

# Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester

Notat  
Oktober 2010

 kunnskapssenteret

**Bakgrunn:** Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som skulle vurdere kvalitetssystemer for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirksomhet i institusjon. Data er samlet inn med systematiske litteratursøk (12. juli 2010), kontakt med fagmiljøer, eksperter og kommuner, samt en pilotundersøkelse. **Hovedkonklusjon:** Resident Assessment Instrument (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten slik at både struktur og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot Individbasert Pleie- og omsorgs Statistikk (IPLOS). Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteytternes praksis.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)  
Notat: ISBN: 978-82-8121-372-2

**Oktober 2010**

 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)*

Tittel	Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Liv Merete Reinar, <i>seksjonsleder</i> Lillebeth Larun, <i>seniorrådgiver</i> Anders Vege, <i>seksjonsleder</i>
ISBN	978-82-8121-372-2
Prosjektnummer	6 09
Rapporttype	Notat
Antall sider	31
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Pleie- og omsorgstjenester, kvalitetssystemer, primærhelsetjenesten
Sitering	Reinar LM, Larun L, Vege A. Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester. 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.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, oktober 2010

---

# Hovedfunn

Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som skulle vurdere kvalitetssystemer *for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon*. Data er samlet inn med systematiske litteratursøk (12. juli 2010), kontakt med fagmiljøer, eksperter og kommuner, samt en pilotundersøkelse.

**Hovedkonklusjon:** *Resident Assessment Instrument* (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten slik at både struktur og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot Individbasert Pleie- og omsorgs Statistikk (IPLOS). Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteytternes praksis.

## Kvalitetsutvikling

Det var få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og det var inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall. En randomiserte kontrollerte studie (87 sykehjem) viste at kun tilbakemelding, ikke endrer pasientutfall. Sykehjemmene som mottok tilbakemelding med tilrettelagt individuell veiledning viste derimot reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitetsnivå og liggesår. Dette støttes av en pilot undersøkelse blant sykehjemsledere (2010) som påpeker at når KI avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid, mens objektive kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning blir etterlyst. En norsk studie (aksjonsforskning) viser at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen samt styrke dokumentasjonsformen.

## Kvalitetssystemer

*Minimum Data Set* (MDS) brukes for å utvikle kvalitetsindikatorer (KI) i sykehjem i USA. De inkluderer prosess og utfallsmål, samt prevalens og innsidens: Kvalitetsindikatorerne kan risikjusteres og brukes på individnivå og til sammenligning på tvers. Områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømning, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie dekkes. Det er gjort kliniske vurderinger, empirisk analyser, valideringsstudier og pilottester som fant disse kvalitetsindikatorerne nøyaktige, reliable og gode verktøy i kvalitetskartlegging. MDS danner basis for verktøyet kalt *Resident Assessment Instrument* (RAI) (<http://www.interrai.org>). RAI- verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemmebehandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. og kan kartlegge både på pasient- og systemnivå.

Det er laget en oversikt av *sykepleiesensitive indikatorer* innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester. Alle indikatorene viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. For *legevirkosomhet* i sykehjem i Norge er det forslått et hierarkisk klassifiseringssystem for legemidler som består av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet)

med 12 underkategorier. Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek. "Screening Tool of Older Persons `potentially inappropriate Prescriptions" (STOPP) er et verktøy for å vurdere medisiner. I Norge er Norwegian General Practice (NORGE) utviklet for samme formål.

### **Brukermedvirkning**

De fleste kommuner i Norge gjennomfører brukerundersøkelser og har systemer for tilbakemelding på opplevd kvalitet både fra brukere og pårørende. For det videre arbeid med kvalitetssystemer er det viktig at disse data inkluderes og er tilgjengelig i samme IKT-system som brukes for kvalitetsindikatorer. Det kan være mulig å trekke ut/beslutte felles indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse. En studie fra USA fant at det å ha data fra kvalitetsindikatorer tilgjengelig på internett i seg selv ikke førte til verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukerne på noen meningsfull måte.

---

# Innhold

<b>HOVEDFUNN</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>4</b>
<b>FORORD</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>6</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>7</b>
<b>METODE</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>DISKUSJON</b>	<b>18</b>
<b>KONKLUSJON</b>	<b>21</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>22</b>
<b>VEDLEGG 1 SØK</b>	<b>24</b>
<b>VEDLEGG 2 PILOTSPØRRESKJEMA</b>	<b>29</b>

---

# Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å bidra i utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oppdragsbrevet fra helsedirektoratet påpeker at det er et helhetlig, overordnet prosjekt, med flere delprosjekter. Leveransefrist er satt til 10. oktober. Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som vurderte kvalitetssystemer *for pleie-og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon.*

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Liv Merete Reinar, forskningsleder, seksjon for primærhelsetjenesten, Kunnskapssenteret
- Lillebeth Larun, seniorrådgiver, seksjon for primærhelsetjenesten
- Anders Vege, forskningsleder, seksjon for kvalitetsutvikling

Ekstern referansegruppe:

- Prosjektleder Berit Skjerve, undervisningshjemmetjenesten i Akershus
- Forsker/ Høgskolelektor Sigrid Nakrem, Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for sykepleieutdanning
- Førsteamanuensis/ dr. med, Sabine Ruths, Universitet i Bergen
- Spesialrådgiver Sissel Merete Mundal, Bærum kommune
- Spesialrådgiver Lise Høiland, Bærum kommune

Takk også til Liv Wergeland Sørby (Diakonhjemmet), Brynjar Fure og Brynjar Landmark (Kunnskapssenteret) for nyttige innspill.

---

# 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 pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem.

## Mål

Basert på internasjonale erfaringer, nasjonale erfaringer samt systematiske litteratursøk skal vi foreslå elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem.

## Delmål:

- foreslå kvalitetsindikatorer som kan være aktuelle for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som kan dokumentere og styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som kan styrke det lokale, kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid inne pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som ivaretar brukerperspektivet for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem



---

# Innledning

Norge har høyeste andel ressurser brukt på pleie- og omsorg og har høyeste antall pleiepersonell pr. innbygger i henhold til OECD (1). Informasjonen som samles inn sentralt er stort sett knyttet til ressursbruk og antall brukere og søkere. KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) innhenter informasjon fra kommunene om kommunale tjenester og bruk av ressurser på de ulike tjenesteområder. KOSTRAS kvalitetsindikatorer beskriver antall årsverk brukt i sykehjem (f.eks. legetimer pr uke pr beboer i sykehjem), type rom og systemer for brukerundersøkelse. ([http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=17](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=17) lastet ned 120710).

IPLOS står for Individbasert Pleie og Omsorgs Statistikk og er en standardisert registrering av bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. Sosial og helsedepartementet besluttet i mai 2001 å innføre IPLOS i alle landets kommuner som et nasjonalt helseregister for å danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Registreringen ble obligatorisk fra 2006. Registeret er hjemlet i Helseregisterloven og med egen forskrift. Hver kommune innleverer data til et sentralt helseregister som eies av helsedirektoratet, og administreres av Statistisk Sentralbyrå (<http://www.ssb.no/emner/03/02/iplos/> lest 15 sept 2010). På grunn av sensitiv informasjon er IPLOS pseudonymt, som innebærer at fødselsnummer byttes ut med en annen identitet, et pseudonym, slik at fødselsnummeret til dem som er registrert ikke gjøres kjent for personer som administrerer og bruker det sentrale IPLOS-registeret (SSB). IPLOS rapporteres årlig, og inneholder brukers behov for bistand på 17 ulike områder, samt 21 ulike tjenestetyper – fra hjemmehjelp til sykehjem, matombringning til trygghetsalarm. Ved permanent forandring av hjelpebehovene og nytt vedtak om hjelp, eller ved sykehusopphold skal IPLOS oppdateres, men disse dataene rapporteres kun årlig. Målet er at denne dokumentasjonen skal bidra til god ressursutnyttelse samt likeverdige og virkningsfulle tjenester i kommunene. Vi mangler systematisk informasjon om hva slags behandling brukerne har fått, hvilken kvalitet disse tjenestene har og hvilke behandlingsresultater man oppnår (1).

Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som gir informasjon om kvaliteten innen et område som vanligvis ikke lar seg måle direkte. Her definerer vi pleie- og omsorgstjenestene som tjenester som gis på sykehjem, omsorgsboliger og liknende, hjemmetjenester og i hjemmesykepleie. I tillegg inkluderer det alt helsepersonell som jobber med brukerne, inkludert fysioterapi, ergoterapi og legetjenester i institusjon (2). Av helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten er rundt 25 % ufaglærte, 50 % hjelpepleiere og 25 % har treårig høyskoleutdanning eller mer (KOSTRA/SBB). Dette må tas hensyn til når det utarbeides opplærings og oppfølgingsplaner. Vi ser i dette notatet på internasjonale og nasjonale erfaringer om hvilke systemer og kvalitetsindikatorer som brukes og hvilken effekt de har i henhold til del 1 i oppdraget fra HDir. Vi er bedt om å beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer. Vi skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Dialogkonferanse, diskusjonsforum, referansegruppe og pilotspørreundersøkelse bidro til å belyse en annen del av oppdraget om hvordan utvikle og implementere kvalitetssystemer i omsorgstjenesten, inkludert legevirkosomhet i institusjon.

---

# Metode

---

## Innsamling av data

---

Oppdragsbrevet fra HDir påpeker at det skal være representasjon fra KS, utvalgte enkelt kommuner, brukere, arbeidstaker organisasjoner samt forsknings- og fagmiljø. Dette er ivaretatt i det overordede prosjektet. Delprosjektet har opprettet en tverrfaglig ekstern referansegruppe. Disse har løpende kommentert og bidratt på prosjektplan, innhenting av aktuell litteratur og i rapporten.

---

## Systematisk litteraturgjennomgang

---

Vi gjorde systematiske søk i MEDLINE, EMBASE, Amed, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) og Health Technology Assessments (HTA). Søket ble avgrenset til systematiske oversikter. For å finne andre relevante publikasjoner som rapporter om erfaringer og bruk av kvalitetsindikatorer avgrenset vi samme søk med søkeord som *case report* og *evaluation report*. For å finne relevante primærstudier søkte vi i EPOC-delen av Cochrane CENTRAL. Søketermene var identiske med de som ble brukt i søket etter systematiske oversikter. Etter innspill fra arbeidsgruppen ble søket etter systematiske oversikter utvidet i enkelte databaser. Søkestrategiene finnes i vedlegg 1. Søket ble utført 12.07.2010.

Vi gjorde et enkelt søk i NHS Evidence og gjennomgikk treffene som ble sortert under kategoriene Systematic Reviews, Grey literature, Evidence summaries, Policy and Service Development, Primary Research, Health Technology Assessments, Commissioning Guides and Guidelines. Vi gjorde også en enkel gjennomgang av utvalgte hjemmesider hvor søkeord ble tilpasset de ulike sidene. Vi kontaktet også eksperter underveis.

---

## Inklusjonskriterier

---

<b>Studiedesign:</b>	Systematiske oversikter og rapporter*
<b>Språk:</b>	Engelsk eller skandinavisk språk
<b>Populasjon:</b>	Pleie – og omsorgstjenesten inkludert sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og legetjenesten i institusjon
<b>Tiltak:</b>	Effekt og bruk av kvalitetssystemer som for eksempel kvalitetsindikatorer (struktur- prosess- og resultatindikatorer), pasientforløp, kvalitetsmåling, IT-verktøy, faglig audit, incentiver, akkreditering, utdanning og kompetanseutvikling
<b>Utfall:</b>	Kvalitetsforbedring definert som for eksempel ”Quality of care”, pasienterfaringer, helserelaterte utfall Validering av ulike systemer eller indikatorer Brukervalg (informasjon til pasienter om kvalitet) Tjenesteytererfaringer

I størst mulig grad vil vi inkludere rapporter med robuste evalueringer.

\*For kvalitetssystemer og brukermedvirkning inkluderte vi også noen primærstudier.

---

## Pilotundersøkelse blant sykehjemsledere

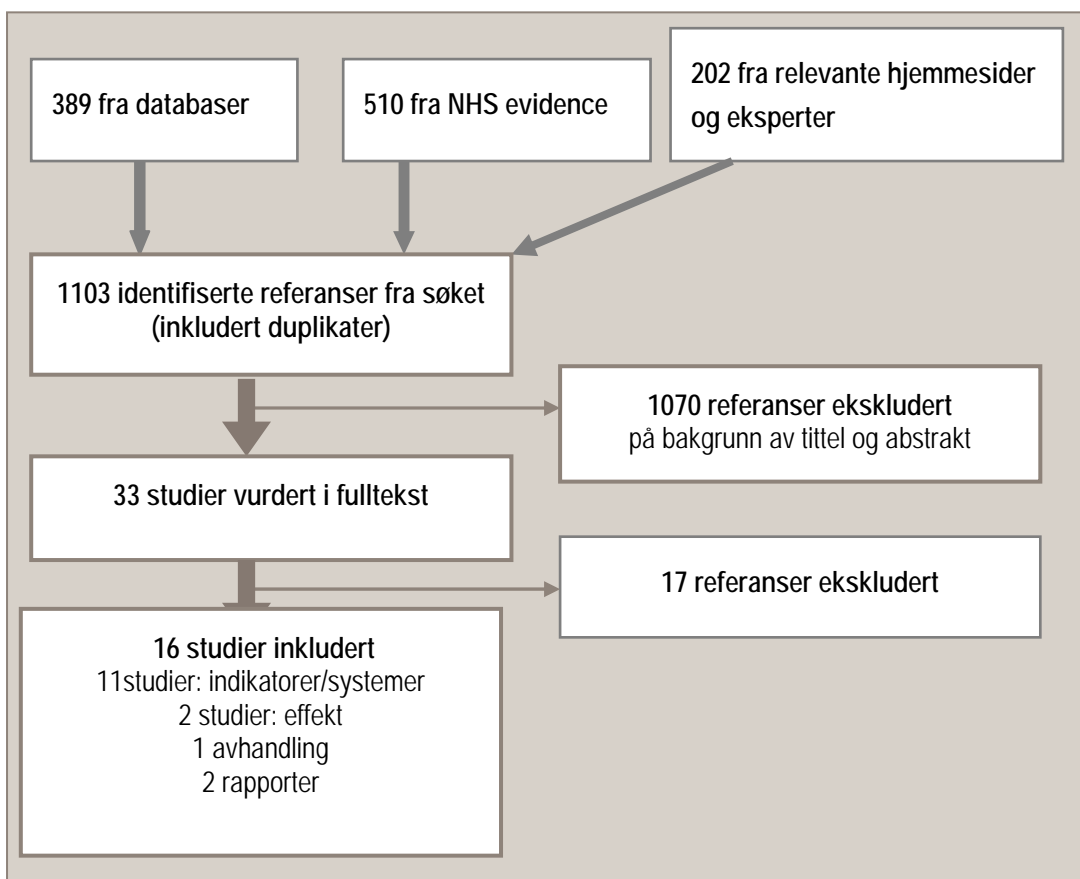
---

39 sykehjemsledere som følger et lederutviklingsprogram på BI fikk utlevert et spørreskjema i juni 2010. Se skjema i vedlegg 2. Spørreskjema er utviklet av Anne Karin Lindahl og Anders Vege. Dataene ble bearbeidet ved å gjøre en narrativ oppsummering av svarene.

# Resultat

Søk etter systematiske oversikter ga 123 unike referanser. Søk etter kontrollerte primærstudier i EPOC-delen av Cochrane CENTRAL ga 27 unike referanser. Søk i MEDLINE, EMBASE, Amed, PsyINFO og CINAHL avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report* ga 229 unike søketreff. Søket i NHS Evidence genererte totalt 510 søketreff. Det ble 189 treff på relevante hjemmesider og eksperter sendte 11. 33 artikler/rapporter ble innhentet i fulltekst, hvorav 16 er inkludert.

Figur 1 Oversikt over litteratursøk



---

## Kvalitetsutvikling

---

Ved hjelp av aksjonsforskning konkluderer forfatteren i en norsk avhandling at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen og å styrke dokumentasjonsformen (3).

Noen av konklusjonene er som følger:

- Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger.
- Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg også om systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av arbeidsformene og å styrke dokumentasjonen.
- Systematisk kvalitetsutviklingsarbeid kan fremmes gjennom organisering av lærende praksisfelleskap.
- Lærende praksisfelleskap omfatter ulike former av tilrettelagte arbeidsfelleskap i sykehjem og hjemmebaserte tjenester der deltakerne utvikler praksisnær kunnskap og kompetanse gjennom felles mål og handlingsplaner, og er knyttet til hverandre på en slik måte at de er gjensidig avhengig av hverandre.
- Ett sterkere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene bør prioriteres i fremtiden for å ivareta kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- Kvalitetsutviklingsprosesser kan initieres fra tjenesteutøvere og fra virksomhetens ledelse.
- Kvalitetsutviklingsarbeidet fordrer prosessuell støtte.

### Effekt ved bruk av kvalitetsindikatorer

Wagner konkluderer på bakgrunn av en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen at det er få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og det var inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall (4). Det var indikasjoner fra de fire kontrollerte studiene at spesifikk trening og retningslinjer påvirker pasientutfall. Dette er i tråd med en randomisert kontrollert studie som ser hvilke aktiviteter i et kvalitetssystem kan gi endring i pleie og pasient relaterte utfall. Rantz viser at tilbakemelding til sykehjem (n=87) på hvordan KI er sammenlignet med andre ikke gir endring av pasientutfall (5). Det kan derimot synes som om de sykehjemmene som tok imot veiledning fra sykepleier med spesialitet i geriatri kunne vise til reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitetsnivå og liggesår. Carter undersøkte ved hjelp av registerdata i USA sammenhengen mellom skåringer på kvalitetsindikatorer på sykehjem og sykehusinnleggelser blant sykehjemsbeboere. Forfatterne fant at beboere på sykehjem med mer trykksår, med mer bruk av fysiske restriksjoner og med høyere innsidens av undervekt eller overvekt hadde økt risiko for sykehusinnleggelser (6).

## Kvalitetssystemer

University of Wisconsin Centre for Health Systems Research and Analysis Quality i USA har utviklet et standardisert vurderingsverktøy, på basis av Minimum Data Set (MDS). Disse MDS kvalitetsindikatorne (KI) er videreutviklet og inkluderer både prosess og strukturmål, samt prevalens og innsidens. Kvalitetsindikatorne for sykehjem er gjennomgått av klinikere, det er gjort empiriske analyser, valideringsstudier og pilot tester for å se om de er nøyaktige, reliable og brukbare verktøy for å kartlegge kvalitet (7). Tjuefire variabler (se tabell 1), som dekker områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømning, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie er inkludert. Kvalitetsindikatorne kan risiko justeres og brukes både på individnivå og til sammenligning mellom institusjoner, kommuner og regioner. Pasientforløp kan følges uavhengig av omsorgsnivå og på ulike arenaer som hjemmeboende, sykehjem og sykehus (8). MDS kreves gjennomført hver 3 måned på sykehjem i USA for å få resertifisering og finansiering.

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer basert på MDS vurderingsverktøy

<b>Domene</b>	<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Prosess/utfall</b>	<b>Risiko justering</b>
Uhell	Innsidens nye brudd Prevalens fall	Utfall Utfall	Nei Nei
Atferds og stemningsmønstre	Prevalens av adferd som oppleves negativt for andre.	Utfall	Ja
	Prevalens depressive symptomer	Utfall	Nei
	Prevalens av depressive symptomer uten behandling med antidepressiva	Begge	Nei
Clinical management	Bruk av ni eller flere medikamenter	Prosess Nei	
Kognitiv funksjon	Innsidens av cognitive problemer ( cognitive impairment)	Utfall N	ei
Kontinens og tømning (Elimination and continence)	Prevalens av urin- og avføringsinkontinens	Utfall	Ja
	Prevalens av urin- og avføringsinkontinens iblant uten toalettregime (toilet plan)	Begge	Nei
	Prevalens av inneliggende kateter	Prosess Utfall	Nei Nei
	Prevalens av		

	endetarmsobstipasjon		
Infeksjons kontroll	Prevalens av urinveisinfeksjon	Utfall	Nei
Ernæring og spising (eating)	Prevalens av vekttap	Utfall	Nei
	Prevalens av sondeernæring	Prosess	Nei
	Prevalens av dehydrering	Utfall	Nei
Fysisk funksjon	Prevalens av sengebundne pasienter	Utfall	Nei
	Innsidens av nedgang i ADL (decline in late loss of ADLs)	Utfall	Nei
	Innsidens av redusert bevegelses rekkevidde	Utfall	Nei
Legemidler mot psykiske lidelser	Prevalens av midler mot psykose uten diagnostisert psykose eller relaterte tilstander.	Prosess	Ja
	Prevalens av midler mot angst/sovemidler	Prosess	Nei
	Prevalens av sovemidler mer enn to ganger pr uke	Prosess	Nei
Livskvalitet	Prevalens av mekaniske tvangsmidler	Prosess	Nei
	Prevalens av liten eller ingen aktivitet	Enten eller	Nei
Hudpleie	Prevalens av stadium 1 til 4 liggesår	Utfall Ja	

Arling har sammenlignet KI basert på MDS fra University of Wisconsin Centre for Health Systems Research and Analysis Quality Indicators (CHRSA QIs 24 items) og Centre of Medicare and Medicaid Services Quality measures (CMS QMs, 14 items) og påpeker områder hvor disse bør videreutvikles (9). Nakrem har laget en oversikt av sykepleiesensitive indikatorer innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester (10). Hun fant at de fleste land har et nasjonalt system for vurdering ved inntak til sykehjem, men bare USA har utviklet et indikatorsystem basert på pasient vurderinger. Alle indikatorene viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. De 23 KI fra USA er reliabilitetstestet (Nakrem 2009), mens KI brukt fra Australia (13 KI), Norge (4 KI), New Zealand (3 KI), England (3 KI) ikke er reliabilitetstestet. Ruths har sett på klassifisering av legemiddelrelaterte problemer og foreslår et klassifiseringssystem som er hierarkisk og består av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet) med 12 underkategorier (11). Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek.



Nettverket Nord RAI Network viser til at MDS spørreskjemaet danner basis for verktøyet kalt Resident Assessment Instrument (RAI)(12). Det er opprettet en organisasjon bestående av forsker og klinikere (non-profit) med over 30 deltakerland fra hele verden (inkludert Norge, Sverige, Finland, Island og Danmark) som har rettighetene til RAI verktøyene, kalt interRAI®. RAI verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemme behandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. Verktøyet kan brukes på individ- og systemnivå. I Sørbyes systematiske oversikt har hun vurdert at Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC2.0) fungerer for å kunne sammenligne data på tvers av institusjoner og nasjoner (13).

Castle vurderte effekten bemanningsnivå, turnover, stabilitet og innleid arbeidskraft på sykehjemskvalitet. Spørreundersøkelsen konkluderer med at økt bemanning kan være nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å øke kvaliteten i sykehjem (14).

Med bakgrunn i internasjonale arbeider som fokuserer på pasientsikkerhet og sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer har Samarbeidet for sykepleiere i Norden (SSN) valgt ut indikatorer for følgende områder: ernæring, smerter, trykksår, pasientfall og bemanning (normering) (15). Disse indikatorene går på tvers av medisinske spesialiteter og diagnoser. Goodson brukte Bayesan nettverk for å få ny innsikt i forholdet mellom ulike kvalitetsmålinger og hvordan slike målinger påvirker total kvaliteten på pleien i sykehjem (16). Forfatterne fant at arbeidstimer for hjelpepleiere, antall sengeliggende pasienter og mekaniske tvangsmidler er eksempler på faktorer som påvirker kvaliteten på pleien i sykehjem. Funnene indikerer at kvaliteten på pleie i sykehjem er best målt med en blanding av struktur, prosess og utfallsmål. Fokus på kun nøkkelfaktorer syntes ikke å øke kvaliteten i stor grad.

Venables gjorde en spørreundersøkelse i England for å vurdere sammenheng mellom forskjeller i kvalitetsstandarder for *spesialisthjemmetjeneste* og vanlig *hjemmetjeneste* for personer med demens. De fant at litt under halvparten (46 %) ga informasjon om kvalitetsindikatorer. De fleste brukte bare noen få indikatorer og ingen fulgte de nasjonale anbefalingene. Det var lite eller ingen forskjell mellom spesialisthjemmetjeneste og vanlig hjemmetjeneste når det gjaldt bruk av kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorg for personer med demens (17).

---

## Norske og nordiske erfaringer

---

Vi har innhentet norske erfaringer ved å kontakte eksperter, organisasjoner og noen kommuner. Mange kommuner har etablert kvalitetssystem, noen kommuner har også sertifisert sitt kvalitetssystem i henhold til kravene i ISO 9001:2008 "Systemer for kvalitetsstyring. Krav".

Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS)- nettverket pleie- og omsorg har i lang tid arbeidet med å finne områder hvor man kan etablere kvalitetsindikatorer som mål for kvalitet på tjenestene og for sammenligning mellom kommunene. Det er utarbeidet noen indikatorer knyttet til KOSTRA. Arbeidet med videreutvikling av kvalitetssystemer bør vurdere deres erfaringer. Flere kommuner bruker også prosesskartlegging som et virkemiddel for å oppnå et helhetlig pasientforløp, noe som skal bidra til økt positiv brukeropplevelse og økt effektivitet/ressursutnyttelse.

Vi mottok kun tre svar på pilotspørreundersøkelsen og med det utgangspunktet er det et svært svakt grunnlag for oppsummering. Lederne peker på *lav kompetanse* som en nøkkelutfordring i egen virksomhet. Dette gjelder flere aspekt, for eksempel innsikt i forhold til nødvendigheten av kvalitetssystem og *IKT-kompetanse*. Tid til forbedringsarbeid og språk ferdigheter trekkes også fram. Det rapporteres i dag på en del målepunkter. Økonomi, sykefravær og noen kvalitetsindikatorer. Når indikatorer avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid. Rapporteringen går til Oslo kommune og det rapporteres nasjonalt til KOSTRA og IPLOS. *Objektive kvalitetsindikatorer* og *brukermedvirkning* blir etterlyst. Verktøy man savner er knyttet til nasjonale faglige standarder, tiltak som kan heve kompetanse og metodestøtte i eget kvalitetsforbedringsarbeid

---

## **Brukermedvirkning**

---

Det ble i søket etter internasjonale evalueringer og rapporter funnet en del litteratur om blant annet *støtte til velinformerte valg og beslutninger* og om *brukerundersøkelser*. Denne litteraturen oppsummeres i hovedrapporten.

I en publikasjon fra 2008 rapporterer Castle om hvordan offentliggjøring av kvalitetsmålinger fra sykehjem påvirker brukere og pårørende i valg av sykehjem. I USA finnes "Nursing Home Compare", en internettjeneste (18). Dataene ble innhentet ved hjelp av spørreundersøkelse blant 4754 pårørende i sykehjem. Blant informantene var det 31 % som hadde brukt internett ved valg av sykehjem og 12 % som husket at de hadde brukt "Nursing Home Compare". Generelt forstod brukerne informasjonen på dette nettstedet. Forfatteren konkluderer med at det å ha "Nursing Home Compare" tilgjengelig i seg selv ikke nok. Det betyr verken at det blir brukt eller at dataene påvirker brukerne på noen meningsfull måte.

I Norge vil de fleste kommuner gjennomfører brukerundersøkelser og har systemer for tilbakemelding på opplevd kvalitet både fra brukere og pårørende. For det videre arbeid med kvalitetssystemer er det viktig at disse data inkluderes i felles datasystem for indikatorer og IPLOS. Det kan være mulig å trekke ut/beslutte felles indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse. Kvalitetsindikatorer som tar i seg

brukeperspektivet kan være tilgjengelighet, ventetid på sykehjems plass, hjemmetjeneste etc.

---

# Diskusjon

*Resident Assessment Instrument (RAI)* bør brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie-og omsorgstjenesten (PLO) slik at både struktur og prosessmål dekkes. Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling.

---

## Kvalitetssystemer

---

RAI er uten tvil det mest omfattende eksisterende kvalitetssystem for helsetjenesten for eldre. Systemet har mange fordeler, bl.a. komplementære versjoner for ulike deler av helsetjenesten som muliggjør oppfølging av pasientforløp, i tillegg til sammenligning på tvers av institusjoner og land. Systemet er nyttig både for klinisk praksis (triggere), forskning og styring. Ulempen er at verktøyet er omfattende og tidkrevende, og inkomplett for bl.a. legemidler. Det ville vært interessant å innhente synspunkter og erfaringer fra Finland som har jobbet med dette systemet i mange år.

Erfaringer fra USA er at det er omfattende å fylle ut hver 3. måned, og det har ført til at enkelte sykehjemskjeder har ansatt egne sykepleiere som drar rundt på sykehjemmene og driver bare med skåring på RAI for at indikatorene skal bli riktige og at de får riktig refusjon. En norsk rapport om utprøving av RAI i sykehjem, intervjuet ansatte om hvor greit det var å fylle ut RAI, og mange syntes det var for omfattende.

Erfaringer fra dagens IPLOS-skåringer på funksjonsvariablene har vist noe lignende tendens, ved at kommunene peker ut en person ved hver enhet som har hovedansvar for at skåringene blir riktig gjennomført (men bare en gang pr år). I Norge brukes i dag IPLOS for å samle inn data. Det er viktig å være klar over at selv om det gjøres endringer i IPLOS-registreringen i pasientens journal, meldes dette så vidt vi har funnet ut ikke inn til SSB utenom de årlige innberetningene. Fra IPLOS tas det ut Nasjonalt uttrekk en gang i året men dataene skal alltid være oppdatert. Kvalitetsdata må derfor hentes fra elektronisk pasient journal (EPJ), og kan ikke hentes fra pseudonymregisteret dersom det er ønsket å benytte endring pr 3. måned.

Det finnes også andre kartleggingsmetoder enn de som er nevnt i denne rapporten. Et eksempel er: Dementia Care Mapping (DMC), som passer godt i sykehjem der inntil 90 % av beboerne har demenssom også vektlegger positive sider, framfor å bare ha fokus på indikatorer som påpeker dårlig kvalitet. Et annet er ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) som er mer medisinsk rettet.

---

## **Anbefalinger**

---

Kvaliteten på tjenestene avhenger blant annet av kunnskapsgrunnet, både erfarings- og forskningsbasert. For å sette en standard, trengs mer forskning på hva som er beste praksis, og det er mangel på gode faglige retningslinjer som kan gi føringer for hvor standarden skal settes (I USA er standarden satt for dårlige, middels og gode sykehjem ved å dele sykehjemmene inn i grupper ut fra kvartiler av registrerte KI). Samarbeid mellom forskningsinstitusjonene og helsetjenestene bør prioriteres i fremtiden for å utvikle, implementere og evaluere effekten av relevant kunnskap på helsetjenestens egne premisser. Indikatorer bør knyttes opp mot kvalitetsforskningen (19).

Det er et tankekors at det er gjort en stor innsats for å innføre IPLOS som obligatorisk register uten å sikre at data som innhentes er egnet for å kunne utvikle KI. Det er viktig at bruker (pasient) perspektivet ivaretas og at KI som f. eks måler tjeneste til avtalt tid, kontinuitet, tilgjengelighet, valgmuligheter, ventetid på sykehjems plass vurderes. Alle tilbakemeldinger fra brukere på kvalitet kan benyttes i forbedringsarbeid. Brukerundersøkelser må fange opp opplevd kvalitet for brukere og pårørende. Medisinsk faglige kvalitetsindikatorer bør utredes nærmere, f. eks kan kanskje kvalitetssikring av den medisinske diagnosen før innleggelse i sykehjem være en KI. Med bakgrunn i denne rapporten bør en i samarbeid med interRAI vurdere om det kan utarbeides en mindre versjon, f.eks. noe i likhet med den som brukes i England og Wales (Single Assessment Process (SAP)) og om dette kan samkjøres med IPLOS og innarbeide medisinsk faglige kvalitetsindikatorer.

---

## **Videreutvikling og implementering**

---

Det er viktig å vurdere at fagmiljøene i kommunene i Norge sier at det må ikke etableres nye rapporteringssystemer som kommer i tillegg til det eksisterende. Dette på grunn av tidsfaktoren og mulighet for implementering. Dersom det skal innføres et indikatorsystem bør det være ett felles sett med indikatorer for alle pleie og omsorgstjenestene. IPLOS er det eneste felles system for alle kommuner. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot IPLOS - for eksempel som en forlengelse av bistands-/assistansevariablene. Følgende variabler bør vurderes opp mot RAI: Spise (MDS:ernæring og spising: vekttap, dehydrering), toalett (MDS: kontinens og tømning), bevege seg utendørs/innendørs (MDS: fysisk funksjon, uhell/fall), hukommelse (MDS: kognitiv funksjon), styre atferd (MDS: adferds og

stemningsmønster), fall og mekaniske tvangsmidler. Kvalitetsindikatorer bør også sammenholdes med Kostradata med henblikk på personaldekning, kompetanse og ressursbruk for å vurdere mulige sammenhenger.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer kan man også se til Island og Finland som har lengst erfaring med dette i Norden. Andre senter i Norge som bør involveres i det videre arbeidet er: Nasjonalt kompetansesenter aldring og helse, Forum for sykehjemsmedisin og Senter for omsorgsforskning, samt Diakonhjemmet i Oslo.

Et godt fundert kvalitetssystem, herunder kvalitetsindikatorer vil kunne gi bedre grunnlag ved bruk i kommunen og spesielt ved det enkelte tjenested, hvor det kan gi grunnlag for forbedringsarbeidet. Kvalitetssystemer og indikatorer bør vurderes opp mot ressursbruk og være en del av kommunenes styringssystem.

### **Metodekritikk**

Dette notatet har flere begrensninger. Når det gjelder litteratursøket så har gjennomgangen vært påvirket av korte tidsfrister. Tidsrammen og ressursene gav ikke mulighet til å gjøre gjennomgang av søk og hjemmesider så robust som ønskelig. Aktuelle fagorganisasjoner er trukket med i hovedprosjektet, men hadde sikkert også kunnet gi innspill i denne delrapporten. Vi har forsøkt å basere oss på robuste evalueringer, men fant få kontrollerte studier. Mye av forskningen er basert på registerdata og spørreundersøkelser. Konklusjonene våre må derfor tolkes med forsiktighet. Det trengs også å letes etter mer forskning om kvalitetssystemer blant annet på legetjenesten i sykehjem, på ergoterapi- og fysioterapitjenesten på sykehjem og i hjemmetjenesten. Vi fant lite forskningsbasert dokumentasjon om kvalitetssystemer for alle faggruppene når det gjaldt hjemmetjenestene.

---

# Konklusjon

*Resident Assessment Instrument* (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie-og omsorgstjenesten slik at både struktur og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot IPLOS. Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteytternes praksis.

---

## Behov for videre forskning

---

Dersom nye kvalitetssystemer, herunder kvalitetsindikatorer, innføres i pleie- og omsorgstjenestene MÅ de innføres gjennom et system med robuste evalueringer.

---

# Referanser

1. Rygh LH et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (16).
2. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Paragraf 3.
3. Jensen L. Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester - muligheter og begrensninger. Et praktisk deltakende aksjonsforskningsprosjekt. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2009.
4. Wagner C, van der WG, Groenewegen PP, de Bakker DH. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Qual Health Care* 2001;10:211-7.
5. Rantz MJ, Popejoy L, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, Zwygart-Stauffacher M, et al. Randomized clinical trial of a quality improvement intervention in nursing homes. *The Gerontologist* 2001;41(4):525-38.
6. Carter M, Porell F. Nursing home performance on select publicly reported quality indicators and resident risk of hospitalization: grappling with policy implications. *Journal of Aging & Social Policy* 2006;18(1):17-39.
7. Berg K, Mor V, Morris J, Murphy KM, Moore T, Harris Y. Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Financ Rev* 2002;23(4):19-36.
8. Zimmermann D. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(3):250-7.
9. Arling G, et al. Future development of nursing home quality indicators. *The Gerontologist* 2005;45(5):147-56.
10. Nakrem S, et al. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2009;46:848-57.



11. Ruths S. Evaluation of prescribing quality in nursing homes based on drug-specific indicators: the Bergen district nursing home (BEDNURS) study. *Norsk Epidemiologi* 2008;18(2):173-8.
12. Finne-Soveri H, Noro A, Jonsson PV, Ljunggren G, Grue E, Jensdóttir A, et al. Nord RAI Network and Research in the Care for Older People Final Report 1998-2008. On behalf of the NordRAI group. Finland: STAKES; 2008. ( 27).
13. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard J-C, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E, et al. Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009;62(3):235-42.
14. Castle NG, Engberg J. Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The Gerontologist* 2008;48(4):464-76.
15. Sykepleiernes Samarbeid i Norden's (SSN) arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008-2009. Anbefalinger fra arbeidsgrupper innen områdene ernæring, smerter, trykksår, pasientfall, bemanning. SSN; 2009.
16. Goodson J, Jang W, Rantz M. Nursing home care quality: insight from a Bayesian network approach. *The Gerontologist* 2008;48(3):338-48.
17. Venables D, Reilly S, Challis J, Abendstern M. Standard of care in home care services: a comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging & Mental Health* 2006;10(2):187-94.
18. Castle NG. The nursing home compare report card: consumers' use and understanding. *Journal of Aging & Social Policy* 2009;21:187-2008.
19. Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. St.meld. nr. 45 (2002-2003) . Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2003.

---

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Søkestrategier

### AMED, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO

Alle baser ble søk samtidig i Ovid.

AMED 1985 to July 2010

EMBASE 1980 to 2010 Week 27

MEDLINE 1950 to Present (inkl. In-Process & Other Non-Indexed Citations)

PsycINFO 1806 to July Week 1 2010

Søketreff systematiske oversikter etter Ovid dublettkontroll: 95

Søketreff rapporter og evalueringer etter Ovid dublettkontroll: 182

Kommentar: Etter innspill om søketermer ble søket etter systematiske oversikter utvidet ved å legge til søkeord for relevante profesjoner. Dato for søket var 30.08.2010. De nye søkeordene ble lagt til linje 9 og var *nursing or nurse\* or physiotherap\* or physical therap\* or occupation therap\* or general practic\* or family physician or activit\* coordinat\**. Dette ga 40 ekstra referanser som ble gjennomgått for relevans.

1. community health nursing/ or primary nursing care/ or Public Health Nursing/ or community health services/ or community mental health services/ or ambulatory care/ or primary health care/ or home care services/ or Home Health Aides/ or exp home nursing/ or homemaker services/ or exp Nursing Homes/ or exp Housing for the Elderly/ or exp Homes for the Aged/ or residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or Community Health Aides/ or Health Services for the Aged/ use prmz
2. community care/ or community program/ or ambulatory care/ or primary health care/ or exp home care/ or exp elderly care/ or nursing home/ or nursing home patient/ or nursing home personnel/ or home for the aged/ or exp assisted living facility/ or exp community mental health center/ or exp community based rehabilitation/ or exp community health nursing/ or home rehabilitation/ or home physiotherapy/ or exp ambulatory care nursing/ or health visitor/ use emez

3. community services/ or community mental health services/ or public health services/ or primary mental health prevention/ or exp Primary Health Care/ or outpatient treatment/ or home care/ or exp home care personnel/ or exp home visiting programs/ or exp homebound/ or exp respite care/ or elder care/ or residential care institutions/ or halfway houses/ or exp nursing homes/ or exp group homes/ or Day Care Centers/ or public health service nurses/ use psyh
4. community health services/ or community health nursing/ or community mental health services/ or day care/ or exp home care services/ or health services for the aged/ or exp ambulatory care facilities/ or group homes/ or homes for the aged/ or nursing homes/ or ambulatory care/ or primary health care/ use amed
5. (home care\* or home nurs\* or homebase\* or home-base\* or home treatment\* or (home adj2 rehabilitat\*) or nursing home\* or group home\* or assisted living\* or living facilit\* or homes or homecare\* or day\* center\* og day\* centre\* or day care cent\* or homemaker\* or home health\* or home visit\* or domestic health\* or domestic care\* or domiciliary health\* or domiciliary care\* or home service\* or home help or respite care\*).tw.
6. (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 or ambulatory care or ambulatory health care or ambulatory healthcare or ambulatory health service\* or ambulatory service\* or ambulatory setting\*).tw.
7. (community nurs\* or community health nurs\* or community rehabilitation or primary nursing care or ambulatory care nurs\* or community care worker\* or community health care worker\* or community healthcare worker\* or community carer\*).tw.
8. ((community adj (cent\* or home\*)) or (service cent\* adj3 (aged or elder\* or senior\* retired or old people\*)) or (daycare and (elder\* or senior\* or retired or over 67 or old people\* or disabled)) or cent\* for the aged).tw.
9. ((community health\* adj2 worker\*) or community carer\*).tw.
10. or/1-9
  
11. exp Quality Indicators, Health Care/ use prmz
12. clinical indicator/ use emez
13. (quality adj (system\* or indicator? or measure\$ or standard? or norm?)).tw.
14. performance indicator\*.tw.
15. quality indicator\*.mp.
16. clinical indicator\*.mp.
17. or/11-16
  
18. (systematic\* review\* or meta-analys\*).mp. or meta-analys\*.pt.
19. (review\*.mp. or review\*.pt.) and (medline or pubmed or embase).tw.
20. (technology assessment\* or hta).mp.
21. or/18-20
  
22. 10 and 17 and 21

23. remove duplicates from 22

24. (quality adj (system\* or indicator? or measure\$ or standard? or norm?)).ti.

25. performance indicator\*.ti.

26. or/24-25

27. (effect\* or experience\* or impact\* or model\* or example\* or evaluation\*).ti.

28. 26 and 27

29. report.pt. use emez

30. (case reports or evaluation studies).pt.

31. case report\*.tw.

32. (evaluation adj2 (program\* or study or report\*)).tw.

33. or/29-32

34. (10 and 17 and 33) or (28 and 10)

35. remove duplicates from 34

36. 35 not 23

37. cochrane database of systematic reviews.jn.

38. 23 not 37

39. 36 not 37

## **Ebsco CINAHL**

Søketreff systematiske oversikter: 9

Søketreff rapporter og evalueringer: 50

S27 S26 not S21

S26 S6 and S20 and S25 Exclude MEDLINE records

S25 S22 or S23 or S24

S24 (MH "Program Evaluation")

S23 S15 (MH "Case Studies") or (MH "Reports")

S22 ( TI (case report or evaluation report) or AB (case report or evaluation report) ) or TI  
( experience or evaluation or model or effect\* or impact or example )

Exclude MEDLINE records

S21 S6 and S11 and S20 Exclude MEDLINE records

S20 S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17 or S18 or S19

S19 TI ( community or primary or ambulatory or home or elderly or disabled ) or AB

- ( community or primary or ambulatory or home or elderly or disabled )
- S18 S24 (MH "Disabled+")
- S17 (MH "Housing for the Elderly")
- S16 (MH "Nursing Homes+")
- S15 (MH "Ambulatory Care Facilities+") or (MH "Ambulatory Care Nursing")
- S14 (MH "Primary Health Care") or (MH "Primary Nursing")
- S13 (MH "Community Health Centers") or (MH "Community Health Nursing+")
- S11 S7 or S8 or S9 or S10
- S10 TI ( systematic\* review\* or meta-analys\* or medline or pubmed or embase ) or AB  
(systematic\* review\* or meta-analys\* or medline or pubmed or embase )
- S9 Limiters - Publication Type: Systematic Review
- S8 (MH "Meta Analysis")
- S7 (MH "Systematic Review")
- S6 S1 or S2 or S3 or S4 or S5
- S5 TI ( quality W1 system\* or quality W1 indicator\* ) or AB ( quality W1 system\* or quality  
W1 indicator\* ) Limiters - Exclude MEDLINE records
- S4 TI performance indicator\* or AB performance indicator\* Limiters - Exclude MEDLINE  
records
- S3 AB clinical W1 indicator\* or treatment W1 indicator\* or quality W1 indicator\*
- S2 TI clinical W1 indicator\* or treatment W1 indicator\* or quality W1 indicator\*
- S1 (MH "Clinical Indicators")

## **Cochrane Library**

Søketreff EPOC-studier: 27

Søketreff Cochrane Database of Systematic Reviews: 3

Søketreff DARE: 11

Søketreff HTA: 3

Søketreff Method Studies: 6

- #1 MeSH descriptor Quality Indicators, Health Care explode all trees
- #2 (quality next (system\* or indicator\*)):ti,ab,kw
- #3 (performance next indicator\*):ti,ab,kw
- #4 (#1 OR #2 OR #3)
- #5 sr-epoc
- #6 (#4 AND #5)
- #7 (primary near/3 (care or health\* or service\*)) or communit\* or ambulatory or home\* or  
day\* or elderly or disabled
- #8 MeSH descriptor Primary Health Care, this term only
- #9 MeSH descriptor Community Health Services explode all trees

- #10 MeSH descriptor Ambulatory Care explode all trees
- #11 MeSH descriptor Ambulatory Care Facilities explode all trees
- #12 MeSH descriptor Primary Nursing Care explode all trees
- #13 MeSH descriptor Health Services for the Aged explode all trees
- #14 MeSH descriptor Home Care Services explode all trees
- #15 MeSH descriptor Residential Facilities explode all trees
- #16 (#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15)
- #17 (#6 AND #16) Restrict to Clinical Trials
- #18 (#4 AND #16) Restrict to Cochrane Reviews, Other Reviews, Method Studies and  
Technology Assessments

### **CRD Databases**

Søket ble avgrenset til publikasjonsdato fom 2007 på grunn av overlapp med Cochrane Library.

Søketreff DARE: 8

Søketreff HTA: 0

- #1 MeSH Quality Indicators, Health Care EXPLODE 1
- #2 "quality indicator" OR "quality indicators" OR "quality system" OR "quality systems"
- #3 #1 or #2
- #4 MeSH Community Health Services EXPLODE 1
- #5 MeSH Primary Health Care EXPLODE 1
- #6 MeSH Ambulatory Care EXPLODE 1 2
- #7 MeSH Residential Facilities EXPLODE 1
- #8 MeSH Ambulatory Care Facilities EXPLODE 1
- #9 MeSH Health Services for the Aged EXPLODE 1
- #10 community OR primary OR ambulatory OR home OR elderly OR disabled
- #11 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10
- #12 #3 and #11 RESTRICT YR 2007 2010

### **NHS Evidence**

("quality indicator" or "quality indicators") and ("community health" or "community healthcare" or "community care" or "community services" or "community nursing" or "home care" or "home nursing" or "nursing home" or "nursing homes" or "ambulatory care" or "primary care" or "primary healthcare" or "primary health"))

Søketreff:

Systematic Reviews 33

Grey literature 58

Evidence summaries	42
Policy and Service Development	113
Primary Research	48
Health Technology Assessments	18
Commissioning Guides	2
Guidelines	61

## **Vedlegg 2**

**Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten** har fått i oppdrag fra Helse-og omsorgsdepartementet å utrede elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten på et overordnet plan. Vi skal også se på hvordan dette kan videreutvikles for pleie-og omsorgstjenestene, inklusive legevirkosomhet i sykehjem. Det tenkes at et slikt nasjonalt kvalitetssystem skal underbygge den lokale kvalitetsforbedringen, sikre at politikere og befolkningen kjenner og har tillit til kvaliteten på tjenestene, gi grunnlag for brukervalg og gi grunnlag for styring av tjenestene.

Vi er i en kartleggingsfase, og trenger dine innspill. Takk for at du deler av din kompetanse med oss!

### **Nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten og sykehjemsvirkosomhet**

1. Hva er de største utfordringene du opplever i forhold til kvalitetsarbeid i sykehjemmet?
  
2. Vi antar at du rapportere en del data –  
Hvilke data?  
  
Til hvem?  
  
Hvor hentes dataene fra?
  
3. Bruker du selv noen av disse dataene internt, for eksempel til kvalitetsforbedring?  
Beskriv gjerne:
  
4. Hvilke (andre) data ville du hatt nytte av å ha for kvalitetsarbeidet
  - Fra egen virksomhet
  - 
  - Fra andre sykehjem (i bydelen, i hele kommunen) til sammenligning
  - På nasjonalt nivå
  
5. Er det andre verktøy/elementer du kunne tenke deg ville være nyttig å få fra et nasjonalt kvalitetssystem? Kryss av (listen er ikke uttømmende, fyll gjerne på meg flere ting):  
Retningslinjer og/eller prosedyrer(kunnskapsbaserte, nasjonale)  
Opplæringsverktøy, for eksempel nettlæring



Kompetanseplanleggingsverktøy

Beslutningsstøtte knyttet automatisk til journal eller pleieplaner

Forslag til forebyggende tiltak, for eksempel fall, infeksjoner, decubitus mv

Faglig revisjon med tilbakemelding (en type benchmarking mot oppsatte mål)

Metodestøtte til kvalitetsforbedringsprosjekter

Lærings-og erfaringsnettverk på nasjonalt utpekte områder for kvalitetsforbedring

Kvalitetssikret, kunnskapsbasert faginformasjons om aktuelle temaer for behandling av pasienter i sykehjem

Nasjonalt avviksregistrering-system

6. Hvordan vurderer du omfanget og kvaliteten på legevirkosomheten ved det sykehjemmet du har ansvar for?
7. Hvem mener du er ansvarlig for kvaliteten på legevirkosomheten i sykehjem?
8. Hvem mener du er ansvarlig for kvaliteten på pleie- og omsorgskvaliteten i sykehjem?
9. En kvalitetsindikator er et tall som direkte eller indirekte skal fungere som et mål på kvaliteten. På hvilke tre områder tenker du det ville vært fornuftig å utvikle lokale og/eller nasjonale kvalitetsindikatorer? (Hvis dere alt bruker kvalitetsindikatorer, er det fint om du lister opp disse og forteller om det er andre områder du tenker ville vært bra å få nye indikatorer på).
10. Har du noen råd med hensyn til hvilke (andre) elementer et slikt nasjonalt kvalitetssystem bør inneholde for å oppfylle de fire kriteriene som er gitt?

Vi takker for dine svar! Om du vil kan du sende (mer utfyllende) svar og kommentarer om temaet til [Toril.Bakke@kunnskapssenteret.no](mailto:Toril.Bakke@kunnskapssenteret.no) eller [Liv.Merete.Reinar@kunnskapssenteret.no](mailto:Liv.Merete.Reinar@kunnskapssenteret.no)