1 320	11	122	1 453	91,6 %	99,2 %
Diakonhjemmet sykehus	2 384	22	957	3 363	71,5 %	99,3 %
Martina Hansens hospital	1 790	35	527	2 352	77,6 %	98,5 %
Betanien hospital, Skien	1 274	25	334	1 633	79,5 %	98,5 %
Revmatismesykehuset, Lhmr	1 652	47	305	2 004	84,8 %	97,7 %
Helse Bergen	2 076	55	159	2 290	93,1 %	97,6 %
Helse Førde	460	7	116	583	80,1 %	98,8 %
Helse Stavanger	676	18	311	1 005	69,1 %	98,2 %
HSR AS	1 416	61	123	1 600	92,3 %	96,2 %
Helse Møre og Romsdal	961	5	269	1 235	78,2 %	99,6 %
St. Olavs Hospital	1 262	6	459	1 727	73,4 %	99,7 %
Helse Nord-Trøndelag	659	8	128	795	83,9 %	99,0 %
Helgelandssykehuset	142	16	78	236	66,9 %	93,2 %
Nordlandssykehuset	665	9	243	917	73,5 %	99,0 %
UNN	1 156	21	199	1 376	85,5 %	98,5 %
Finnmarkssykehuset	136	8	258	402	35,8 %	98,0 %
Total	20 081	405	5 576	26 062	78,6 %	98,4 %

TABELL 4.5: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR for pasienter diagnostisert med PSA. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hvert helseforetak.

Helseforetak	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Sykehuset Østfold	373	5	373	751	50,3 %	99,3 %
Sørlandet sykehus	647	58	110	815	86,5 %	92,9 %
Vestre Viken	855	39	93	987	90,6 %	96,0 %
Diakonhjemmet sykehus	1 318	151	426	1 895	77,5 %	92,0 %
Martina Hansens hospital	830	37	266	1 133	76,5 %	96,7 %
Betanien hospital, Skien	620	33	148	801	81,5 %	95,9 %
Revmatismesykehuset, Lhmr	887	41	156	1 084	85,6 %	96,2 %
Helse Bergen	1 133	117	91	1 341	93,2 %	91,3 %
Helse Førde	315	9	77	401	80,8 %	97,8 %
Helse Stavanger	321	30	189	540	65,0 %	94,4 %
HSR AS	1 073	106	82	1 261	93,5 %	91,6 %
Helse Møre og Romsdal	565	6	219	790	72,3 %	99,2 %
St. Olavs Hospital	1 035	10	485	1 530	68,3 %	99,3 %
Helse Nord-Trøndelag	698	3	149	850	82,5 %	99,6 %
Helgelandssykehuset	128	9	44	181	75,7 %	95,0 %
Nordlandssykehuset	491	19	186	696	73,3 %	97,3 %
UNN	1 081	57	170	1 308	87,0 %	95,6 %
Finnmarkssykehuset	92	9	184	285	35,4 %	96,8 %
Total	12 509	739	3 509	16 757	79,1 %	95,6 %

TABELL 4.6: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR for pasienter diagnostisert med aksial spa utenom ankyloserende spondylitt. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hvert helseforetak.

Helseforetak	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Sykehuset Østfold	99	16	206	321	35,8 %	95,0 %
Sørlandet sykehus	216	39	128	383	66,6 %	89,8 %
Vestre Viken	457	33	97	587	83,5 %	94,4 %
Diakonhjemmet sykehus	1 499	64	477	2 040	76,6 %	96,9 %
Martina Hansens hospital	334	44	208	586	64,5 %	92,5 %
Betanien hospital, Skien	322	30	197	549	64,1 %	94,5 %
Revmatismesykehuset, Lhmr	331	29	151	511	70,5 %	94,3 %
Helse Bergen	839	107	58	1 004	94,2 %	89,3 %
Helse Førde	223	10	42	275	84,7 %	96,4 %
Helse Stavanger	457	29	138	624	77,9 %	95,4 %
HSR AS	767	150	39	956	95,9 %	84,3 %
Helse Møre og Romsdal	356	12	237	605	60,8 %	98,0 %
St. Olavs Hospital	380	20	493	893	44,8 %	97,8 %
Helse Nord-Trøndelag	182	8	165	355	53,5 %	97,7 %
Helgelandssykehuset	79	2	40	121	66,9 %	98,3 %
Nordlandssykehuset	343	27	159	529	69,9 %	94,9 %
UNN	793	19	111	923	88,0 %	97,9 %
Finnmarkssykehuset	49	8	162	219	26,0 %	96,3 %
Total	7 750	647	3 139	11 536	72,8 %	94,4 %

TABELL 4.7: Antall registreringer og dekningsgrad i NorArtritt sammenlignet med NPR for pasienter diagnostisert med AS. Analysen var utført i 2026 og sammenligner antallet registrerte pasienter i NorArtritt og NPR for hvert helseforetak.

Helseforetak	Begge	Kun NorArtritt	kun NPR	Total	Dek.grad NorArtritt	Dek.grad NPR
Sykehuset Østfold	148	12	158	318	50,3 %	96,2 %
Sørlandet sykehus	273	14	64	351	81,8 %	96,0 %
Vestre Viken	423	8	44	475	90,7 %	98,3 %
Diakonhjemmet sykehus	1 009	67	282	1 358	79,2 %	95,1 %
Martina Hansens hospital	412	40	129	581	77,8 %	93,1 %
Betanien hospital, Skien	394	12	101	507	80,1 %	97,6 %
Revmatismesykehuset, Lhmr	428	28	55	511	89,2 %	94,5 %
Helse Bergen	1 041	39	48	1 128	95,7 %	96,5 %
Helse Førde	212	6	18	236	92,4 %	97,5 %
Helse Stavanger	270	22	58	350	83,4 %	93,7 %
HSR AS	740	62	25	827	97,0 %	92,5 %
Helse Møre og Romsdal	352	21	93	466	80,0 %	95,5 %
St. Olavs Hospital	337	3	231	571	59,5 %	99,5 %
Helse Nord-Trøndelag	305	2	117	424	72,4 %	99,5 %
Helgelandssykehuset	48	2	16	66	75,8 %	97,0 %
Nordlandssykehuset	199	19	37	255	85,5 %	92,5 %
UNN	742	52	60	854	93,0 %	93,9 %
Finnmarkssykehuset	83	6	170	259	34,4 %	97,7 %
Total	7 427	415	1 716	9 558	82,0 %	95,7 %

TABELL 4.8: Antall og andel svar per kontroll (inkludasjon eller oppfølging) i det aktuelle år.

år	MHAQ	RAND12
2021	19 252/22 486 (85,62 %)	24 165/29 397 (82,20 %)
2022	19 343/22 710 (85,17 %)	24 462/29 585 (82,68 %)
2023	19 565/22 949 (85,25 %)	25 003/30 218 (82,74 %)
2024	17 942/22 027 (81,45 %)	23 595/29 628 (79,64 %)
2025	16 719/20 938 (79,85 %)	21 848/28 636 (76,30 %)

TABELL 4.9: Antall og andel svar per kontroll (inkludasjon eller oppfølging) i løpet av de to siste år.

Enhet	MHAQ	RAND12
Betanien hospital	2 564/3 327 (77,07 %)	3 206/4 487 (71,45 %)
Diakonhjemmet sykehus AS	4 828/6 367 (75,83 %)	6 694/9 591 (69,79 %)
Drammen sykehus, Vestre Viken	2 556/2 698 (94,74 %)	3 034/3 304 (91,83 %)
Finnmarkssykehuset	96/155 (61,94 %)	145/220 (65,91 %)
Førde sentralsykehus	1 252/1 286 (97,36 %)	1 725/1 783 (96,75 %)
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	3 889/4 234 (91,85 %)	5 359/6 047 (88,62 %)
Haukeland universitetssykehus	4 029/5 066 (79,53 %)	5 386/6 941 (77,60 %)
Helgelandssykehuset	152/350 (43,43 %)	217/474 (45,78 %)
Martina Hansens hospital	1 889/2 179 (86,69 %)	2 103/2 538 (82,86 %)
Nordlandssykehuset HV	685/1 110 (61,71 %)	931/1 555 (59,87 %)
Revma Vestfold	61/68 (89,71 %)	73/79 (92,41 %)
Revmatismesykehuset Lillehammer	4 336/4 502 (96,31 %)	5 173/5 386 (96,05 %)
St. Olavs hospital	812/1 023 (79,37 %)	1 037/1 293 (80,20 %)
Stavanger universitetssykehus	1 376/2 085 (66,00 %)	2 006/3 127 (64,15 %)
Sykehuset Levanger	933/1 082 (86,23 %)	1 168/1 334 (87,56 %)
Sykehuset Østfold	156/364 (42,86 %)	170/405 (41,98 %)
Sørlandet sykehus HF	2 115/2 819 (75,03 %)	2 377/3 289 (72,27 %)
Universitetssykehuset Nord-Norge	2 341/3 543 (66,07 %)	3 802/5 441 (69,88 %)
Ålesund sykehus	591/707 (83,59 %)	837/970 (86,29 %)

4.3 Vurdering av datakvalitet

4.3.1 Variabelkomplethet

TABELL 4.10: Komplethet for sentrale variabler for pasienter diagnostisert med revmatoid artritt diagnostisert i 2014 eller senere. Tabellen viser andel registrerte verdier for oppfølginger gjort i 2025. En pasient kan ha flere kontroller i løpet av året. VAS (visuell analog skala) er pasientens egenrapporterte verdi.

Diagnose	Kontroller	Leddtelling-28	VAS sykdomsaktivitet	CRP
Revmatoid artritt	8 511	73,2 %	79,5 %	73,4 %

Tabellene 4.10 til 4.12 på denne siden og på neste side viser komplethet for sentrale variabler for henholdsvis RA, PSA og aksial spondyloartritt ved konsultasjoner utført i 2025. De utvalgte variablene

TABELL 4.11: Kompletthet for sentrale variabler for pasienter diagnostisert med psoriasisartritt i 2014 eller senere. Tabellen viser andel registrerte verdier ved oppfølginger gjort i 2025. En pasient kan ha flere kontroller i løpet av året. VAS (visuell analog skala) er pasientens egenrapporterte verdi.

Diagnose	Kontroller	Leddtelling-68	VAS sykdomsaktivitet	VAS smerter	CRP
Psoriasisartritt	4 733	67,4 %	79,3 %	76,0 %	71,1 %

TABELL 4.12: Kompletthet for sentrale variabler for pasienter diagnostisert med aksial spondyloartritt i 2014 eller senere. Tabellen viser andel registrerte verdier ved oppfølginger gjort i 2025. En pasient kan ha flere kontroller i løpet av året. Nakke-rygg viser til BASDAI-spørsmålet: «Hvordan vil du beskrive den generelle graden av smerter i nakke-, rygg eller hofter i forbindelse med Bekhterev sykdom?». Andre-ledd viser til BASDAI-spørsmålet: «Hvordan vil du beskrive det generelle nivået av smerte/hevelse du har hatt i andre ledd enn nakken-, ryggen eller hoftene?» og stivhet viser til BASDAI-spørsmålet: «Hvordan vil du beskrive den generelle graden av stivhet du har opplevd om morgenen fra det tidspunktet du våkner?» VAS (visuell analog skala) er pasientens egenrapporterte verdi.

Diagnose	Kontroller	VAS sykdomsaktivitet	CRP	Nakke-rygg	Andre-ledd	Stivhet
Aksial Spondyloartritt	4 474	79,3 %	68,0 %	76,6 %	76,6 %	76,6 %

inngår alle i kvalitetsindikatorene til NorArtritt. Vi ser at komplettheten jevnt over er bra, og aller best for variablene som registreres av pasienten selv. NorArtritt utførte i 2024 en kompletthetsanalyse for alle sentrale variabler ved inklusjon og oppfølging, både nasjonalt og for alle avdelinger. Resultatet er sammenlignbart med det som årlig presenteres i årsrapporten. Avdelingsvis resultat ble sendt til hver enkelt avdeling høsten 2025, slik at dette kan brukes som utgangspunkt for videre lokale datakvalitetsprosjekt.

En lokal analyse av registreringskomplett ved Haukeland universitetssjukehus ble utført i 2021 og gjentatt i 2024. Komplettheten var gjennomgående god for de fleste variabler, men det ble observert et fall i pasientrapporterte data fra 82,4 til 72,6 % fra 2021 til 2024. Dette var utgangspunktet for et forbedringsprosjekt som ble ferdigstilt i 2025 og beskrives i [avsnitt 5.2](#) på side 87.

De tre revmatologiske avdelingene i Helse Midt-Norge bruker nå Helseplattformen for rapportering til registeret. I løsningen benyttes den såkalte revmatologi-fanen til dette formålet, og det er der mulig å registrere de fleste aktuelle variabler. Vi har imidlertid identifisert en del mangler både i fanen der behandler skal registrere og i spørreskjemaene i HelsaMi. Likeledes ser vi at utfyllingen er mangelfull. Det er derfor i 2026 satt i gang et arbeid sammen med klinikere ved avdelingene samt med Helseplattformen for å forbedre dette slik at vi skal motta korrekte og komplette data også fra disse avdelingene.

4.3.2 Variabelkorrekthet

For å evaluere variabelkorrektheten i NorArtritt ble det i 2021 gjennomført et valideringsprosjekt med fokus på sentrale variabler,

herunder variabler som inngår i registerets kvalitetsindikatorer.

Følgende variabler ble undersøkt:

- Bruk av medikamenter ved siste kontroll
- Start av syntetiske eller biologiske DMARDs innen 2 uker etter diagnosedato (kun for revmatoid artritt med diagnose 2014 eller senere)
- SR ved ettårskontroll
- CRP ved ettårskontroll
- Diagnosedato

Variablene i registeret ble sammenholdt med registrering i pasientjournal. For å få et representativt utvalg av pasienter så man på data fra fire ulike avdelinger (Vestre Viken, St. Olavs hospital, Haukeland universitetssjukehus og Nordlandssykehuset) som til sammen representerte både små og større avdelinger fra alle helseregioner. 60 tilfeldig valgte pasienter med ankyloserende spondylitt, psoriasisartritt og revmatoid artritt ble gjennomgått ved hver avdeling.

Analysen av variabelkorrekthet avdekket lav validitet for diagnosedato ved flere avdelinger. Man har i etterkant av dette endret hvordan diagnosedebutdato registreres i GTI, slik at man nå aktivt må sette en dato for diagnosedebut. Også registrering av medikamenter hadde en relativt lav validitet, men det ble påpekt at problemstillingen ikke er at behandlerne registrerer inn feil medikament eller dose, men at de unnlater å registrere endringer i medikament eller dose. Medikamentene som er registrert vil derfor kunne gjenspeile situasjonen ved f.eks. forrige kontroll. Senkning og CRP hadde høy validitet ved alle registrerende enheter, og bekrefter inntrykket av at validiteten er høy når verdiene er udiskutable.

4.3.3 Reliabilitet

Fra desember 25 til februar 26 ble det gjennomført en reliabilitetsanalyse for utvalgte variabler i NorArtritt, basert på seks kasuistikker som ble vurdert av 16 uavhengige ratere. Målet var å undersøke graden av enighet mellom registratorene og identifisere variabler som eventuelt krever tydeligere definisjoner eller opplæring. Gjennomgangen omfatter både kategoriske og numeriske variabler, og analysene er basert på etablerte mål som observert enighet, Gwet's AC1/AC2 (for kategoriske variabler), samt korrelasjon, ICC2 og Krippendorff's alpha (for numeriske variabler).

Kategoriske variabler

Interrater reliabilitet for kategoriske variabler er vist i [tabell 4.13](#) på neste side. For de fleste kategoriske variablene viste analysen god til utmerket reliabilitet, særlig for laboratorie- og medikasjonsrelaterte variabler, som type medikament, administrasjonsform, medisineringsintervall, anti-CCP (+/-) og revmatoid faktor (+/-).

Som forventet viste enkelte variabler som bygger på datofastsettelse lavere reliabilitet. Dette gjaldt diagnosedato og dato for oppfylte ACR/EULAR kriterier. For disse variablene varierer vurderingspraksis mellom ratere, og dette er en kjent utfordring i registre der kliniske

TABELL 4.13: Reliabilitetsanalyse for kategoriske variabler

Variabel	n	Obs. enighet (%)	Gwet's AC1/AC2	
			Verdi	95 % KI
ACR/EULAR Klassifikasjonskriterier	6	63.333	0.589	(0.42,0.757)
Administrasjonsform	6	100.000	1.000	(NaN,NaN)
Kriterier: Akuttfasereaktanter	6	85.694	0.818	(0.541,1)
Anti-CCP (+/-)	6	100.000	1.000	(1,1)
Diagnose	6	85.556	0.850	(0.797,0.904)
Diagnosedato	6	49.722	0.469	(0.3,0.638)
Antall hovne ledd	6	76.111	0.720	(0.406,1)
Intraartikulær injeksjon	6	95.833	0.946	(0.846,1)
Medisineringsintervall	6	97.917	0.976	(0.913,1)
Kriterier: Leddaffeksjon	6	76.667	0.713	(0.433,0.993)
Medikament	6	100.000	1.000	(1,1)
Endring i medisinering	6	100.000	1.000	(NaN,NaN)
Antall ømme ledd	6	84.722	0.821	(0.615,1)
Dato for oppfylte ACR/EULAR kriterier	6	76.290	0.735	(0.439,1)
Revmatoid faktor (+/-)	6	87.639	0.830	(0.542,1)
RontgenHenderFotter	6	88.333	0.859	(0.693,1)
Kriterier: Serologi	6	91.944	0.909	(0.798,1)
Kriterier: Symptomvarighet	6	90.417	0.899	(0.751,1)

vurderinger og retrospektive datoer inngår. Registeret planlegger å lage klarere retningslinjer for hvilken dato som skal gjelde for disse variablene. Dette vil bli formidlet i nyhetsbrev, rettleddninger for registrering og på møter som f.eks. det årlige registerseminaret og julemøtet i norsk revmatologisk forening.

Når det gjelder ACR/EULAR klassifikasjonskriterier ser vi at delkomponentene (leddaffeksjon, serologi, akuttfasereaktanter og symptomvarighet) alle har god til svært god reliabilitet, mens reliabiliteten for sluttsummen (ACR/EULAR klassifikasjonskriterier) er lavere. Dette skyldes at summen er sensitiv for selv små avvik i én enkelt delkomponent, og at små feil hos ulike ratere ofte oppstår i forskjellige delvariabler, noe som forsterker uenighet i totalskåren. Da analysen er gjort på et relativt lavt antall kasuistikker (6 stk) vil slike avvik gi en uforholdsmessig stor effekt på beregningene. Den lavere reliabiliteten for totalsummen reflekterer derfor hovedsakelig kombinasjonseffekter og metodiske forhold, og ikke dårlig kvalitet i delregistreringene.

Numeriske variabler

Interrater reliabilitet for numeriske variabler er vist i tabell [tabell 4.14](#) på neste side. Majoriteten av de numeriske variablene viste svært høy reliabilitet med god enighet mellom ratere for laboratorieverdier og legemiddeldose. En del ratere har imidlertid ikke registrert verdier for anti-CCP og revmatoid faktor hvis disse er under cutoff for positiv test. Dette fører til lavere verdier for Krippendorff alfa fordi denne er

TABELL 4.14: Reliabilitetsanalyse for numeriske variabler

Variabel	n	Korrelasjon	ICC2		Krippendorff	
			Verdi	95 % KI	Verdi	95 % KI
Anti-CCP verdi	6	0.997	0.999	(1,1)	0.610	(0.222,0.997)
CRP	6	0.934	0.994	(0.98,1)	0.887	(0.667,1)
Lege global sykdomsaktivitet	6	0.598	0.768	(0.42,0.96)	0.028	(-0.013,0.068)
Legemiddeldose	6	0.966	1.000	(1,1)	0.882	(0.709,1)
RF verdi	6	0.995	1.000	(1,1)	0.647	(0.279,1)
SR	6	0.739	0.835	(0.59,0.97)	0.714	(0.625,0.802)

følsom for manglende data når antall enheter er lavt, og reduseres fordi færre ratere inngår i analysen. Alle ratere som fylte ut disse variablene registrerte imidlertid identiske verdier.

Variabelen lege global sykdomsaktivitet viste moderat reliabilitet, både fordi ratere bruker skalaen ulikt og fordi vurderingen er subjektiv. Denne variabeltypen har tradisjonelt lavere reliabilitet i kliniske registre, noe som er i tråd med våre funn.

4.3.4 Overordnet vurdering av funn i datakvalitetsundersøkelsene

Over tid har hovedproblemet med datakvaliteten til NorArtritt vært for lav dekningsgrad. For å bøte på dette ble det i 2025 innført reser-vasjonsbasert inklusjon. Inklusjon skjer da på følgende måte: For at en pasient skal inkluderes i NorArtritt kreves det at det utføres en registrering i GoTreatIT på en pasient som har en aktuell diagnose og der det ikke er registrert at pasienten har nektet samtykke. For alle pasienter som ikke er inkludert i registeret, vil det første og andre gang de selvrappporterer etter innføringen av løsningen, fremkomme et informasjonsbilde vedrørende dette. På bildet informeres det om at pasienter med deres diagnose automatisk blir inkludert i registeret. De får informasjon om hvor de kan lese mer om dette og om at de kan reservere seg i HelseNorge eller gi beskjed til sin behandler om at de ønsker å reservere seg. Nederst i bildet er det et felt der pasienten kan markere at de allerede har reservert seg i HelseNorge. Da vil det registreres også lokalt i GoTreatIT-løsningen. Pasienter som tidligere har samtykket forblir inkludert, men vil hver gang de selvregistrerer informeres om at de er inkludert i registeret. For pasienter med ny diagnose har vi utviklet et informasjonsskriv som gis til pasienten, med generell informasjon om registeret, samt informasjon om reser-vasjonsrett og hvordan dette gjøres. Reservasjonsbasert løsning ble implementert på ulike tidspunkt ved de ulike avdelingene fordi det er knyttet til en ny løsning i rapporteringsplattformen GoTreatIT, og oppgradering til ny versjon ble gjort på ulike tidspunkt. Også etter innføringen av løsningen forventer vi at det tar noe tid før flertallet av pasienter inkluderes, ettersom det kreves en registrering i GTI (i forbindelse med et poliklinisk besøk eller telefonkonsultasjon) for at pasienter skal inkluderes. Det er selvsagt også nødvendig at alle

pasientene faktisk registreres i GoTreatIT, og dersom dette ikke skjer blir heller ikke pasienten inkludert.

For avdelinger i Helse Midt-Norge, som benytter Helseplattformen, foreligger dessverre fortsatt ikke løsning for reservasjonsbasert inklusjon i registeret. Disse avdelingene – St. Olavs hospital, Ålesund og Levanger sykehus – må derfor inntil videre fortsette med samtykkebasert inklusjon, men vi er i dialog med Helseplattformen som har forespeilet oss løsning for reservasjonsbasert inklusjon i løpet av 2026. Ved disse avdelingene kan man tenke seg enda større effekt av tiltaket, ettersom data til NorArtritt hentes fra selve pasientjournalen. Derved vil alle konsultasjoner bli registrert og alle pasienter inkludert, forutsatt riktig diagnosekode og at pasienten ikke reserverer seg.

Når det gjelder datakomplettethet forventes det at det for pasienter som har kroniske sykdommer, og som følges hele livet med ujevne mellomrom, vil mangle data på enkelte besøk. NorArtritt utførte i 2024 en komplettetsanalyse for alle sentrale variabler ved inklusjon og oppfølging, både nasjonalt og for alle avdelinger. Det nasjonale resultatet er sammenlignbart med det som årlig presenteres i årsrapporten. Avdelingsvise resultat ble sendt til hver enkelt avdeling høsten 2025, slik at dette kan brukes som utgangspunkt for videre lokale datakvalitetsprosjekt. Registeret arbeider målrettet mot avdelingene for å minne om betydningen av å registrere ved alle visitter, men vi kan ikke forvente fullstendig komplette data. Det er heller ingen grunn til å tro at denne typen mangler påvirker resultatene i særlig grad ettersom data ikke er feil, men mangler. For nesten alle pasienter vil det foreligge data for de viktigste variablene på en tidligere kontroll slik at totalvurderingen av en sykehusavdeling likevel i høy grad avspeiler avdelingens praksis.

Vi har utført undersøkelse av korrekthet og komplettethet på flere ulike avdelinger og finner at det nærmest ikke foreligger tastefeil, men at det kan mangle data på enkelte variabler. For den eneste variabelen der det forelå en feil (diagnosedato), fant vi at årsaken til feilen ofte skyldtes at dagens dato kom som standardvalg og derfor gjerne ble valgt fremfor å skrive inn riktig diagnosedato. Denne feilen i dataregistreringsløsningen er for lengst rettet opp og alle behandlere må aktivt skrive inn dato for diagnosedato.

Fra desember 25 til februar 26 ble det gjennomført en reliabilitetsanalyse i NorArtritt. Oppsummert viser de fleste variablene i NorArtritt god eller utmerket reliabilitet, både blant kategoriske og numeriske målinger. Laboratorievariabler og medikasjonsrelaterte variabler har gjennomgående svært høy konsistens, mens variabler som er basert på klinisk skjønn eller retrospektive datoer som forventet har noe lavere reliabilitet. Lavere reliabilitet for enkelte numeriske variabler skyldes i hovedsak tastefeil og manglende utfylling, ikke reell uenighet mellom ratere. Reliabilitetsanalysen viser at NorArtritt har pålitelige og konsistente registervariabler.

Samlet sett vurderes det at datakvaliteten i NorArtritt er tilfredsstillende for både kliniske formål og forskning. Utfordringen som registeret har hatt med en utilstrekkelig dekningsgrad er forventet å

løses gjennom reservasjonsbasert inklusjon som nå er på plass for tre av fire helseregioner.

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

- **Tidlig oppstart av sykdomsmodifiserende behandling:**

I den nasjonale veilederen anbefales tidlig oppstart av sykdomsmodifiserende behandling ved nydiagnostisert revmatoid artritt. I [figur 2.4](#) på side [13](#) ser vi at andelen som starter slik behandling innen to uker etter diagnose er svært ulik ved de ulike avdelingene.

- **Pasientens egenvurdering av sykdomsaktivitet:**

I NorArtritt skal pasientene ved hver konsultasjon fylle ut selvrappotering der flere mål inngår, inkludert VAS for pasientens totalvurdering av sykdomsaktivitet. Dette målet er svært sentralt i vurderingen av sykdomsaktivitet og spiller inn på valg av behandling (uendret, intensivering, nedtrapning). Med innføring av digital oppmøteløsning har andel pasienter som utelater selvregistrering økt og dette kan føre til at behandlingen velges på et dårligere grunnlag. Som vist i [tabell 4.8](#) på side [79](#) har også andelen kontroller der pasienten har registrert MHAQ og RAND-12 falt. Dette er særlig uttalt ved enkelte avdelinger, f.eks. sykehuset Østfold. Vi har i Bergen utført et vellykket forbedringsarbeid for å øke andelen som selvrappoterer, se [avsnitt 5.2](#) på neste side. Vi planlegger videre å kontakte avdelinger der pasientrapporterte data har spesielt dårlig kompletthet og tilby hjelp med tilsvarende forbedringsarbeid.

- **Tid fra diagnose til første kontroll for pasienter med revmatoid artritt:**

I den nasjonale veilederen anbefales det at pasienter med revmatoid artritt behandles med mål om vedvarende remisjon. Det skal være hyppig monitorering (så ofte som hver måned); og så lenge behandlingsmålet ikke er nådd, skal behandlingen justeres minst hver 3. måned. I NorArtritt måles derfor andel pasienter som har vært til kontroll på sykehuset eller hos avtalespesialist innen 3 måneder etter at diagnosen ble stilt, samt gjennomsnittlig antall dager til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert revmatoid artritt. [Figurene 2.10](#) og [2.13](#) på side [21](#) og på side [25](#) viser at det er vesentlige forskjeller mellom helseforetak i andel pasienter som får kontroll innen 90 dager etter ny RA-diagnose, samt i antall dager det tar før første kontroll, og at få avdelinger oppnår målet om at 80 % av pasientene skal få en kontroll innen 3 måneder.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

TABELL 5.1: Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Øke andel pasienter som starter med sykdomsmodifiserende behandling innen 14 dager etter ny RA-diagnose
Tidsperiode for tiltaket	2023–oktober 2025
Hva ble gjort av hvem?	– Registerledelsen sendte høsten 2023 og høsten 2024 ut kvalitetsrapporter til hver enkelt revmatologisk avdeling med informasjon om bakgrunnen for kvalitetsforbedringsprosjektet, samt nasjonale og lokale tall. I rapporten for 2024 er det også gitt konkrete tips til arbeid videre på lokal avdeling. – På registerseminaret høsten 2024 jobbet flere avdelinger med tall fra sin kvalitetsrapport, med mål om å forstå nærmere hvorfor man lokalt ikke har nådd registerets mål om at 80 % av pasientene med nydiagnostisert revmatoid artritt skal starte sykdomsmodifiserende behandling innen 14 dager. – Registerledelsen hadde i 2025 et digitalt minilæringsnettverk for avdelinger som ønsker å jobbe lokalt med forbedringsarbeid med utgangspunkt i data fra NorArtritt. Dette ble gjort i samarbeid med Åse Lexberg som jobber som medisinsk rådgiver i fagområdet forbedringskunnskap ved avdeling for kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og smittevern i Vestre Viken. Leger og sykepleiere fra Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus deltok med et lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt som omhandlet tidlig oppstart av sykdomsmodifiserende behandling. – Ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus har man hatt som mål å øke andelen pasienter med nydiagnostisert revmatoid artritt som starter behandling med DMARD innen 14 dager til over 80 %. For å kartlegge årsaker til eventuelle forsinkelser i behandlingsoppstart gikk man våren 2025 igjennom alle pasienter som fikk diagnosen RA i 2024.

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 5.1: ... fortsettelse fra forrige side

Hvilke resultater ble oppnådd?	Den systematiske gjennomgangen av alle nye RA pasienter 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. Alle pasientene med nydiagnostisert RA fikk imidlertid tilbud om oppstart av DMARD innen 14 dager. Arbeidet har ført til et betydelig økt fokus på mangler i registreringen, og bekrefter at Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus i praksis oppfyller målet om rask behandlingsoppstart etter ny RA-diagnose.
--------------------------------	---

TABELL 5.2: Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Øke andel pasienter over 70 år som selvregistrerer ved poliklinisk kontroll på revmatologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus
Tidsperiode for tiltaket	2024–2025
Hva ble gjort av hvem?	– Et datakvalitetsprosjekt, gjennomført av LIS ved revmatologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus i 2024, viste at andel pasienter som selvregistrerer i forbindelse med poliklinisk kontroll har gått ned med rundt 10 % etter innføring av digital ankomstregistrering. – Registerledelsen har gått igjennom alle NorArtritt-pasienter som var til oppfølging i en 6 ukers periode i september/oktober 2024 (til sammen 380 pasienter). Av disse manglet 20 % selvregistrering. Når man delte pasientene inn i alderskategorier fant man imidlertid at det var de eldre pasientene som oftest manglet selvregistrering, og 41 % av pasienter over 70 år hadde ikke selvregistrert ved siste kontroll. Man valgte derfor å videre fokusere på denne aldersgruppen. – Høst 2024 og vår 2025 gjennomførte registersykepleier, Tove Hatletveit, og nestleder i registeret, Solveig Hauge, Helse Vest sin regionale utdanning i forbedringsmetodikk. Prosjektet deres hadde som mål å øke andelen pasienter over 70 år som selvregistrerer ved poliklinisk kontroll på revmatologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus til over 80 %. – En rekke tiltak har blitt utprøvd i forbindelse med prosjektet. Blant annet har man tydeliggjort at pasientene, i tillegg til å kunne selvregistrere på egen mobil, også kan få hjelp til selvregistrering ved ankomst avdelingen. Dette er nå klart angitt både i SMS til pasient, plakater på ventrommet og i innkallingsbrev til pasienten. I innkallingsbrevet er bakgrunnen for, og nytten av, selvregistrering også kortfattet beskrevet, da flere pasienter har etterspurt dette. Legene er av samme grunn også oppmuntret til å ta opp pasientens selvregistrering ved konsultasjon. SMS med lenke til selvregistrering sendes i tillegg ut dagen før konsultasjon, og ikke samme dag som tidligere, slik at denne ikke drukner i SMS vedrørende ankomstregistrering og timeavtale.
Hvilke resultater ble oppnådd?	Andel pasienter over 70 år som selvregistrerer var gjennomsnittlig 63,7 % siste 14 ukene før prosjektet startet. Denne andelen økte til gjennomsnittlig 70,2 % første 6 månedene av 2025, og videre til gjennomsnittlig 77,8 % siste 6 måneder av 2025. I januar til mars 2026 var andel pasienter over 70 år som selvregistrerer i forbindelse med oppmøte på revmatologisk poliklinikk på over 80 %, og målet om å oppnå 80 % selvregistrering blant pasienter over 70 år er oppnådd.

TABELL 5.3: Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Redusere tid fra diagnose til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert revmatoid artritt ved Ålesund sjukehus
Tidsperiode for tiltaket	januar - oktober 2025
Hva ble gjort av hvem?	– Registerledelsen hadde i 2025 et digitalt minilæringsnettverk for avdelinger som ønsker å jobbe lokalt med forbedringsarbeid med utgangspunkt i data fra NorArtritt. Dette ble gjort i samarbeid med Åse Lexberg som jobber som medisinsk rådgiver i fagområdet forbedringskunnskap ved avdeling for kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og smittevern i Vestre Viken. Leger og sykepleiere fra Ålesund sjukehus deltok med et lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om å redusere tid fra diagnose til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert revmatoid artritt til under 90 dager. – Flere ulike tiltak har blitt utprøvd i forbindelse med prosjektet. Man har blant annet bedret informasjonsflyt mellom lege og sekretær som setter opp pasienttimer, ved å gjøre endringer i planleggingsarket som fylles ut av lege etter konsultasjon. Man tilstreber nå også at pasienter får informasjon om tidspunkt for første kontrolltime raskt etter diagnose, slik at man sikrer at pasientene får time som anbefalt, og at denne ikke blir forskjøvet grunnet kapasitetsproblemer på poliklinikken.
Hvilke resultater ble oppnådd?	I løpet av prosjektperioden ble gjennomsnittlig antall dager fra ny RA-diagnose til første kontroll redusert fra 105 dager til 86 dager, og ved prosjektslutt oppnådde avdelingen registerets mål om at gjennomsnittlig antall dager fra diagnosetidspunkt til første kontroll for pasienter med nydiagnostisert RA skal være under 90 dager.

6 Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/Mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Årsrapporten er tilgjengelig på registerets egen hjemmeside, samt på kvalitetsregistre.no. En trykt versjon av årsrapporten sendes i tillegg ut til alle landets revmatologiske avdelinger. Beskrivelse av- og lenke til rapporten finnes også i halvårlege nyhetsbrev til kontaktpersoner og ledere. Tabeller og figurer benyttes i en rekke presentasjoner for fagmiljøene, både nasjonalt og på mindre møter.
2.	Kvalitetsregistre.no: Registeret publiserer 7/7 indikatorer på nettsiden, på enhets- og nasjonalt nivå	2 ganger i året	Alle interesserte. Erfaringsmessig er det mest behandlere, kontaktpersoner og registerinteresserte som benytter siden.
3.	Resultater til registrerende enheter: Nyhetsbrev sendes halvårleg med angivelse av utvalgte resultat og kobling til årsrapporten. I forbindelse med kvalitetsforbedringsprosjekt, har vi de senere år i tillegg sendt sykehusvise rapporter med den enkelte avdelings resultater sammenliknet med nasjonale tall	2-3 ganger årlig	Avdelingsledere, kontaktpersoner, og alle behandlerne. Resultatene som sendes ut er ment som informasjon, men også inspirasjon til lokal kvalitetsforbedring.
4.	Norsk revmatologisk for- enings årlige julekurs	Årlig	NorArtritt holder hvert år et innlegg på dette kurset, hvor svært mange av landets revmatologer deltar.
5.	Nasjonalt registerseminar	Årlig	Møte for registrarer/behandlere.

7 Samarbeid og forskning

Registeret får data fra alle helseregioner og behandlende enheter, og datakvaliteten god. Det pågår flere forskningsprosjekter som gjør bruk av registerets data, inkludert postdoc- og PhD-prosjekter som omhandler langtidsforløp og komplikasjoner. Blant disse inngår studier av hjerte- og hjerneinfarkt blant pasienter med revmatoid artritt, undersøkelse av psoriasisartritt i Nord-Norge med fokus på leddskade og tilleggssykdommer, og undersøkelse av fertilitet blant menn med revmatisk leddsykdom. To doktorgradsstipendiater med prosjekter knyttet til registeret fikk tildelt Helse Vest sine doktorgradsstipend i 2025, og data til disse forskningsarbeidene er utlevert etter vurdering av prosjektene i fagrådet.

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

NorArtritt samarbeider tett med de andre kvalitetsregistrene med nasjonal dekning innenfor revmatologi, Norsk vaskulittregister og biobank (NorVas) og RevNatus (register for svangerskap og revmatisk sykdom). NorVas og NorArtritt har utarbeidet store deler av datasettet felles og benytter samme verktøy for innsamling og behandling av data (GoTreatIT, Helseplattformen og MRS). NorVas og NorArtritt arbeider også helt parallelt når det gjelder utvikling og oppdatering av registerløsningene for innrapportering og analyse av data. Nye og endrede variabler innføres på samme måte. Samarbeidet er fruktbart både faglig og når det gjelder drift av registrene. Vi har flere felles møter som sikrer samkjøring av registrene. På denne måten lettes registerarbeidet for registrarene som kan forholde seg til samme system for alle pasientgrupper.

De tre registrene innen revmatologi arrangerer et felles årlig møte for behandlerne ved alle landets revmatologiske enheter. Her presenteres nyheter fra de tre registrene og man gjennomgår ulike praktiske forhold knyttet til bl.a. registrering. De siste par årene har vi i tillegg arbeidet med kvalitetsforbedringsmetodikk og med spesifikke kvalitetsforbedringsprosjekter på disse møtene. I 2025 arrangerte NorArtritt og NorVas også sammen et digitalt minilæringsnettverk for avdelinger som ønsker å jobbe lokalt med forbedringsarbeid med utgangspunkt i data fra registrene. Her fikk deltagerne opplæring i forbedringsmetodikk parallelt med arbeid med egne kvalitetsforbedringsprosjekt.

Forskningsprosjekter med kobling mot andre helse- og kvalitetsregistre, bl.a. NPR, KPR, Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og Hjerte- og karregisteret, er enten ferdigstilte eller pågår.

7.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til følgende formål:	2025	2024	2023
Forskning	2	2	2
Kvalitetsforbedring og styringsformål		3	
Andre formål (eks. til media)			
Totalt	2	5	2

7.3 Vitenskapelige artikler

- 1 Nystad TW, Hufthammer KO, Buanes EA, Bryne K, Fevang BS. COVID-19 in patients with chronic inflammatory rheumatic joint disease. Tidsskr Nor Laegeforen. 2021 Oct 11;141(2021-14). doi: 10.4045/tidsskr.21.0362. Print 2021 Oct 12. PMID: 34641647
- 2 Alsing CL, Nystad TW, Igland J, Gjesdal CG, Midtbø H, Tell GS, Fevang BT. Trends in the occurrence of ischaemic heart disease over time in rheumatoid arthritis: 1821 patients from 1972 to 2017. Scand J Rheumatol. 2023 May;52(3):233-242. doi: 10.1080/03009742.2022.2040116. Epub 2022 Mar 11. PMID: 35272584
- 3 Sigmo GD, Hauge S, Hufthammer KO, Wallenius M, Salvesen KÅ, Daltveit AKN, Bakland G, Fevang BS. Male patients with inflammatory joint diseases are less likely than controls to be childless: results from a Norwegian population-based cohort study of 10 865 patients. Ann Rheum Dis. 2024 Mar 12;83(4):457-463. doi: 10.1136/ard-2023-224998. PMID: 38262688
- 4 Linde A, Gerdtts E, Fevang BT, Eilertsen RK, Kringeland E, Alsing CL, Midtbø H. Factors associated with change in arterial stiffness in patients with rheumatoid arthritis: the JointHeart study. Blood Press. 2024 May 9;33(1):2353167. doi: 10.1080/08037051.2024.2353167
- 5 Sigmo GD, Hauge S, Hetland HB, Wallenius M, Lauvsnes MB, Salvesen KÅ, Daltveit AK, Bakland G, Fevang BS. Men with psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis and axial spondylarthritis have more children and at an earlier age than matched controls: results from a nationwide cohort. RMD Open. 2025 Aug 11;11(3):e005770. doi: 10.1136/rmdopen-2025-005770. PMID: 40789721
- 6 Zarar SA, Fevang BS, Alsing CL, Ikdahl E. Correspondence on 'ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue disease-associated interstitial lung disease' by Antoniou et al. Ann Rheum Dis. 2025 Oct 11:S0003-4967(25)04411-5. doi: 10.1016/j.ard.2025.09.006. Online ahead of print. PMID: 41077478
No abstract available.

- 7 Alsing CL, Igland J, Nystad TW, Midtbø H, Ik Dahl E, Næss H, Zarar S, Fevang BS. Data-driven identification of subgroups in early rheumatoid arthritis: mortality and cardiovascular disease in a cohort from western Norway. *RMD Open*. 2025 Sep 26;11(3):e005905. doi: 10.1136/rmdopen-2025-005905. PMID: 41005975
- 8 Alsing CL, Igland J, Nystad TW, Gjesdal CG, Næss H, Tell GS, Fevang BT. Trends in stroke occurrence in rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study from Western Norway, 1972 through 2020. *Front Med (Lausanne)*. 2025 May 21;12:1547518. doi: 10.3389/fmed.2025.1547518. eCollection 2025. PMID: 40470043
- 9 Linde A, Gerdt E, Fevang BT, Ulvik A, Ueland PM, Meyer K, Kringeland E, Midtbø H. Factors associated with left ventricular mass during disease modifying antirheumatic drug therapy in patients with rheumatoid arthritis: the Joint Heart study. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev*. 2025 Oct 1;27:200521. doi: 10.1016/j.ijcrp.2025.200521. eCollection 2025 Dec. PMID: 41141372

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

TABELL 8.1: Vurderingspunkter for stadium og registerets egen evaluering.

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2025	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	☒	☐
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	☒	☐
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	☒	☐
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	☒	☐
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	☒	☐
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	☒	☐
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av de siste to år	4.2	☒	☐
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☒	☐
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	☒	☐
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	☒	☐

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 8.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	☒	☐
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	☒	☐
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	☐	☒
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☒	☐
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.2, 7.3	☒	☐
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	☒	☐
Nivå A				
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.	5.2	☒	☐
Nivå B				
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	5.1, 5.2	☒	☐
Nivå C				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		☐	☒

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

I vurderingen av fjorårets årsrapport hadde ekspertgruppen kommentarer vedrørende reservasjonsbasert inklusjonsløsning, forskningsprosjekt, manglende referanser, områder for forbedringsarbeid, resultat av forbedringsarbeid, dekningsgrad og reliabilitet.

- Reservasjonsbasert inklusjonsløsning: Registeret har gått over til reservasjonsbasert inklusjon i 3 av 4 helseregioner. Ordningen ble tatt i bruk stegvis, ettersom oppdatert løsning av innregistreringsløsningen, GoTreatIT, ble installert på ulike tidspunkt ved de ulike avdelingene. Arbeidet er nærmere beskrevet i kapittel 4.2 og 4.3.4
- Forskningsprosjekt: I 2025 ble det publisert 4 vitenskapelige artikler basert på data fra registeret, slik at det til sammen er publisert 9 artikler som benytter registerets data, se kapittel 7.3. Ett doktorgradsprosjekt ble ferdigstilt i 2025 og to kandidater fikk tildelt Helse Vest doktorgradsstipend for prosjekter basert på NorArtritt-data.
- Manglende referanser: Referanser til kildene som inngår i kunnskapsgrunnlaget for de ulike kvalitetsindikatorne (kapittel 2.1) er nå inkludert i tabellene der hver enkelt indikator er nærmere beskrevet.
- Områder for forbedringsarbeid: Det er påvist mindre forskjeller mellom sykehusene i sykdomsaktivitet ett år etter diagnose ved psoriasisartritt (kapittel 2.1.6), men slike overordnede mål er erfaringsmessig lite egnet for målrettet kvalitetsforbedring. Ved psoriasisartritt kan forbedringsarbeid med fordel rettes mot mer spesifikke prosessmål, som andel som får utført 66/68-leddtelling. Vi vil, i samråd med fagrådet, arbeide for å innføre en slik kvalitetsindikator. Denne indikatoren kan danne grunnlag for videre forbedringsarbeid ved forskjeller mellom avdelinger, og også føre til økt oppmerksomhet rundt oppfølgingen av psoriasisartrittpasienter.

Det er også påvist forskjeller mellom sykehusene i gjennomsnittlig sykdomsaktivitet et år etter diagnose hos pasienter med aksial spondyloartritt. (kapittel 2.1.7) Vi vil følge med på dette i fremtidige analyser. Når pasientgrunnlaget blir større, og dersom forskjellene blir mer tydelige, vil det være aktuelt å igangsette forbedringsprosjekter rettet mot bedring av disse indikatorene ved avdelingene som har dårligst resultater.
- Resultat av forbedringsarbeid: Forbedringsarbeidet som har pågått ved Haukeland universitetssjukehus med mål om å øke

andel pasienter over 70 år som utfører selvregistrering, har fortsatt i hele 2025 (Kapittel 5.2). Gjennom dette arbeidet har avdelingen oppnådd en ytterligere forbedring, med en økning fra 63,7 % til over 80 % i desember 2025, slik at målet for prosjektet ble nådd.

- Dekningsgrad: Ny dekningsgradsanalyse ble utført våren 2026. Innføringen av reservasjonsbasert inklusjon har bedret dekningsgraden betydelig, fra 68,1 % i 2024 til 76,2 % i 2026 og enda bedre for de tre største diagnosene. Pasientene må imidlertid gjennomføre en konsultasjon registrert i GTI sin siste versjon for å bli inkludert, hvilket er årsaken til at økning i antall inklusjoner tar noe tid.

I forrige analyse i 2024 fant man en særlig lav dekningsgrad for diagnosegruppen aksial spondyloartritt (49,9 %), og denne gruppen har fortsatt den laveste dekningsgraden (72,8 %). Årsaken til at dekningsgraden er noe lavere for aksial spondyloartritt enn for de andre diagnosegruppene skyldes en tidligere feil i dataoverføringen fra registersystemet GTI til MRS for denne pasientgruppen. Denne feilen er korrigert sentralt. Korrekt overføring av tidligere registrerte data for pasientgruppen forutsetter imidlertid at dataansvarlige som drifter GTI-løsningen ved hvert enkelt helseforetak kjører et nødvendig script. Dette tar noe tid.

- Reliabilitet: I løpet av høst 2025 og vår 2026 har registeret gjennomført en reliabilitetsanalyse som i all hovedsak viser god reliabilitet, selv om enkelte variabler ble funnet å være uklare. Dette vil vi arbeide med å forbedre. Arbeidet er beskrevet i kapittel 4.3.3.

9.2 Planer og behov

- Dekningsgrad

- Et krav for å oppnå stadium 4 er total dekningsgrad på minst 80 %. For å oppnå dette har registeret arbeidet med overgang til reservasjonsbasert inklusjon, og dette er nå innført i 3 av 4 helseregioner. Flere faktorer gjør imidlertid at det kan ta noe tid før ønsket dekningsgrad oppnås:
 - * Løsningen for automatisk inklusjon ble installert ved de ulike enhetene på ulike tidspunkt, noen steder seint på høsten 2025.
 - * Hver pasient må ha en konsultasjon (fysisk eller på telefon) som blir registrert i GoTreatIT, for å bli inkludert. Dette sikrer at pasientene blir informert om muligheten for å reservere seg, men siden flertallet av pasientene kun tilses hvert 1-2 år vil det ta tid før alle aktuelle pasienter har møtt til kontroll og blitt inkludert.

- * Reservasjonsbasert løsning er ikke etablert ved avdelingene som benytter Helseplattformen for innregistrering, dvs. alle avdelingene i Helse Midt-Norge. Her har det i tillegg vært så store utfordringer med å gjennomføre vanlig klinisk praksis at arbeidet med inklusjon og registrering til NorArtritt har vært nedprioritert.
- Vi har nå et godt samarbeid med avdelingene i HelseMidt-Norge og med utviklerne i Helseplattformen og har håp om at løsning for reservasjonsbasert inklusjon via Helseplattformen kan være på plass før utgangen av 2026.
- Samlet sett forventes registeret å oppnå 80 % dekningsgrad i løpet av 2026.
- **Annet datakvalitetsarbeid**
 - Ny analyse av variabelkorrekthet skal presenteres i årsrapport for 2026.
 - I reliabilitetsanalysen ble det identifisert uklarhet rundt registrering av noen få variabler. Registeret vil arbeide med å klargjøre disse.
 - Vi vet at det er en del feil og mangler i registrering og overføring av data fra avdelingene i Helse Midt-Norge. Vi har mottatt midler til et datakvalitetsprosjekt som skal gjennomføres i samarbeid med lege på St.Olavs hospital. Prosjektet innebærer gjennomgang av komplette NorArtritt-registreringer for 20 pasienter med tre ulike diagnoser. Vi kan på denne måten systematisk identifisere feil og mangler i registrering og overføring av data, og deretter rette opp i disse, slik at data fra HP fremover får en bedre korrekthet og kompletthet. Prosjektet skal gjennomføres høsten 2026.
- **Datafangst**
 - Til nå har deltakelsen i registeret fra avtalespesialister i revmatologi vært meget begrenset. En ny løsning for automatisk overføring av data fra GoTreatIT til NorArtritt (FALK M2M) er blitt utviklet og skal gjøres tilgjengelig for to avtalespesialister i Bergen. Ved dette senteret benyttes allerede GoTreatIT i oppfølgingen av pasientene, slik at en rekke pasienter fortløpende vil bli inkludert når løsningen tas i bruk.
- **Fagutvikling og kvalitetsforbedring**
 - Registeret planlegger neste år å introdusere andel som utfører 66/68-leddtelling ved PSA som en ny kvalitetsindikator. Dette er en prosessindikator som vil rette søkelyset mot oppfølgingen av pasienter med psoriasisartritt, noe som er særlig viktig da sykdommen ofte er kompleks og kan affisere flere ledd enn klassisk revmatoid artritt.

- Registeret vil fortsette å oppfordre til kvalitetsforbedring av identifiserte områder der det foreligger forskjeller som har betydning for pasientene. Vi har identifisert flere forbedringsområder i kapittel 5.1, og støtter avdelingene i arbeidet bl.a. gjennom opplæring i forbedringsmetodikk.
- **Formidling av resultater**
 - NorArtritt har over tid hatt et sterkt ønske om å få presentere data via Rapporteket. Det er sendt søknad om rapportek og vi undersøker muligheten for å presentere kvalitetsindikatorene som SPC-diagrammer slik at de kan benyttes av avdelingene i lokale forbedringsprosjekter.
- **Samarbeid og forskning**
 - To kandidater mottok Helse Vest doktorgradsstipend i november 2025 til sine prosjekter som tar utgangspunkt i registerets data. Vi forventer at deres arbeider vil resultere i flere publiserte vitenskapelige artikler.

10 Litteratur

Referanser til kvalitetsindikatorer

- 1 Aga, A.-B. and E.A. Haavardsholm. Revmatologi (NRF) Veileder, Revmatoid artritt. [Internet] 2020; Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=kh5aS3AF>
- 2 Smolen, J.S., et al., EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Ann Rheum Dis, 2020. 79(6): p. 685-699
- 3 Singh, J.A., et al., 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2016. 68(1): p. 1-25
- 4 Smolen, J.S., et al., Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis, 2016. 75(1): p. 3-15
- 5 Haavardsholm, E.A., et al., Ultrasound in management of rheumatoid arthritis: ARCTIC randomised controlled strategy trial. Bmj, 2016. 354: p. i4205
- 6 Madland, T.M., et al. Revmatologi (NRF) Veileder, Psoriasisartritt (PSA). [Internet] 2022; Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=MUdYyQ29>
- 7 Smolen, J.S., et al., Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. Ann Rheum Dis, 2018. 77(1): p. 3-17
- 8 Ramiro, S., et al., ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. Ann Rheum Dis, 2023. 82(1): p. 19-34
- 9 Stray, H., et al. Revmatologi (NRF) Veileder, Aksial spondyloartritt. [Internet] 2021; Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=smWYBfTE>

Kontakt og informasjon

Postadresse

Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)
Revmatologisk avdeling
Haukeland universitetssjukehus
5021 Bergen

Hjemmeside

[https://www.helse-bergen.no/
avdelinger/revmatologisk-avdeling/
norartritt](https://www.helse-bergen.no/avdelinger/revmatologisk-avdeling/norartritt)



Offentliggjøring

[https://www.kvalitetsregistre.
no/registeroversikt/norsk-
kvalitetsregister-artrittsykdommer](https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/norsk-kvalitetsregister-artrittsykdommer)