

# Utvikling av nasjonalt kvalitets-system for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester

Notat

Oktober 2010

## kunnskapssenteret

**Bakgrunn:** Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å vurdere og foreslå ulike elementer i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Prosjektet består av en overordnet del og flere delprosjekter. Dette er rapporten fra delprosjektet som skal vurdere forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Rapporten drøfter også endring av levevaner hos voksne, fordi forebygging er et viktig et tema i Samhandlingsreformen. **Hovedkonklusjoner:** Gruppen har drøftet en rekke ulike elementer og implementering av disse. Vi mener de viktigste tiltakene er: • For forebyggende helsetjenester er det en særlig utfordring at oppgavene ikke er konkretisert i dagens kommunehelsetjenestelov eller i forskrifter. Å tydeliggjøre hvem som har ansvar for ulike intervensjoner og innholdet i de ulike tjenestene vil gjøre utviklingen av et kvalitetssystem enklere. • IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Nasjonalt helseregisterprosjekt slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking,

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
Notat: ISBN: 978-82-8121-373-9

**Oktober 2010**

kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)* forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennlegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig. • Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å velge ut indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten i tilbudet være ønskelig. • Dette begrunner vi med at disse elementene gir rammer for arbeidet lokalt og sentralt, viktig informasjon til brukerne og styringsinformasjon på aggregert nivå.

<b>Tittel</b>	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
<b>Forfattere</b>	Hege Wang, <i>seniorrådgiver</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-373-9
<b>Prosjektnr</b>	609
<b>Rapporttype</b>	Notat
<b>Antall sider</b>	25
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet
<b>Nøkkelord</b>	Kvalitetssystemer, primærhelsetjenesten, forebyggende helsetjenester, forebygging
<b>Sitering</b>	Wang H. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Astrid Hernes Kvalnes, Ellen Margrethe Carlsen, Elisabeth Grimsrud, Jorunn Hunderi, Liv Janne Bell Jonstad og Trude Bakke for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, oktober 2010

---

# Hovedfunn

Forebyggende helsetjenester omfatter primærforebyggende arbeid, som i Norge er helsestasjonstjenester, skolehelsetjenester og svangerskapsomsorg, og sekundærforebyggende tjenester blant annet hos primærlege og ved frisklivssentraler. Det forebyggende arbeidet er organisert ganske forskjellig i forskjellige land, og det kan derfor være vanskelig å benytte erfaringer fra utlandet.

Det var lite å finne ved litteratursøk om kvalitetssystemer for forebyggende arbeid. Det bekrefter inntrykket av at det ikke bare er i Norge vi mangler kvalitetssystem for forebyggende arbeid.

Vi vet ikke nok om effektive forebyggende tiltak. Det må derfor satses mer på å bygge opp kunnskap gjennom kunnskapsoppsummeringer, primærforskning og evaluering av pågående tiltak.

Gruppen som har vært rådført i arbeidet med dette notatet anbefaler følgende elementer utviklet og implementert i prioritert rekkefølge:

- IKT verktøy og IKT systemer
- Lovverk som konkretiserer forebyggende helsetjenester
- Statistikk og data for aktivitet i primærhelsetjenesten, inklusive de forebyggende tjenestene ("et NPR for primærhelsetjenesten")
- Kvalitetsindikatorer
- Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer
- Tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid
- Kompetanse, fagutvikling og forskning
- Utvikling av nye og utvidet bruk av de eksisterende takster for allmennlegers forebyggende arbeid
- Kommunal ledelse med fokus på kvalitet i folkehelsearbeid
- Brukerperspektiv – kvalitetsråd med brukere

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen, er det poengtert at det å ha kunnskap om helsetilstanden i kommunen står sentralt for å planlegge og iverksette forebyggende tiltak. Det kan være en utfordring i det forebyggende arbeidet at kommunestørrelsen varierer, små kommuner kan kanskje ikke alene greie å iverksette effektive forebyggende tiltak. Å måle og offentliggjøre kvalitetsindikatorer for forebyggende arbeid og helsetilstanden i befolkningen, kan også være en utfordring dersom kommunestørrelsen er liten. Gruppen anser det likevel som viktig å få utviklet og implementert dette.

---

# Innhold

<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>SITUASJONSBESKRIVELSE</b>	<b>8</b>
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	8
Legenes rolle i forebyggende arbeid	8
Frisklivssentraler	9
<b>METODE</b>	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
Litteratur	12
Erfaringer andre land	12
<b>DISKUSJON</b>	<b>14</b>
Kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – mulige elementer og implementering	14
<b>KONKLUSJON</b>	<b>19</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>21</b>
<b>VEDLEGG - SØKESTRATEGI</b>	<b>22</b>

---

# Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å vurdere og foreslå ulike elementer i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Prosjektet består av en overordnet del og flere delprosjekter. Dette er rapporten fra delprosjektet som skal vurdere forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Rapporten drøfter også endring av levevaner hos voksne, fordi forebygging er et viktig et tema i Samhandlingsreformen.

Det pågår mye spennende og relevant arbeid i tjenesten, og det har derfor vært viktig med samarbeid for å fange opp pågående prosesser og tidligere utredninger. Vi har fått innspill enten via møter eller e-post fra følgende:

- Astrid Hernes Kvalnes (helsesøster/ seniorrådgiver Helsedirektoratet)
- Ellen Margrethe Carlsen (helsesøster/ seniorrådgiver Helsedirektoratet)
- Elisabeth Grimsrud (fagkonsulent Den norske jordmorforening)
- Jorunn Hunderi (helsesøster/ seniorrådgiver Fylkesmannen Oslo og Akershus)
- Liv Janne Bell Jonstad (rådgiver, effektiviseringsnettverkene KS)
- Trude Bakke (fastlege, Norsk forening for allmenntmedisin)

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten takker for innsats og engasjement til tross for korte frister. På grunn av knappe tidsfrister var det dessverre ikke vært mulig for brukere, brukerorganisasjoner eller fysioterapeuter å delta i gruppen. Hege Wang fra Kunnskapssenteret har skrevet rapporten, og bibliotekar Ingvild Kirkhei ved Kunnskapssenteret har utført litteratursøket.

---

# Problemstilling

Som en del av Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det utarbeidet en delrapport med fokus på forebyggende helsetjenester. Oppdraget sier at kvalitetssystemet skal både dokumentere og styrke kvaliteten på primærhelsetjenesten, herunder styrke det lokale kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv.

Kvalitetsutviklingen skal omfatte tjenestene slik de er speilet i dagens kommunehelsetjenestelov, dog slik at det også tar hensyn til en utvikling av de kommunale helsetjeneste- og omsorgsoppgavene i tråd med Samhandlingsreformen (1).

Basert på nasjonale erfaringer og anbefalinger, systematisk litteratursøk og internasjonale erfaringer, vil vi foreslå elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

---

# Innledning

Begrepet forebygging rommer mye; vi vil her fokusere på primær og sekundærforebygging. Målet med primærforebygging er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksiner, ulykkesforebygging, hindre røykestart, helseopplysning og frisklivssentraler rettet mot risikogrupper (røykeavvenning, kostholdsveiledning, aktivisering). Målet med sekundærforebygging er å bremse utvikling av en gitt sykdom og å forebygge tilbakefall. Eksempler er medisiner, aktivisering, kostholdsveiledning, røykeavvenning. Tertierforebygging overlapper med rehabilitering som er omfattet i andre underprosjekter. Det er viktig at evidensen for forebyggende intervensjoner er minst like god som for kurative intervensjoner.

Samhandlingsreformen (1) slår fast at forebyggende helsearbeid skal styrkes og at kommunene har en viktig rolle i dette arbeidet. Kommunene skal sørge for et helhetlig tilbud med oversikt over helsetilstanden, forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging innenfor best effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at sykdomsutvikling hindres eller utsettes er et mål. Det er viktig at kvalitetsperspektivet ivaretas også når det gjelder forebyggende helsetjenester.

Denne rapporten tar utgangspunkt i de forebyggende helsetjenestene som er omfattet av dagens kommunehelsetjenestelov; skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg. Samtidig vil vi også si noe om andre kommunale aktører som kan utvikles til å tilby systematisk primær og sekundærforebygging hos voksne i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen: fastlegene og kommunale frisklivssentraler (som en del av kommunale lærings- og mestringssentra). Samhandlingsreformen fremhever også betydningen av å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene.

Folkehelsearbeid forutsetter tverretattlig arbeid, og samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig. Primærforebyggende og helsefremmende arbeid foregår i stor grad utenfor helsesektoren, men helsesektoren har også en viktig rolle. Helsesektoren skal også medvirke til at andre samfunnssektorer bidrar til å fremme folkehelsen. Kommunene og fylkeskommunene har en viktig rolle i det brede folkehelsearbeidet jf Folkehelseloven. Folkehelseloven er under revidering, og det ventes at den nye loven vil tydeliggjøre ansvar og oppgaver. Rapporten vil ikke gå inn på det bre-



de, tverrfaglige folkehelsearbeidet, men fra Kunnskapssenterets perspektiv er det generelt en utfordring å vise god dokumentasjon på tiltak innen dette feltet.

---

# Situasjonsbeskrivelse

---

## Helsestasjon og skolehelsetjeneste

---

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge i alderen 0-20 år, ved å forebygge sykdom og skade og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten har fått og vil få flere nye oppgaver bla; HPV-vaksinering, oppfølging av for tidlig fødte barn, nye retningslinjer for veiing og måling, nye retningslinjer for forebygging og behandling av fedme.

Tjenestene omfattes av en rekke lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere ( (2;3) kapittel 3). Arbeidet er tverrfaglig og involverer de helsefaglige yrkesgruppene helse-søstre, jordmødre, leger, fysioterapeuter. Få kommuner har jordmor i full stilling. Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenesten samarbeider ofte med barnevern og barnehage. Noen kommuner har etablert "Familiehus", der fagpersoner med ulike og utfyllende kompetanse fra virksomheter og tjenester arbeider sammen til beste for brukeren.

Helsedirektoratet nylig gjort et omfattende arbeid med å lage utviklingsstrategier for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og jordmortjenesten (2;3). Denne rapporten tar utgangspunkt i disse strategiene.

---

## Legenes rolle i forebyggende arbeid

---

Legenes rolle og oppgaver i forebyggende arbeid er områder som må avklares og utvikles i dialog mellom aktørene for å innfri intensjonene i Samhandlingsreformen. I nåværende kommunehelsetjenestelov nevnes ikke legene som en av aktørene i kommunens helsetjeneste som skal "fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte" (§1-3), men dette kan være endret i ny helse- og omsorgslov som snart kommer på høring.

Helsedirektoratet utga i 2008 en utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene (4). Forebyggende helsetjenester er ikke drøftet særskilt i den strategien, men beho-

vet for koordinering og samordning mellom kommunale deltjenester, herunder fastlegene, understrekes. Dette bør også omfatte helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Det er utarbeidet en egen rapport om legene i prosjektet, her vil vi bare se på legenes rolle i pasientrettet forebyggende arbeid. Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) publiserte i 2007 et policydokument om forebyggende helsearbeid (5). Dette beskriver og problematiserer ulike forebyggende intervensjoner. ”NFA mener at primærforebygging av sykdom og uhelse er en viktig og integrert del av allmennlegenes arbeid. Allmennlegene har i kraft av sin fagkunnskap, erfaring og yrkesrolle et unikt utgangspunkt som premissleverandør i dette arbeidet som observatør, fortolker og aktør på individnivå.

NFA stiller seg ubetinget positiv til en rekke tradisjonelle, årsaksspesifikke forebyggende medisinske tiltak som vaksinasjon, begrensning av smittsomme sykdommer mv. Derimot vil NFA påpeke at moderne proaktiv medisin, der hensikten er å gripe inn i multifaktorielle sammenhenger basert på teoretiske risikoberegninger, reiser en rekke etiske og praktiske problemstillinger.”

Samhandlingsreformen (1) vurderer om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Overvekt og type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, samt bruk av tobakk og fysisk inaktivitet er sentrale risikofaktorer. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. Evalueringen viser også at legene etterspør tilbud i kommunene som de kan henvise pasienter til for å få hjelp med endring av ulike levevaner (6).

---

## **Frisklivssentraler**

---

Frisklivssentral er et nytt element i kommunehelsetjenestens tilbud til mennesker som trenger strukturert hjelp for å endre levevaner. Frisklivssentralen fungerer som et bindeledd mellom medisinsk behandling og individets mestring av egen helse, primært knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Tilbudet kan være behandlingsrettet ved etablert sykdom (sekundærforebygging), eller forebyggende ved økt risiko for å utvikle sykdom (primærforebygging) (7). Frisklivssentraler kan være et bidrag i å innfri intensjonene i Samhandlingsreformen, og omtales i denne sammenheng med kommunale lærings- og mestringstilbud.

Det har siden 2003 vært bevilget midler til utprøving av ulike modeller, som nå er prøvd ut i ca 30 kommuner fordelt på 7 fylker. Tilbudene har vært innen fysisk akti-

vitet og i noen grad kosthold og hjelp til røykeslutt. Helsedirektoratet leverte i mai 2009, som en oppfølging av Grønnresept ordningen, en tilrådningsrapport til HOD om utvikling av dette feltet (6). Tilrådningsrapporten inneholder en rekke anbefalinger om innhold, kvalitet og organisering av tjenesten. En veileder for etablering og organisering av kommunale frisklivssentraler er under utarbeidelse.

---

# Metode

Det har blitt utført et litteratursøk etter systematiske oversikter av forskningsbibliotekar Ingvild Kirkhei. Vi søkte i MEDLINE, EMBASE, PsyINFO, CINAHL, ISI Web of Science (Social Science/Science Citation Index) og Cochrane Library (Cochrane Library of Systematic Reviews, Health Technology Assessments Database og Database of Abstracts of Reviews of Effects). Søket bestod av både emneord og tekstord og var sammensatt av søketermer for *kvalitet* kombinert med termer for *forebyggende helsetjenester generelt, skolehelsetjenesten, helsestasjoner og helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten*. Søket ble ytterligere avgrenset med et smalt søkefilter for systematiske oversikter. Vi gjorde også et søk etter casestudier og evalueringsrapporter om temaet. Søkestrategien var den samme som ved søk etter systematiske oversikter men ble avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report*. Den fullstendige søkestrategien finnes i vedlegg til denne rapporten.

Vi har også innhentet relevante strategier utgitt av Helsedirektoratet og kunnskapsoppsummeringer publisert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg har vi forsøkt å innhente relevant informasjon fra andre land.

---

# Resultat

---

## Litteratur

---

Vi søkte etter systematiske oppsummeringer. Selv om søket hadde mange treff (472 og 233), var det ingen som var relevante. Dette bekrefter inntrykket av at det ikke finnes omfattende kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester implementert i noen land.

Helsedirektoratet har nylig publisert to utviklingsstrategier og en tilrådningsrapport som vi har lagt til grunn for denne rapporten:

- 1) Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1798 (2)
- 2) Utviklingsstrategi for jordmortjenesten IS-1815 (3).
- 3) Tilrådningsrapport Utvikling av lavterskeltilbud innen levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (6).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har tidligere utgitt flere rapporter og notater som omhandler effekten av forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten. Disse kan være nyttige dersom en skal utvikle innholdet i tjenesten, videre forskning eller kvalitetsindikatorer.

Noen utvalgte rapporter:

- 1) Effekter av skolehelsetjeneste på barn og unges helse og oppvekstvilkår (8)
- 2) Litteratursøk Helsestasjons- og skolehelsetjeneste (9)
- 3) Primærforebyggende tiltak og screening i helsetjenesten (10)
- 4) Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak (11)

---

## Erfaringer andre land

---

Forebyggende helsetjenester er organisert på forskjellige måter, og det er derfor ikke lett å sammenlikne tjenestenes innhold og kvalitetssystemer mellom ulike land. Det har ikke vært anledning til å gjøre dette på noen utfyllende eller systematisk måte, men vi kan ikke peke på noen land som har et omfattende kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer, har vi imidlertid funnet noe relevant informasjon fra våre naboland.

I Danmark er det nylig innført kommunale sundhedsindikatorer, hvorav 4 omfatter forebygging og helsefremmende tiltak, og 4 barnehelse.

Forebygging/helsefremmende:

- Netto driftsutgifter til helsefremmende og forebygging (kr per innbygger)
- Personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av utvalgte kroniske sykdommer (%) (for tiden kun diabetes)
- Kroniker (antall per 1000) (for tiden kun diabetes)
- Overvektige barn 6-16 år (%) (offentliggjøres også under barnesunnhet)

Barnehelse:

- Nettodriftsutgifter til kommunal helsetjeneste for 0-16 årige (kr per 0-16)
- Kontakt med helsetjenesten for 0 årige (antall per 0-årige)
- Spedbarn som ammes mer enn fire måneder etter fødsel.
- Overvektige barn 6-16 år (%) (offentliggjøres også under forebygging/helsefremmende)

([http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kom\\_indikator.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kom_indikator.aspx) )

Socialstyrelsen i Sverige publiserer i oktober nasjonale retningslinjer for sykdomsforebyggende metoder i helsetjenesten innen alkohol, fysisk aktivitet, matvaner og tobakk, som også vil inneholde kvalitetsindikatorer.

(<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder> )

Socialstyrelsen publiserer også "Öppna jämförelser – folkehälsa" med 21 indikatorer på regionalt og kommunalt nivå.

(<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-10-17> )

Nordisk råd ga nylig ut en rapport om kvalitetsmåling i helsetjenesten (12). Her finnes det indikatorer på flere relevante områder: for eksempel graviditet og fødsel og forebyggende og helsefremmende arbeid. Indikatorene er imidlertid på et overordnet nasjonalt nivå, og sier lite om innsatsen til helsetjenesten på ulike nivå.

---

# Diskusjon

Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (13) gir den overordende tenkningen for kvalitetsarbeid i Norge. God kvalitet innebærer at tjenestene er faglig gode og blir levert på en menneskelig sett god måte i ett system som fremmer helhet. Strategiens hovedtanke er det gode forløp med brukeren i sentrum. Vi har i tillegg brukt modellen som presenteres i hovedrapporten til grunn for drøftingen i vår gruppe. De fire formålene som oppdraget definerer er forsøkt ivaretatt.

Man vet ikke nok om hva som er effektive forebyggende tiltak. Det er derfor viktig at systemet har et tydelig fokus på om tjenestene er trygge og effektive.

Ulik kommunestørrelse er en utfordring, også i forhold til forebyggende tjenester. Kommunesamarbeid er drøftet i Samhandlingsreformen (6.11), hvor det bla står at nødvendig befolkningsgrunnlag skal utredes videre, og ulike former for kommunesamarbeid skisseres.

---

## **Kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – mulige elementer og implementering**

---

I dette avsnittet vil vi liste opp en del mulige elementer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Vi kommenterer dagens status og ønsket situasjon for hvert element, men listen er ikke i prioritert rekkefølge på hva gruppen ønsker.

### *IKT systemer*

IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har hatt en langsommere utvikling mht elektronisk pasientjournal (EPJ) enn andre aktører (2), og er pt. ikke tilknyttet nasjonalt helsenett. Meldingsløftet 2010-2011 omfatter også kommuner, og det skal satses særlig på pleie- og omsorgstjenester og helsestasjon ([www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)).

### *Lovverk*



Ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov sendes ut på høring primo oktober 2010, dvs samtidig med at denne rapporten leveres. For å styrke forebyggende helsetjenester, som er et viktig mål for Samhandlingsreformen, bør lovverket for forebyggende helsetjenester konkretiseres for eksempel ved å spesifisere hvem som har ansvar for ulike intervensjoner.

Både dagens kommunehelsetjeneste lov og opplæringsloven inneholder forpliktelser til samarbeid, men dette er ikke fulgt opp gjennom IKT systemer.

### *Faglig normerende publikasjoner*

Det finnes en veileder for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (14). Denne veilederen inneholder et anbefalt program for barn fra 0-20 år. Det bør vurderes å forskriftsfeste deler av dette programmet og kople disse delene opp mot kvalitetsindikatorer.

Det finnes flere nasjonale faglige retningslinjer som er relevante for forebyggende helsetjenester (Forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes (IS- 1674), Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning (IS-1171), Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (IS-1179)).

Det er ønskelig å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En veileder for etablering og organisering av kommunale frisklivssentraler er under utarbeidelse.

Det er generelt en utfordring å implementere retningslinjer, dette drøftes videre i avsnittet om tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid.

### *Statistikk/data*

Det er et stort behov for data fra primærhelsetjenesten, også fra disse tjenestene denne rapporten omfatter. Nasjonalt helseregisterprosjekt (15) slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking, forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennlegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig. En mulig modell som foreslås er å utvikle NPR til å omfatte kommunale helsetjenester. Gruppen mener at også fysioterapitjenesten og frisklivssentraler bør inkluderes, og at data som samles inn må gjøres tilgjengelig på nasjonalt, fylkes og kommunalt nivå.

I dag finnes det data bla i KOSTRA, SYSVAK og MSIS som er relevante for de forebyggende helsetjenestene. Det er et problem med dagens KOSTRA at dataene ikke skiller mellom de ulike deltjenestene (helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for unge).

Helsedirektoratet driver portalen Kommunehelseprofiler som presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data samt data om tjenester i norske kommuner. På Kommunehelseprofiler ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommune-nivå. Hensikten er å bidra til oversikt over helsetilstanden i kommunene, men både antall indikatorer og nytteverdien er begrenset.

### *Kvalitetsindikatorer*

Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å utvikle gode indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten (for eksempel samarbeid fastleger og helsestasjon/skolehelsetjeneste) i tilbudet være ønskelig. Kompetanse og videreutdanning er andre tema som også bør synliggjøres med kvalitetsindikatorer. Prinsippene som er utarbeidet i Kunnskapsdepartementets rapport "Rammeverk for kvalitetsindikatorer" kan trolig være relevant også for primærhelsetjenesten. De indikatorene som finnes i andre nordiske land ser ut til ofte å være på et overordnet nivå (for eksempel røykeandel i befolkningen, andel overvektige barn etc). Dette er indikatorer som reflekterer samfunnets totale folkehelseinnsats, men enn helsetjenestens konkrete forebyggende arbeid. Det blir spennende å se hvilke indikatorer som skal måles når de nye svenske retningslinjene for sykdomsforebyggende metoder i helsetjenesten skal implementeres.

KS har nylig iverksatt det første effektiviseringsnettverket for helsestasjonstjenesten, hvor man bla diskuterer bruk av KOSTRA og utvikling av kvalitetsindikatorer. Nettverket for helsestasjonstjenesten har jobbet med å finne objektive målbare indikatorer for tjenesten. Siden det er første gang KS kjører dette nettverket, har man ikke kommet så langt i dette arbeidet. Inntrykket er at det er vanskelig å finne gode indikatorer siden tjenesten er ulikt sammensatt i kommunene. Tall om tilgjengelighet (åpningstid, telefontid) er viktig, gjennomsnittlig liggetid i barsel og noe som kan si noe om sammensetning og organisering av tjenesten (hvilke type tilbud ligger til den enkelte helsestasjon). Det siste er likevel kanskje vanskelig å kategorisere på en slik måte at det blir lett å sammenlikne mellom kommuner. Nettverket har også kartlagt hvilke typer konsultasjoner som blir utført i kommunene for helsestasjonstjenesten 0-5 år, samt tidsbruk og organisering av skolestartundersøkelsen. Betydningen av å få fram indikatorer knyttet til forekomsten av psykisk helse barn/unge, grad av overvekt og fedme i befolkningen m.v. er også diskutert i nettverket.

### *Tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid*

Gruppen ønsker at det regionalt bør finnes kompetansestøtte for kommunene til å styrke lokalt forbedringsarbeid, også innen forebyggende tjenester. Andre oppgaver for slike kompetansetilbud kan være å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Regionalt bør tilsynet med forebyggende helsetjenester styrkes. Det er ikke gjort

fellestilsyn av helsestasjonene, og forrige fellestilsyn med skolehelsetjenesten var i 2000. Enheten som foreslås i hovedrapporten bør derfor ha kapasitet på fylkes/regionalt nivå.

For å sikre en god oversikt over helsestasjons- og skolehelsetjenesten, evaluere og foreta forbedringer, må tjenesten ha systemer for å skaffe informasjon om mangler, svikt og uønskede hendelser. Avvikshåndtering er en lovforankret del av kvalitetsarbeidet i kommunene, og det er viktig at ledere på alle nivå følger dette opp.

### *Kompetanse, fagutvikling og forskning*

Det systematiske litteratursøket etter relevant oppsummert forskning viser at det ikke finnes mye forskning på kvalitetsarbeid innen forebyggende helsetjenester. Man vet heller ikke nok om hva som er effektive forebyggende tiltak. Det anbefales derfor at det etableres et forskningsmiljø med helsefremmende fokus. Denne anbefalingen er i tråd med en utredning fra Landsgruppen for helsesøstre NSF 2009 og med utviklingsstrategien (IS-1798). Dersom det etableres nye tjenester som frisklivssentraler, er det viktig at disse evalueres grundig.

Det er behov for å styrke kompetansen for alle yrkesgrupper, også for å møte nye utfordringer. Et sentralt tema er å kommunisere om endring, for eksempel bruk av metodikken i endringsfokusert rådgivning for alle yrkesgrupper. Dette er et av flere tema som foreslås i utviklingsstrategien (IS-1798, kapittel 5.9)

### *Takster for fastleger*

Takstsystemet for fastleger er i all hovedsak rettet inn mot diagnostisk og kurativt arbeid. Det finnes imidlertid to takster (101 og 102 i Normaltariffen) som stimulerer til endring av levevaner for pasienter med diagnose (sekundærforebygging). Takstene kan ikke brukes i primærforebyggende hensikt, og det er knyttet en rekke begrensninger til dem. Dersom en ønsker at fastlegene skal arbeide mer systematisk med primærforebygging og sekundærforebygging, slik Samhandlingsreformen legger opp til, kan endring av takstene være et virkemiddel. Helsedirektoratet anbefalte i sin tilrådningsrapport at takst 101 ("Grønn resept") avvikles og erstattes av en primærforebyggende takst (6). I Danmark har man innført en forebyggelsestakst som kan utløses ved avtalt veiledning om levevaner (bla fysisk aktivitet, kosthold og røyking).

### *Kommunale forhold*

Kommunene får trolig større ansvar for folkehelse og forebygging i ny Folkehelse og helsetjenestelov, og kommuneoverlegene må involveres i dette arbeidet. Ny plan og bygningslov har inkludert folkehelseperspektivet, og det er viktig at folkehelse og tjenesteområdene blir dokumentert i samfunnsdelen i kommuneplanene. Her er Bergen kommune, som har fokusert på hjemmebesøk etter fødsel, et eksempel.

### *Brukerperspektiv*

Retten til individuell plan er en styrke for brukerperspektivet. Kvalitetsstrategien ”Og bedre skal det bli” har brukeren i sentrum, for eksempel skal brukeren medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Også i forskning og fagutvikling er det viktig å ha et brukerperspektiv. Det er også viktig å styrke samarbeidet med brukerorganisasjonene. Brukerperspektivet medfører også at tjenestene bør være tilgjengelige, samordnet og preget av kontinuitet. For fremmedspråklige er det viktig å bli forstått og kunne kommunisere med helsepersonell. Mer fleksible åpningstider kan være et virkemiddel for å øke tilgjengeligheten for brukerne.

For å få til dette i praksis kan det opprettes kommunale råd for kvalitet (finnes i spesialisthelsetjenesten) for forebyggende helsetjenester som skal inkludere brukere og deres organisasjoner. Det kan gjennomføres jevnlig brukerundersøkelser. Det er nylig utviklet en brukerundersøkelse for helsesatsjonstjenesten 0-5 år ([www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no)), men det foreligger ingen resultater enda. Videre bør informasjon om åpningstider, typer helsepersonell ansatt, hva tjenesten kan tilby etc være lett tilgjengelig på internett. Kvalitetsindikatorer bør være meningsfulle og tilgjengelige også for brukere

---

# Konklusjon

Samhandlingsreformen (1) slår fast at forebyggende helsearbeid skal styrkes. I den kommunale helsetjenesten er det særlig skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg som har forebyggende og helsefremmende oppgaver i dag. Andre kommunale aktører som kan utvikles til å tilby systematisk primær og sekundærforebygging hos voksne i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, er fastlegene og kommunale frisklivssentraler (som en del av kommunale lærings- og mestringssentra). Samhandlingsreformen fremhever også betydningen av å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene.

Vi har ikke funnet noe omfattende kvalitetssystem som tilsvarer disse forebyggende helsetjenestene i andre land. I Norge finnes det lite relevante data tilgjengelig, dette gjelder både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er behov for å styrke dokumentasjonsgrunnlag fra tjenestene; både for å dokumentere hva som blir gjort og for å vurdere hvilke tiltak som har effekt. Gruppen foreslår at det etableres et forskningsmiljø med helsefremmende fokus.

Gruppen har drøftet en rekke ulike elementer og implementering av disse. Vi mener de viktigste tiltakene er:

- *Konkretisering av forebyggende helsetjenester i lover og forskrifter*  
For forebyggende helsetjenester er det en særlig utfordring at oppgavene ikke er konkretisert i dagens kommunehelsetjenestelov eller i forskrifter. Å tydeliggjøre hvem som har ansvar for ulike intervensjoner og innholdet i de ulike tjenestene vil gjøre utviklingen av et kvalitetssystem enklere.
- *IKT systemer*  
IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Nasjonalt helseregisterprosjekt (15) slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking, forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennelegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig.

- *Kvalitetsindikatorer*

Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å velge ut indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten i tilbudet være ønskelig.

Dette begrunner vi med at disse elementene gir rammer for arbeidet lokalt og sentralt, viktig informasjon til brukerne og styringsinformasjon på aggregert nivå.

Det er viktig å bygge opp et helhetlig kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester. Dersom denne rapporten skal konkretiseres og følges opp, må de ulike aktørene involveres på en god måte og det må være tid for grundige prosesser i organisasjonene. Gruppen ønsker mer ressurser til regional/lokal fagstøtte til kvalitetsarbeid innen forebyggende helsetjenester, og enheten som foreslås i hovedrapporten bør derfor ha kapasitet på fylkes/regionalt nivå.

---

# Referanser

1. St. meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2008.
2. IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010.
3. IS-1815 Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Helsedirektoratet; 2010.
4. IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Helsedirektoratet; 2008.
5. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin, NFA. 2007.
6. Tilrådningsrapport. Utvikling av lavterskeltilbud innen levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Helsedirektoratet; 2009.
7. Veileder for etablering og organisering av kommunale friskslivssentraler. Helsedirektoratet; 2011.
8. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15 Systematisk kunnskapsoversikt . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
9. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Litteratursøk. Rapport fra kunnskapssenteret nr 10. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
10. Primærforebyggende tiltak og screening i helsetjenesten. Kunnskapssenteret - hasteoppsummering . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
11. Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20 - 2008 - Systematisk kunnskapsoversikt . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008.
12. Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. Nordisk råd; 2010.
13. IS-1162 ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Helsedirektoratet; 2005.
14. IS-1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Helsedirektoratet; 2004.
15. Gode helseregistre - bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020. FHI; 2010.

---

# Vedlegg - Søkestrategi

## Dato for alle søk: 2.09.2010

Søk etter systematiske oversikter ga 472 unike referanser. Vi søkte i MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, ISI Web of Science (Social Science/Science Citation Index) og Cochrane Library (Cochrane Library of Systematic Reviews, Health Technology Assessments Database og Database of Abstracts of Reviews of Effects). Søket bestod av både emneord og tekstord og var sammensatt av søketermer for *kvalitet* kombinert med termer for *forebyggende helse-tjenester generelt, skolehelsetjenesten, helsestasjoner og helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten*. Søket ble ytterligere avgrenset med et smalt søkefilter for systematiske oversikter.

Vi gjorde også et søk etter casestudier og evalueringsrapporter om temaet. Søkestrategien var den samme som ved søk etter systematiske oversikter men ble avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report*. Dette søket ga 233 unike søketreff.

Søketreff totalt: 748

Søketreff totalt etter dublettkontroll: 705

## Ovid : Samlet søk i MEDLINE, EMBASE og PsycINFO.

Søketreff etter Ovid dublettkontroll

Systematiske oversikter: 303 (EMBASE 184, MEDLINE 116, PsycINFO 3)

Rapporter: 116 (EMBASE 26, MEDLINE 88, PsycINFO 2)

1. "quality of health care"/ use prmz or advance directive adherence/ use prmz or clinical competence/ use prmz or guideline adherence/ use prmz or "process assessment (health care)"/ use prmz or peer review, health care/ use prmz or "professional review organizations"/ use prmz or quality assurance, health care/ use prmz or benchmarking/ use prmz or exp clinical audit/ use prmz or exp \*guidelines as topic/ use prmz or total quality management/ use prmz or exp quality indicators, health care/ use prmz or exp "utilization review"/ use prmz
2. health care quality/ use emez or "quality of nursing care"/ use emez
3. "quality of services"/ use psych or "quality of care"/ use psych or best practices/ use psych or clinical governance/ use psych or quality control/ use psych
4. ((Healthcare or care or service\*) adj2 quality).tw.
5. (quality indicator\* or quality improvement\* or quality system\*).tw.
6. or/1-5
7. Preventive Health Services/ use prmz or Primary Prevention/ use prmz
8. Preventive Health Service/ use emez or Primary Prevention/ use emez
9. prevention/ use psych or Primary Mental Health Prevention/ use psych
10. ((Preventive\* or prevention) adj2 (care or health\* or service\* or healthcare or community)).tw.
11. ((primary or secondary) adj prevent\*).tw.
12. Secondary prevention/
13. exp School Health Services/ use prmz or Health visitor/ use prmz



14. exp school health service/ use emez or exp school health education/ use emez or health visitor/ use emez
15. exp school based intervention/ use psych or exp school counseling/ use psych or school counselors/ use psych
16. (School health\* or School nurs\* or Health visitor\* or school\* clinic\* or (school adj2 (psychol\* or physical therap\* or physiotherap\* or physician\* or doctor\*))).tw.
17. Maternal-Child Health Centers/ use prmz or Community Health Nursing/ use prmz or family nursing/ use prmz or public health nursing/ or (community health nurs\* or public health nurs).mp.
18. ((child\* or matern\*) adj health\* adj2 (clinic\* or center\* or centre\*)).tw.
19. exp Health Education/ or exp health promotion/ or exp prevention/ use psych or preventive medicine/
20. ((Health\* adj2 (promotion or education)) or patient education).tw. or (lifestyle change\* or life style change\*).mp.
21. maternal-child nursing/ or midwi\*.mp.
22. Physicians, Family/ use prmz or Community Health Nursing/ use prmz or family nursing/ use prmz or public health nursing/ use prmz or (general practi\* or family physician\* or community health nurs\* or public health nurs\*).mp. or physical therap\*.mp. or physiotherap\*.mp.
23. community health services/ or community mental health services/ or primary health care/ use prmz
24. community care/ or community program/ or primary health care/ use emez
25. community services/ or community mental health services/ or primary mental health prevention/ or exp Primary Health Care/ use psych
26. (community care or community health care or community healthcare or community health service\* or community mental health\* or primary care or primary health care or primary healthcare).tw.
27. (19 or 20 or 21) and (22 or 23 or 24 or 25 or 26)
28. \*Preventive Health Services/ or \*prevention/ or \*Preventive Health Service/ or \*primary prevention/
29. or/7-18,27
30. 6 and 29
31. (systematic\* review\* or systematic literature review\* or systematic search\* or meta-anal\*).mp.
32. (review\* and (pubmed or medline or embase)).pt,tw.
33. 31 or 32
34. 30 and 33
35. remove duplicates from 34
36. report.pt. use emez
37. case reports.pt.
38. (case report or evaluation study or evaluation report).tw.
39. 36 or 37 or 38
40. 30 and 39
41. remove duplicates from 40
42. 41 not 35

## **Cinahl (Ebsco)**

Søketreff systematiske oversikter: 28

Søketreff rapporter 113

- S31 S30 not S27
- S30 S4 and S24 and S29
- S29 (MH "Case Studies") OR (MH "Reports+")
- S26 S4 and S25
- S25 S23 and S24
- S24 S5 or S8 or S9 or S10 or S11 or S18 or S19
- S23 S20 or S21 or S22

- S22 TI ( systematic\* review\* or meta-analys\* or (review\* and (pubmed or embase or medline or cinahl)) ) or AB ( systematic\* review\* or meta-analys\* or (review\* and (pubmed or embase or medline or cinahl)) )
- S21 (MH "Meta Analysis")
- S20 (MH "Systematic Review")
- S19 TI ( primary care nurs\* or school health\* or health visitor\* or maternal child health cent\* or preventive care or preventive health\* or public health nurse\* ) or AB ( primary care nurs\* or school health\* or health visitor\* or maternal child health cent\* or preventive care or preventive health\* or public health nurse\* )
- S18 S16 and S17
- S17 S6 or S7 or S12
- S16 S13 or S14 or S15
- S15 (MH "Primary Health Care")
- S14 (MH "Community Health Services+")
- S13 TX community or primary
- S12 (MH "Midwifery Service+")
- S11 (MH "Community Health Centers")
- S10 (MH "School Health Services+")
- S9 (MH "School Health")
- S8 (MH "Life Style Changes")
- S7 (MH "Health Education+")
- S6 (MH "Health Promotion+")
- S5 (MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Community Mental Health Services+") OR (MH "Family Services") OR (MH "Preventive Health Care") OR (MH "Postnatal Care+")
- S4 S1 or S2 or S3
- S3 (MH "Quality of Health Care") OR (MH "Clinical Governance+") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Accountability") OR (MH "Professional Compliance") OR (MH "Quality Assurance+") OR (MH "Quality Management, Organizational") OR (MH "Quality of Nursing Care")
- S2 TI ( "quality of care" or "quality improvement" or "healthcare quality" or "quality indicators" ) or AB ( "quality of care" or "quality improvement" or "healthcare quality" or "quality indicators" )
- S1 (MH "Quality of Care Research")

### ISI Web of Science

Søketreff: 88 systematiske oversikter

Ikke søkt på rapporter

*Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI Timespan=All Years*

Topic=("quality system\*" or "quality improvement\*" or "quality indicator\*" or "quality assurance" or "health care quality") AND Topic=("school health\*" or "community health\*" or "public health nursing" or "primary health care" or "primary care" or "primary healthcare" or "preventive health care" or "preventive care" or "preventive healthcare") AND Topic=("systematic review\*" or "meta-anal\*")

### Cochrane Library

Søketreff

Cochrane Database of Systematic Reviews: 14

DARE: 71

HTA: 8

Methods Studies: 7

- #1 MeSH descriptor Quality of Health Care, this term only
- #2 MeSH descriptor Guideline Adherence explode all trees
- #3 MeSH descriptor Clinical Competence explode all trees
- #4 MeSH descriptor Peer Review, Health Care explode all trees
- #5 MeSH descriptor Professional Review Organizations explode all trees
- #6 MeSH descriptor Quality Assurance, Health Care explode all trees
- #7 MeSH descriptor Quality Assurance, Health Care, this term only
- #8 MeSH descriptor Total Quality Management explode all trees
- #9 MeSH descriptor Quality Indicators, Health Care explode all trees

- #10 MeSH descriptor Utilization Review, this term only
- #11 ((Healthcare or care or service\*) near/2 quality):ti,ab,kw
- #12 ((quality next indicator\*) or (quality next improvement\*) or (quality next system\*)):ti,ab,kw
- #13 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12)
- #14 MeSH descriptor Preventive Health Services explode all trees
- #15 ((Preventive\* or prevention) near/2 (care or health\* or service\* or healthcare or community)):ti,ab,kw
- #16 ((primary or secondary) next prevent\*):ti,ab,kw
- #17 MeSH descriptor Community Health Nursing explode all trees
- #18 MeSH descriptor Family Nursing explode all trees
- #19 MeSH descriptor Public Health Nursing explode all trees
- #20 MeSH descriptor Maternal-Child Health Centers explode all trees
- #21 ((School next health\*) or (School next nurs\*) or (Health next visitor\*) or (school\* next clinic\*)):ti,ab,kw
- #22 (school near/2 (psychol\* or physical therap\* or physiotherap\* or physician\* or doctor\*)):ti,ab,kw
- #23 ((child\* or matern\*) near health\* near/2 (clinic\* or center\* or centre\*)):ti,ab,kw
- #24 MeSH descriptor Health Education explode all trees
- #25 MeSH descriptor Health Promotion explode all trees
- #26 MeSH descriptor Preventive Medicine explode all trees
- #27 ((Health\* near/2 (promotion or education)) or "patient education"):ti,ab,kw
- #28 MeSH descriptor Maternal-Child Nursing, this term only
- #29 MeSH descriptor Midwifery explode all trees
- #30 (#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29)
- #31 (#13 AND #30)