

Helsevesenets kvalitetsindikatorer for OA

HCQI OA 1: Hvis en pasient er diagnostisert med symptomatisk artrose (OA), så bør han eller hun vurderes for smerte, funksjonsevne, grad av fysisk aktivitet, kroppsmasseindex (BMI), og yrkesdeltakelse ved baseline eller når han/hun opplever betydelig smerte eller funksjonsbegrensning.

HCQI OA 2: Hvis en pasient med symptomatisk OA får foreskrevet NSAID eller aspirin så bør GI blødningsrisiko, CVD-risiko, og nyrerisiko, vurderes.

HCQI OA 3: Hvis en pasient med OA er overvektig (som definert av en BMI \geq 27), så skal han eller hun motta informasjon om vektkontroll og tilbys en henvisning til et vektkontrollprogram.

HCQI OA 4: Hvis en pasient nylig er diagnostisert med symptomatisk OA, bør han eller hun gis individuelt tilpasset opplæring av relevante helsepersonell om historie, behandling og kontroll av sykdommen innen 3 måneder.

HCQI OA 5: Hvis en pasient er diagnostisert med symptomatisk OA bør en henvisning til en relevant helsepersonell for opplæring i et individualisert treningsprogram inkludert råd om fysisk aktivitet, omfanget av bevegelse-, muskel-, styrke- og aerobicøvelser gis innen tre måneder.

HCQI OA 6: Hvis en pasient med diagnosen symptomatisk OA rapporterer vanskeligheter i ambulerende og/eller ikke ambulerende daglige gjøremål bør behovet for hjelpemidler, ortoser og miljømessige tilpasninger vurderes og håndteres.

HCQI OA 7: Alle fagfolk som jobber med pasienter med artrose i primærhelsetjenesten bør ha kontinuerlig tilgang til utdanning om viktige forebyggende og terapeutiske strategier i forvaltningen av OA.

HCQI OA 8: Hvis en pasient har diagnosen symptomatisk OA og har unnlatt å svare på farmakologisk og ikke farmakologisk behandling bør pasienten henvises til en ortopedisk kirurg når det er relevant.

HCQI OA 9: Hvis en pasient er diagnostisert med OA og har blitt henvist til en ortopedisk kirurg, så bør ikke ventetiden fra første henvisning overstige tre måneder.

HCQI OA 10: Hvis en pasient er diagnostisert med symptomatisk OA og har funksjonell begrensning så bør en forbedring av hans/hennes funksjonsevne med 20 % på et pasientrapportert effektmål være nådd innen tre måneder etter oppstart/ending av farmakologisk/ikke farmakologisk behandling.

HCQI OA 11: Hvis en pasient er diagnostisert med symptomatisk OA bør hans/hennes smertenivå reduseres med 20 % på et pasientrapportert effektmål være nådd innen tre måneder etter oppstart/ending av farmakologisk/ikke farmakologisk behandling.

HCQI OA 12: Hvis en person i yrkesaktiv alder blir diagnostisert med symptomatisk OA, bør han/hun kunne delta i arbeidslivet.

Helsevesenets kvalitetsindikatorer for RA

HCQI RA 1: Hvis en pasient viser mulig reumatoid artritt (RA) bør han/hun henvises til og undersøkes av en spesialist (fortrinnsvis en revmatolog) for bekreftelse av diagnose innen 6 uker etter utbruddet av symptomene.

HCQI RA 2: Hvis en pasient nylig er diagnostisert med RA, bør han eller hun gis individuelt tilpasset opplæring av relevante helsepersonell om historie, behandling og kontroll av sykdommen innen 3 måneder.

HCQI RA 3: Revmatologipraksis skal gi informasjon (skriftlig eller nettside) om hvordan en pasient kan kontakte praksisen for akutte konsultasjoner (ved akuttssymptomer/forverring av sykdommen, alvorlige bivirkninger).

HCQI RA 4: Hvis en pasient er diagnostisert med RA og målet (= remisjon eller lav sykdomsaktivitet) ikke oppnås bør en oppfølgingstime planlegges med en revmatolog innen 3 måneder, og når målet er oppnådd bør en revmatolog eller en spesialisert sykepleier i revmatologi sette opp en oppfølgingstime minst en gang i året.

HCQI RA 5: Hvis en pasient er diagnostisert med RA, og det er leddskade/bløtvevsproblemer som kan løses ved kirurgi, bør pasienten vurderes av en ortopedisk kirurg innen 3 måneder.

HCQI RA 6: Hvis en pasient er diagnostisert med RA, bør en revmatolog og/eller relevante helsepersonell fra det tverrfaglige teamet vurdere og dokumentere følgende variabler: 1) et mål på sykdomsaktivitet som komposittscore som DAS 28 eller noen av dets varianter CDAI eller S-DAI, 2) strukturelle skader (ved hjelp av beste tilgjengelig metode, f.eks. røntgen, MR, ultralyd), 3) funksjonell status, (egHAQ), og 4) yrkesdeltakelse. Vurdering og dokumentasjon skal skje ved baseline og deretter med passende tidsintervaller, minst årlig hvert 1., 3. og 4.

HCQI RA 7: Hvis en pasient har RA, bør han/hun få en behandlingsplan planlagt mellom ham/henne og hans/hennes behandler ved hver time.

HCQI RA 8: Hvis en pasient er diagnostisert med RA bør en gjennomgang av samtidige, uønskede hendelser og risikofaktorer knyttet til farmakologisk behandling utføres minst en gang årlig.

HCQI 9: Hvis en pasient er diagnostisert med RA og behandling med en biologisk sykdomsmodifiserende antirevmatisk legemiddel (DMARD) er foreskrevet bør en tuberkulosescreening utføres og resultatene tolkes før

behandlingen starter.

HCQI RA 10: En revmatolog bør intensivere sykdomsmodifiserende medisiner når sykdomsaktiviteten er moderat* eller høy*.

*Ifølge EULARs anbefalinger

HCQI RA 11: Hvis en pasient er diagnostisert med RA bør en henvisning til en relevant helsepersonell for opplæring i et individualisert treningsprogram inkludert råd om fysisk aktivitet, omfanget av bevegelse-, muskel-, styrke-og aerobicøvelser gis innen tre måneder.

HCQI RA 12: Hvis en pasient med diagnosen RA rapporterer vanskeligheter i ambulerende og/eller ikke ambulerende daglige gjøremål bør behovet for hjelpemidler, ortoser og miljømessige tilpasninger vurderes og håndteres.

HCQI RA 13: Revmatologipraksis bør ha evnen til å minst årlig beregne og registrere (elektronisk eller på papir), sammensetningsscore som DAS 28 eller noen av dets varianter CDAI eller SDAI, for alle pasienter med RA.

HCQI RA 14: Hvis en pasient er diagnostisert med aktiv RA (dvs. DAS* 28 over 3,2) bør sykdomsaktiviteten være lav (dvs. DAS28 under 3.2) 6 måneder etter at behandlingen har startet.

*eller en annen sammensetningsscore for sykdomsaktivitet