

Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24-2014

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Et økende antall eldre og personer med kroniske sykdommer og sammensatte behov, øker presset på helsetjenesten. Ett tiltak for å håndtere økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester, er at alle kommuner fra 2016 skal opprette kommunale akutte døgneheter. Hensikten er å kunne behandle pasienter i primærhelsetjensten så langt dette er medisinsk forsvarlig. • I denne systematiske oversikten har vi oppsummert resultater fra studier som sammenlignet effekter av å legge inn pasienter i en lokal akutt døgneheter med innleggelse av samme type pasienter i sykehus. Vi har også sett på om innleggelse i lokal akutt døgneheter førte til færre sykehusinnleggelser. Et sekundært mål var å oppsummere resultater fra studier som sammenlignet større og mindre enheter av lokalt akutt døgntilbud. • Kun tre små studier tilfredsstilte våre inklusjonskriterier. Vår vurdering av dokumentasjonen viser at: • Det er mulig at innleggelse i lokal akutt døgneheter sammenlignet med innleggelse i sykehus gir litt bedre pasienttilfredshet. Kvaliteten på dokumentasjonen er lav. • Det er ikke

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-926-7 ISSN 1890-1298

nr 24-2014



kunnskapssenteret

mulig å avgjøre om innleggelse i lokal akutt døgnerhet sammenlignet med innleggelse i sykehus påvirker pasientutfall som fysisk funksjon og livskvalitet eller påvirker antall reinnleggelser. • Vi identifiserte ingen prospektive kontrollerte studier som undersøkte om innleggelse i lokal akutt døgnerhet fører til færre innleggelser i sykehus eller er forbundet med mindre kostnader. Vi identifiserte heller ingen prospektive studier som sammenlignet større interkommunale enheter med mindre.

Tittel	Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus
English title	Supplemented primary care units compared to hospitalisation
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Forsetlund, Louise, <i>seniorforsker, Kunnskapssenteret</i> Holte, Hilde H., <i>seniorforsker, Kunnskapssenteret</i> Straumann, Gyri Hval, <i>forskningsbibliotekar, Kunnskapssenteret</i>
ISBN	978-82-8121-926-7
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 24 – 2014
Prosjektnummer	782
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	35 (51 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Norsk forening for allmenntidmedisin
Emneord(MeSH)	Community hospitals, primary health care, general practitioners, general hospitals
Sitering	Forsetlund L, Holte HH, Straumann GH. Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

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. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Øystein Lappegard og Espen Storeheier 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, desember 2014

Hovedfunn

Et økende antall eldre og personer med kroniske sykdommer og sammensatte behov, øker presset på helsetjenesten. Ett tiltak for å håndtere økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester, er at alle kommuner fra 2016 skal opprette kommunale akutte døgnenheter. Hensikten er å kunne behandle pasienter i primærhelsetjensten så langt dette er medisinsk forsvarlig.

I denne systematiske oversikten har vi oppsummert resultater fra studier som sammenlignet effekter av å legge inn pasienter i en lokal akutt døgnenhet med innleggelse av samme type pasienter i sykehus. Vi har også sett på om innleggelse i lokal akutt døgnenhet førte til færre sykehusinnleggelser. Et sekundært mål var å oppsummere resultater fra studier som sammenlignet større og mindre enheter av lokalt akutt døgntilbud.

Kun tre små studier tilfredsstilte våre inklusjonskriterier. Vår vurdering av dokumentasjonen viser at:

- Det er mulig at innleggelse i lokal akutt døgnenhet sammenlignet med innleggelse i sykehus gir litt bedre pasienttilfredshet. Kvaliteten på dokumentasjonen er lav.
- Det er ikke mulig å avgjøre om innleggelse i lokal akutt døgnenhet sammenlignet med innleggelse i sykehus påvirker pasientutfall som fysisk funksjon og livskvalitet eller påvirker antall reinnleggelser.

Vi identifiserte ingen prospektive kontrollerte studier som undersøkte om innleggelse i lokal akutt døgnenhet fører til færre innleggelser i sykehus eller er forbundet med mindre kostnader. Vi identifiserte heller ingen prospektive studier som sammenlignet større interkommunale enheter med mindre.

Tittel:

Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

Tilgjengelig forskningsdokumentasjon gir ikke svar på om lokale akutte døgnplasser sammenlignet med sykehus gir færre sykehusinnleggelser eller om det er forskjeller mellom pasientutfall og kostnader.

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapscenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Norsk forening for allmennmedisin.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier avsluttet: Mars 2014.

Fagfeller:

Øystein Lappegard, kommuneoverlege Ål kommune, forsker Vestre Viken HF.

Espen Storeheier
Spes. allmennmed., Fagansvarlig overlege, Helsehuset Indre Østfold

Sammendrag

Bakgrunn

Andelen eldre i den norske befolkningen er økende og antall personer med kroniske sykdommer og sammensatte omsorgsbehov blir stadig flere. Dette øker presset på helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten opplever kødannelse og store utfordringer i å håndtere den økte etterspørselen etter helsetjenester. Som ett av tiltakene for å imøtekomme dette skal alle kommuner fra 2016 opprette kommunale akutte døgnenheter for så langt det er medisinsk forsvarlig å kunne behandle pasienter i primærhelsetjenesten. Kommunalt akutt døgntilbud er en lovpålagt kommunal eller interkommunal øyeblikkelig hjelp-tjeneste med mulighet for døgnopphold for personer som har et behov for hjelp «som er påtrengende nødvendig og som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til». For vårt formål ønsket vi imidlertid å inkludere alle studier av tiltak som omhandlet lokalt akutt døgntilbud utenfor sykehus.

Målet for denne systematiske oversikten var å oppsummere resultater fra studier som enten sammenlignet effekter av å innlegge pasienter i en lokal akutt døgnenhet med innleggelse av samme type pasienter i sykehus eller som undersøkte om tilbud om innleggelse i lokal akutt døgnenhet førte til færre sykehusinnleggelser. Eventuelle sammenligninger av lokale akutte døgntilbud av forskjellig størrelse skulle også oppsummeres.

Metode

Vi søkte etter primærstudier i relevante databaser. Søket ble avsluttet i mars 2014. To personer (LF og HHH) gikk uavhengig av hverandre gjennom referanselisten fra litteratursøket og valgte på bakgrunn av tittel og sammendrag de publikasjonene som virket relevante. Potensielt relevante publikasjoner ble bestilt i fulltekst og vurdert for inklusjon på bakgrunn av inklusjonskriteriene. De samme to personer vurderte de inkluderte studiene for risiko for skjevheter i resultatene for hvert utfall ved hjelp av en anerkjent sjekkliste. Dokumentasjonen for resultatet av hvert utfall ble vurdert av én person ved hjelp av GRADE og deretter kontrollert av en annen.

Resultat

Tre små studier med til sammen 441 pasienter sammenlignet effekter av innleggelse i lokal akutt døgnenhet med innleggelse i sykehus på noen pasientutfall. Alle pasienter måtte ha vært vurdert av en lege til å tilfredsstillende kriterier for innleggelse i akutt døgntilbud. I én av studiene var det ingen aldersbegrensning, men i praksis viste det seg at gjennomsnittlig alder var litt over 71 år. I de to andre studiene var aldersgrensen henholdsvis 65 og 70 år eller eldre. Studiene hadde forskjellige design; én studie var et randomisert kontrollert forsøk utført i Norge og de to andre var observasjonsstudier utført i England.

To studier rapporterte at de pasientene som hadde vært innlagt i et lokalt akutt døgntilbud uttrykte større tilfredshet med oppholdet enn de som hadde vært innlagt i sykehus. Gjennomsnittlig forskjell i skåre for pasienttilfredshet mellom gruppene i den ene studien var 0,5 ($p=0,021$). I den andre studien ville 36 % (RR 1,36, KI 1,02 til 1,82) flere av de som hadde blitt behandlet i det lokale tilbudet versus de som hadde vært i sykehus, anbefale tilbudet til en venn - som et uttrykk for pasienttilfredshet. Fysisk funksjon og livskvalitet ble målt i én studie hver, men usikkerheten rundt effektestimaterne gjør det vanskelig å trekke noen konklusjoner: Gjennomsnittlig forskjell i funksjonsskåre var -1,5 ($p = 0,47$) og for livskvalitetsskåre var gjennomsnittlig forskjell for endring -0,09 ($p = 0,97$). De to studiene som målte reinnleggelser rapporterte også stor usikkerhet rundt effektestimaterne: henholdsvis RR 0,77 (KI 0,4 til 1,47) og RR 3,27 (KI 0,39 til 27,58). Vi identifiserte ingen studier i samsvar med våre inklusjonskriterier, som målte om det var forskjeller i kostnader eller om det ble færre antall innleggelser i sykehus ved bruk av lokal akutt døgnplass. Heller ikke identifiserte vi studier som sammenlignet større døgnenheter med mindre døgnenheter.

Diskusjon

Fordi dokumentasjonen for hvert utfall kun besto av én eller to små studier med metodiske mangler, ble dokumentasjonen hovedsakelig bedømt til å være av svært lav kvalitet. Lite eller ingen dokumentasjon betyr ikke at tiltaket har liten eller ingen effekt, men det betyr at det er vanskelig å trekke konklusjoner på et vitenskapelig grunnlag. Kriteriene for hvilke pasienter som egner seg for innleggelse i kommunalt akutt døgntilbud framfor i sykehus er svært generelle og det kan være vanskelig å bedømme hvilke pasienter som faller innenfor kriteriene. Dette betyr igjen at tiltaket lokale akutte døgntilbud bør innføres i kontrollerte former og evalueres, slik at samfunnet kan få mer kunnskap.

Konklusjon

Dokumentasjon av lav kvalitet åpner for at pasienter som blir innlagt i lokal akutt døgnenhet muligens er litt mer tilfredse med oppholdet enn de som blir innlagt i sykehus. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for å avgjøre om det også kunne være forskjeller i utfall som fysisk funksjon og livskvalitet eller antall reinnleggelser var imidlertid ikke tilstrekkelig. Vi identifiserte ingen studier i samsvar med våre inklusjonskriterier, som målte om det var forskjeller i kostnader eller om det ble færre antall innleggelser i sykehus ved bruk av lokal akutt døgnplass. Heller ikke identifiserte vi studier som sammenlignet større døgnenheter med mindre døgnenheter.

Key messages (English)

The aim of this systematic review was to summarise the results of studies that compared the effects on patient outcomes for patients admitted to a supplemented primary care unit instead of a general hospital or who examined whether patients with access to a supplemented primary care unit had fewer hospital admissions than patients without such access. Patients should satisfy certain criteria, i.e. they should be in need of emergency treatment, but not need intensive treatment in hospital. A secondary aim was to summarise results of studies that compared larger supplemented primary care units with smaller ones.

We identified only three small studies as eligible for inclusion, one randomised controlled trial conducted in Norway and two observation studies conducted in England. The assessment of the evidence base shows that:

- It is possible that admission to a supplemented primary care unit compared with hospitalisation provides slightly better patient satisfaction, but the quality of the evidence for this result is low.
- There is insufficient scientific evidence to determine whether admission to a supplemented primary care unit compared to hospitalisation affects patient outcomes such as physical function and quality of life or affects the number of readmissions.
- We identified no prospective controlled studies that examined whether supplemented primary care units lead to fewer hospital admissions, or are associated with reduced expense.
- We identified no studies that compared larger inter-municipal units with smaller.

Title:

Supplemented primary care units compared to hospitalisation

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

Available evidence does not answer whether supplemented primary care units compared to general hospitals leads to fewer hospitalisations or whether there are differences in patient outcomes or costs.

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: March 2014.

Peer review:

Øystein Lappégard, kommuneoverlege Ål kommune, forsker Vestre Viken HF.

Espen Storeheier
Spes. allmenmed., Fagansvarlig overlege, Helsehuset Indre Østfold

Executive summary (English)

Background

The proportion of elderly in the Norwegian population and the number of people with chronic illnesses and complex care needs are increasing. This creates challenges for the management of health care, particularly in the specialist health services. One initiative to address this required all municipalities to establish supplemented primary care units for the treatment of patients of any age from 2016 (under the Health and Care Services Law). A more specific term is ‘municipal emergency beds’. In Norway, these bed-based intermediate care units are defined as municipal or inter-municipal emergency assistance services which can accommodate people in urgent need of help and for whom the municipality is able to provide care for. There is wide variation between municipalities in how these services are organised and staffed, and how many beds that are made available. Some may be compared to community hospitals and others may involve one or two beds located in a nursing home. For our purposes, we will include all studies of interventions that deal with any kind of local emergency overnight services – or supplemented primary care units - *outside* general hospitals, such as for instance community hospitals or GP hospitals.

Objective

The aim of this systematic review was to summarise the results of studies that either compared the effects of admitting patients to supplemented primary care units of some kind instead of general hospitals, or that investigated whether admitting patients to supplemented primary care units reduced admissions to general hospitals. Summarising studies of any comparisons of supplemented primary care units of different size were also a target of this review.

Method

We searched for primary studies in relevant databases, without any restrictions on language or time period. The search was completed in March 2014. Two people independently screened the reference list generated by the literature search and selected the publications that seemed relevant, based on the title and summary. Poten-

tially relevant publications were ordered in full text and assessed for inclusion or exclusion based on predetermined inclusion criteria. The same two people assessed the studies that were included for risk of bias in the results, for each outcome, using a recognised checklist. One person assessed the evidence for each outcome, using GRADE, and the assessments were then checked by another person.

Results

We identified three small studies that compared the effects of admission to a community hospital with hospitalisation to a general hospital on patient outcomes. All patients had been assessed by a physician as satisfying the criteria for admission to emergency overnight services. There was no age restriction in one of the studies, but in practice it turned out that the average age was just above 71 years. The other two studies included patients aged 65 and older or 70 years and older. The studies had different designs; one study was a randomised controlled trial conducted in Norway and the other two were observational studies conducted in England. Two studies reported that patients admitted to a community hospital expressed more satisfaction with their stay than those who had been hospitalised. The mean difference in scores for patient satisfaction between the groups in one study was 0.5 ($p = 0.021$). In the second study 36% (CI 1.02 to 1.82) more of those who had been treated in the local emergency overnight service versus those who had been hospitalised, would recommend the offer to a friend - as an expression of patient satisfaction. Physical function was measured in one study and quality of life in another, but the uncertainty around the effect estimates makes it difficult to draw any conclusions: The mean difference in functional score was -1.5 ($p = 0.47$) and mean difference in change of quality of life score was -0.09 ($p = 0.97$). Likewise, the two studies that measured readmissions reported wide confidence intervals for the effect estimates, respectively, RR 0.77 (CI 0.4 to 1.47) and RR 3.27 (CI 0.39 to 27.58).

Discussion

Because the evidence for each outcome only consisted of one or two small studies with methodological shortcomings, we judged the evidence to be of mainly very low quality. Little or no evidence does not mean little or no effect. It means that it is difficult to draw conclusions on a scientific basis. The criteria for which patients are suitable for admission to supplemented primary care units rather than to hospitals are very general and it may be difficult to judge which patients fall within the criteria. Accordingly, supplemented primary care units should be introduced under controlled circumstances, monitored and evaluated carefully.

Conclusion

Evidence of low quality suggests that patients admitted to a supplemented primary care unit are slightly more satisfied with their stay than those who are hospitalised. However, there is insufficient scientific evidence to determine whether there are differences in outcomes such as physical function, quality of life or the number of readmissions. No studies that met the inclusion criteria measured whether there were differences in costs or whether there were fewer general hospital admissions when admitting patients to a supplemented primary care unit.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	4
Diskusjon	4
Konklusjon	5
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
Background	7
Objective	7
Method	7
Results	8
Discussion	8
Conclusion	9
INNHold	10
FORORD	12
PROBLEMSTILLING	13
INNLEDNING	14
Bakgrunn	14
METODE	16
Litteratursøking	16
Inklusjonskriterier	16
Eksklusjonskriterier	17
Artikkelutvelging og kritisk vurdering	17
Data-ekstraksjon og analyse	17
Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen	18
RESULTAT	20
Litteratursøket	20
Håndtering av innhentet litteratur	20

Beskrivelse av inkluderte studier	21
Hvilke diagnoser egner seg for bruk av akutt medisinsk døgntilbud?	28
Er store interkommunale medisinske døgntilbud bedre egnet enn mindre enheter?	24
DISKUSJON	25
Utfall for pasienter	26
Vil antall innleggelser i sykehus reduseres?	27
Blir kostnadene mindre?	27
Styrker og svakheter	30
KONKLUSJON	32
Behov for videre forskning	32
Pågående studier	30
REFERANSER	33
VEDLEGG 1	40
Søkestrategi	40
VEDLEGG 2	43
Ekskluderte studier	43
VEDLEGG 3	48
Risk of bias tables and included studies	48
VEDLEGG 4	51
Begrepsforklaringer	51

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Norsk forening for allmennmedisin å oppsummere tilgjengelig forskning om effekter på relevante utfall av å legge inn pasienter i lokale akutte døgnplasser i stedet for i sykehus. I bestillingen inngikk også spørsmålet om hvilke diagnoser som egner seg for bruk av akutt medisinsk døgntilbud og om det finnes forskning som kan avklare om store interkommunale medisinske døgntilbud egner seg bedre enn mindre enheter for å ivareta pasientene på best mulig måte.

Prosjektgruppen ved Kunnskapssenteret har bestått av:

- Prosjektleder: seniorforsker Louise Forsetlund
- Prosjektmedarbeidere:
 - Seniorforsker Hilde H. Holte
 - Forskningsbibliotekar Gyri Hval Straumann

Denne oversikten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I en aktuell beslutningssituasjon må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med pasienters behov og verdier, egne kliniske erfaringer, ressurstilgang og eventuelle andre relevante forhold.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Gunn E. Vist
Seksjonsleder

Louise Forsetlund
Prosjektleder

Problemstilling

Denne systematiske oversikten tar sikte på å oppsummere resultater fra studier som

- sammenligner effekter av å legge inn pasienter i lokale akutte døgntilbud med innleggelse direkte i sykehus på pasientutfall, forbruk av andre helsetjenester og kostnader
- undersøker om innleggelse i lokal akutt døgnetenhet fører til færre sykehusinnleggelser
- sammenligner større enheter med lokalt akutt døgntilbud med mindre enheter.

Innledning

Bakgrunn

Etableringen av kommunale akutte døgntilbud er planlagt som ett av flere tiltak for å håndtere den forventede veksten i forbruk av helsetjenester, spesielt innen spesialisthelsetjenesten. I samhandlingsreformen trekker man opp flere strategier for å oppnå en «bærekraftig» helsetjeneste (1). Den strategien som er av størst interesse i denne sammenhengen er vedtaket om å overføre flere helsetjenester til primærhelsetjenesten i kommunene. Formålet er å avlaste spesialisthelsetjenesten, for eksempel i form av reduksjon i antall sykehusinnleggelseser. Man antar at dette vil medføre mindre kostnader. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom de to nivåene må være utarbeidet og det antas at dette vil sikre god samhandling om pasientene i pasientforløpet. Det fastslås at de lokale tjenestene skal være bedre eller like gode som tilbudene i spesialisthelsetjenesten og dessuten kostnadseffektive.

For å nå målet i samhandlingsreformen om en bærekraftig helsetjeneste, benyttes et bredt sett av virkemidler: rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske. Opprettelse av kommunale akutte døgnplasser som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner, utformet etter lokale behov og regulert i lokale avtaler er et av de organisatoriske virkemidlene (2). Med kommunalt akutt døgntilbud forstår vi et lovpålagt «kommunalt tilbud av helse- og omsorgstjenester til personer som har et behov for hjelp som er påtrengende nødvendig og som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til» (3). En rekke slike sentre, er nå under etablering og fra og med 2016 vil det bli obligatorisk for kommunene å ha slike tilbud.

Samhandlingsreformen (1), helse- og omsorgstjenesteloven (4) og folkehelseloven (5) gir det rettslige grunnlaget for etableringen av kommunale akutte døgntilbud. De økonomiske virkemidlene består i å overføre midler fra spesialisthelsetjenesten, samt at kommunene får mulighet til å søke statlige etableringsmidler. Faglige virkemidler som veiledere og retningslinjer skal utarbeides og det oppfordres til opplæring av helsepersonell. Helsedirektoratet har utarbeidet en veiledning om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp og døgnopphold (6). Noen vurderinger av forskningsbasert kunnskap om temaet ser imidlertid ikke ut til å ha inngått i beslutningsgrunnlaget for å opprette lokale akutte døgnplasser (7,8).

Det er et sentralt mål i samhandlingsreformen å gi helsetjenester så nært som mulig der pasienten bor. Denne trenden mot å ønske å behandle pasienter så nær hjemmet som mulig er ikke bare aktuell i Norge. I Storbritannia har den nasjonale helsetjenesten lagt vekt på at primære helsetjenester bør gis i nærmere tilknytning til hjemmet for å dempe presset på spesialisthelsetjenesten, noe som blant annet har ført til en ny satsing på lokale tilbud – her ‘community hospitals’ (9,10,11,12). Begrepet ‘kommunalt akutt døgntilbud’ vil antagelig i mange sammenhenger ikke være direkte oversettbart til ‘community hospitals’. En lengre diskusjon av hva som er passende engelsk uttrykk for kommunalt akutt døgntilbud finnes i vedlegg 1.

Formålet med denne systematiske oversikten var å undersøke om det finnes forskningsstudier av effekter av å legge inn pasienter i enheter med lokale akutte døgnplasser i stedet for i sykehus og oppsummere resultatene fra slike studier. I bestillingen fra Norsk forening for allmennmedisin inngikk også spørsmålene om hvilke diagnoser som egner seg for bruk av akutt medisinsk døgntilbud og om det finnes forskning som kan avklare om store interkommunale medisinske døgntilbud egner seg bedre enn mindre enheter for å ivareta pasientene på best mulig måte. Disse spørsmålsstillingene tok vi også med videre i rapporten.

Metode

Litteratursøking

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- Cochrane Central i Cochrane Library
- Medline Ovid
- Embase Ovid
- ISI Web of Science
- CINAHL
- Omfattende bruk av Related articles funksjonen i PubMed
- Gjennomgang av referanser i alle publikasjoner lest i full-tekst
- Vi søkte også etter pågående studier i International Clinical Trials, WHO: (<http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>) og Clinical trials (<http://clinicaltrials.gov>, Prospero – International prospective register of systematic reviews (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/prospero.asp>).

En forskningsbibliotekar (GHS) planla og utførte samtlige litteratursøk. Søkealgoritmene ble fagfellevurdert av en annen forskningsbibliotekar (LF). Den fullstendige søkestrategien er gjengitt i vedlegg 2 i rapporten. Søk etter studier ble avsluttet i mars 2014.

Inklusjonskriterier

- Populasjon:**
1. Pasienter som en lege hadde vurdert til å ha akutt behov for innleggelse. Pasientene måtte ha en diagnose eller andre karakteristika som tilsa at innleggelse i et lokalt akutt døgntilbud utenfor sykehus eller i et sykehus var aktuelt.
 2. Pasienter i områder med tilgang til både lokalt akutt døgntilbud og sykehus og pasienter i områder med tilgang til kun sykehus.
- Tiltak:** Innleggelse i lokalt akutt døgntilbud utenfor sykehus.
- Sammenligning:** Innleggelse i sykehus eller formulert som 'vanlig praksis'; lokalt akutt døgntilbud av annen størrelse.

- Utfall:** Pasientutfall (for eksempel livskvalitet, funksjon, dødelighet), innleggelse i sykehus (også re-innleggelser), forbruk av andre helsetjenester, kostnader.
- Språk:** Vi begrenset ikke søket med hensyn på språk. Dersom det hadde blitt identifisert publikasjoner på andre språk enn skandinavisk og engelsk, ville vi ha vurdert å oversette disse.
- Studiedesign:** Randomiserte kontrollerte studier og i prinsippet alle kvantitative kontrollerte prospektive studier som undersøkte effekten av det aktuelle tiltaket selv om de ikke benyttet tilfeldig fordeling til sammenligningsgrupper.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte studier som ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene, for eksempel der intervensjonen var spesialklinikk for slag eller med kardiologiproblematikk, observasjonsenheter i sykehus og utskriving fra sykehus til intermediært opphold og/eller studier med retrospektivt design eller som var uten kontroll.

Artikkelutvelging og kritisk vurdering

To personer (LF/HHH) gjennomgikk uavhengig av hverandre referanser og sammen- drag fra litteratursøket og valgte ut potensielt aktuelle studier med hensyn på inklu- sjonskriteriene. Vi bestilte alle studier som muligens var aktuelle i fulltekst. Det samme leseparet gjorde en selvstendig vurdering av om artiklene skulle inkluderes eller eksklu- deres og sammenholdt vurderingene. Vi benyttet uavhengig av hverandre Cochranenett- verkets sjekklister for å vurdere risiko for systematiske skjevheter i resultatene (13). For alle deler av denne prosessen hadde vi på forhånd avtalt å konferere med en tredje per- son ved eventuell uenighet.

Sjekklister for kritisk vurdering av studier er også publisert på Kunnskapssenterets nett- sider:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning>.

Data-ekstraksjon og analyse

LF og HHH hentet i samarbeid ut resultater fra inkluderte studier. LF trakk ut data for forfatter, antall deltagere, populasjon, intervensjon, kontrollintervensjon, setting og ut- fall, mens HHH kontrollerte. Utfallene ble valgt ut i henhold til de forhåndsbestemte in- klusjonskriteriene i protokollen. Dersom et utfall var målt flere ganger i en studie, hadde

vi bestemt å benytte det sist registrerte måletidspunktet. Vi brukte RevMan 5 til å gjøre hjelpeberegninger av RR med konfidensintervall, hvor det var mulig. Hvis konfidensintervallet ikke var oppgitt og ikke kunne beregnes, hentet vi ut oppgitt p-verdi.

Analysen er beskrivende og består av sammenstilling av data i tekst og tabeller. Vi trakk ut følgende data for presentasjon i oppsummeringstabellen: Utfall, resultat for sykehusgruppen, resultat for intervensjonsgruppen, relativ effekt hvis dikotomt utfall, antall deltagere og antall studier og vår vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen.

Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen

Vi vurderte og graderte kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfall. Med 'dokumentasjon' mener vi alle inkluderte studier som har målt effekten av tiltaket på det aktuelle utfallet. I praksis er dette noen ganger bare én studie. Som verktøy for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen, benyttet vi graderingsverktøyet GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation: www.gradeworkinggroup.org). LF graderte og HHH kontrollerte. Ved uenighet ble en tredje person trukket inn.

Ved hjelp av GRADE vurderes kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsresultat på tvers av de studier som har målt utfallet etter fem følgende kriterier: *Risiko for systematiske skjevheter* i resultatene fra studiene, *konsistens* (samsvar mellom resultatene i de forskjellige studiene), *presisjon* i resultatet, *direkthet* (hvor like er studiedeltakerne, intervensjonene og utfallsmålene i de inkluderte studiene i forhold til de personer, tiltak og utfall vi ønsket å studere) og *publikasjonsskjevhet*. Hvert av disse fem kriteriene vurderes altså på tvers av studiene og eventuelle mangler fører til ett eller to trekk i kvalitet. For observasjonsstudier, som i utgangspunktet settes til lav kvalitet i GRADE, kan kvaliteten oppgraderes i noen spesielle tilfeller. Dette forutsetter imidlertid at det er flere samsvarende studier og at det ikke har vært gjort noen trekk for noen av de kriteriene som er nevnt over her.

Graderingen av kvaliteten innebærer at vi vurderer hvilken tillit vi totalt sett har til effektestimater for hvert utfall. Kvalitetsbedømmelsen av dokumentasjonen for hvert utfall klassifiseres i følgende ulike kategorier:

Gradering	Betydning	Symbol
Høy kvalitet	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.	⊕⊕⊕⊕
Middels kvalitet	Vi har middels tillit til effektestimater: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig.	⊕⊕⊕⊖

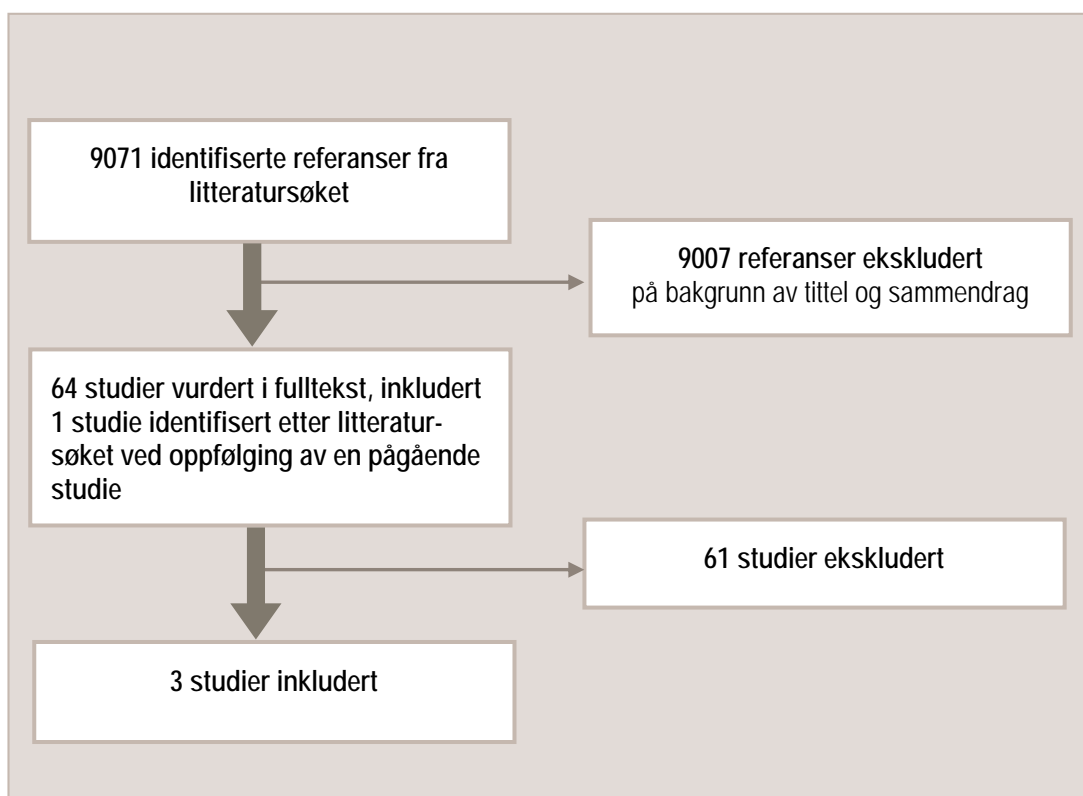
Lav kvalitet	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.	⊕⊕⊖⊖
Svært lav kvalitet	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.	⊕⊖⊖⊖

For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform ved utarbeidelse av rapporter og for mer utdypende forklaringer, henviser vi til metodeboken som er tilgjengelig på nettsidene: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning>.

Resultat

Litteratursøket

Litteratursøkene som ble utført i mars 2014 genererte totalt 9 071 unike referanser. Flytskjemaet i figur 1 viser hvordan vi valgte ut de publikasjonene som inngår i denne oversikten.



Figur 1 Flytskjema over utvelgelsesprosessen

Håndtering av innhentet litteratur

Vi vurderte 64 publikasjoner i fulltekst fordi de muligens var relevante. Vi ekskluderte studier som ikke tilfredstilte alle inklusjonskriterier, for eksempel studier med retrospektivt design eller studier uten kontrollgruppe. Se liste over ekskluderte studier i vedlegg 3. Vi inkluderte totalt tre studier (14-16).

Beskrivelse av inkluderte studier

De studiene vi inkluderte er beskrevet i tabell 1 og i påfølgende tekst.

Tabell 1 Presentasjon av inkluderte studier

Referanse	Tittel	Studiedesign	Hensikt
Sammenligning av innleggelse i lokal enhet med akutte døgnplasser versus innleggelse i sykehus			
Lappegard 2014 (14)	Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway.	RCT	Å sammenligne hvordan pasienter innlagt i en lokal enhet med døgnplasser opplevde kvaliteten med tjenesten med hvordan pasienter innlagt i sykehus opplevde den.
Boston 2001 (15)	An inner city GP unit versus conventional care for elderly patients: prospective comparison of health functioning, use of services and patient satisfaction.	Observasjonsstudie med kontroll	Å sammenligne utfall for pasienter innlagt i en lokal enhet med døgnplasser med pasienter i distriktssykepleie, sykehjem eller akutt innlagt i sykehus.
Round 2004 (16)	Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital.	Observasjonsstudie med kontroll	Å sammenligne utfall for pasienter akutt innlagt i en lokal enhet med døgnplasser med pasienter innlagt i et distriktsykehus.

Lappegard 2014 undersøkte hvordan 33 pasienter innlagt i et lokalt døgntilbud i Hallingdal opplevde kvaliteten ved tjenesten sammenlignet med opplevelsen til 27 pasienter innlagt i sykehus (14). Pasientene måtte ha vært vurdert av allmennlege til å ha behov for akutt innleggelse og at det var medisinsk forsvarlig å legge dem inn ved den lokale enheten. Utfallene var pasienttilfredshet med forskjellige aspekter ved oppholdet: informasjonen som var gitt, sykepleietjenestene, legetjenestene, organisering, standard på utstyr og vedlikehold og om hvorvidt pasienten heller hadde ønsket å bli innlagt på det alternative stedet. Her har vi valgt å gjengi det mest generelle utfallet: «I det store og hele, var den omsorgen og behandlingen du mottok ved den lokale enheten/sykehuset tilfredsstillende?» Studien ble utført i tidsrommet 2010 til 2013.

Boston 2001 sammenlignet 67 pasienter som var innlagt i et lokalt døgntilbud i indre London med 60 lignende pasienter i standard behandling (15). Standard behandling besto ikke bare av innleggelse i sykehus (45 %), men kunne også innebære at pasientene fikk en eller annen form for helsetjeneste i lokalsamfunnet (55 %) (se tab. 1). I analysene sammenlignes pasienter innlagt i lokal enhet med pasientene som fikk én av disse andre tjenestene, definert som standard behandling.

For å kunne delta i studien måtte pasientene være 65 år eller eldre, kunne gi informert samtykke, være bofaste innen opptaksområdet og tilfredsstillende kriteriene for innleggelse i en lokal akutt enhet. Kriteriene var at pasienten måtte ha behov for avlastning, rehabilitering eller rekonvalesens, men ikke ha behov for akutt behandling

eller undersøkelser – det vil si at det skulle være forsvarlig å observere - og heller ikke lide av demens eller mental sykdom. Vi presenterer her resultatene for utfallene pasienttilfredshet og fysisk funksjon. Studien målte også mental funksjon og bruk av helse- og sosialtjenester. Studien ble utført i England og varte i ett år, 1998 til 1999.

Round 2004 sammenlignet 136 pasienter som var innlagt i et lokalt døgntilbud fordelt på fem forskjellige steder i Devon & Exeter, med 118 pasienter som var innlagt i ett distriktssykehus (16). For å kunne delta i studien måtte pasientene være eldre enn 70 år med en akutt sykdom som krevde sykehusinnleggelse, men hvis tilstand det også var mulig å behandle i en lokal enhet. De måtte ikke være så syke eller så forvirrede at de ikke kunne kommunisere med den som rekrutterte til studien og de måtte ha vært innlagt i løpet av de siste 48 timene. Vi presenterer her resultatene for det primære utfallet livskvalitet, sammen med ett av de sekundære utfallene som var antall reinnleggelser. Andre sekundære utfall som ble målt var dødelighet (data ikke rapportert i studien), innleggelsesvarighet og median antall legemidler og undersøkelser per pasient. Studien ble utført i England og varte i ett år, 1999 til 2000.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen for effekter av lokale akutte døgneheter besto av én randomisert kontrollert studie og to observasjonsstudier, alle med forholdsvis få deltagere. Vi vurderte risikoen for systematiske skjevheter i resultatene som høy for de to observasjonsstudiene og som lav for den randomiserte studien (vedlegg 4).

Vi antar at de to utfallene '*pasienttilfredshet*' og '*ville ha anbefalt til en venn*' måler noe av det samme. Selv om de to utfallene pasienttilfredshet og reinnleggelser ble målt i to studier, var det ikke forsvarlig å gjøre noen meta-analyse av disse to utfallene fordi studiene hadde forskjellig design. Settingen i studien av Boston 2001 (15) tilsvarte ikke helt vår setting så den fikk et ekstra trekk i kvalitet (direkthet) av den grunn. Etter en helhetlig vurdering etter kriteriene i GRADE bedømte vi dokumentasjonen til å være av svært lav kvalitet for alle utfall bortsett fra ett (se noter i tabell 2 for hvilke trekk som ble gjort i kvalitet).

Tabell 2 Effekt av lokale akutte døgnplasser sammenlignet med sykehusinnleggelse

Populasjon: Pasienter som har et slikt symptombilde at de kan legges inn i enten lokal enhet eller sykehus

Setting: Lokale enheter med døgnplasser og sykehus i England og Norge

Intervensjon: Lokale akutte døgnplasser

Sammenligning: Sykehus

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (Studier)	Kvalitet på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Sykehus	Lokal akutt døgnplass				
Pasienttilfredshet Målt som i: PasOpp spørreskjema, skala: 1-5 (best). Oppfølging: Før hjemreise	Gjennomsnittsskår for pasienttilfredshet i kontrollgruppen var 4.00	Gjennomsnittsskår for pasienttilfredshet i intervensjonsgruppen var 0.5 skårer høyere P = 0,021	-	49 (1 RCT)	⊕⊕○○ Lav ^{1,2}	Lappegaard 2014
Pasienttilfredshet (ville ha anbefalt til en venn) Målt som: ja/nei. Oppfølging: 1 mnd etter innleggelse	517 per 1000	703 per 1000 (527 til 940)	RR 1.36 (1.02 til 1.82)	127 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{2,3}	Boston 2001
Fysisk funksjon Målt ved SF-12, skala 1-100 (best) Oppfølging: 3 mnd	Gjennomsnittsskår for fysisk funksjon i kontrollgruppen var 31.7	Gjennomsnittsskår for fysisk funksjon i intervensjonsgruppen var 1.5 lavere P = 0,47	-	127 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{2,3}	Boston 2001
Livskvalitet Målt ved SF-36, skala 1-100 (best) Oppfølging: 6 mnd	Gjennomsnittsskår for <i>endring</i> i livskvalitet i kontrollgruppen var 0.22	Gjennomsnittsskår for <i>endring</i> i livskvalitet i intervensjonsgruppen var 0.09 lavere P=0.97	-	254 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ²	Round 2004
Reinnleggelser Oppfølging: 6 mnd	144 per 1000	111 per 1000 (58 til 212)	RR 0.77 (0.4 til 1.47)	254 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ²	Round 2004 RR med KI beregnet av oss
Reinnleggelser Oppfølging: Reinnlagt innen 30 dager for de fire samme diagnosene	37 per 1000	121 per 1000 (14 til 1021)	RR 3,27 (0,39 til 27,58)	60 (1 RCT)		Lappegaard 2014 RR med KI beregnet av oss

1. I artikkelen er det uklart hvordan sekvensen for tilfeldig fordeling til grupper ble generert og uklart om det var skjult allokering, men etter opplysning fra forfatter ble det benyttet et dataprogram for å generere randomiseringssekvens og en skjult prosedyre for å fordele pasientene til gruppene. Vi har derfor ikke trukket i kvaliteten.
2. Få hendelser
3. Trukket for manglende direktehet fordi deltagerne i kontrollgruppen kunne ha vært sendt til flere typer tjenester lokalt (55 %) og ikke bare til sykehus (45%), som var vårt egentlige sammenligningstiltak

Hva sier dokumentasjonen?

- Det er mulig at pasienter innlagt i lokal akutt døgnenhet er litt mer tilfredse enn pasienter innlagt i sykehus.
- Det finnes utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å avgjøre om innleggelse i lokal akutt døgnenhet sammenlignet med innleggelse i sykehus påvirker fysisk

funksjon, livskvalitet eller antall reinnleggelser. Når kvaliteten på dokumentasjonen vurderes til å være svært lav, betyr det at vi har liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten for populasjonen som helhet. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget blir utilstrekkelig for å kunne trekke mer allmenngyldige konklusjoner utover akkurat det som påvises i studiene.

Er store interkommunale medisinske døgntilbud bedre egnet enn mindre enheter?

Vi fant ingen studier som sammenlignet store interkommunale medisinske døgntilbud med mindre enheter.

Diskusjon

Beslutningen om å opprette kommunale akutte døgnplasser er grunnlagt på antagelser om at utfallet av oppholdet for visse pasientgrupper vil være enten likt eller bedre, at antall innleggelses i sykehus vil reduseres og at pasientene kan behandles til lavere kostnad i slike enheter. Den vitenskapelige dokumentasjonen av effekter av å legge pasienter inn i lokale akutte døgnplasser viste seg imidlertid å være svært mangelfull.

Det kan kanskje være overraskende at det finnes så lite god forskning om så viktige temaer, men det er ikke uvanlig at det finnes lite forskning om organisatoriske tiltak innen helsevesenet.

Hvis vi ser på noen andre lignende problemstillinger, ser vi det samme bildet der. Andre lignende problemstillinger kan være effekter av å innlegge pasienter i lignende type lavintensitetstiltak som i en KAD, men der settingen for øvrig (dvs. i sykehus) gjør at lavintensitetstiltakene ikke helt kan sammenlignes. En hurtig-oversikt over oversikter fra 2012 om «The effectiveness and safety of emergency department short stay units» identifiserte én oversikt fra 2003 med 12 studier inkludert (17). Avdelingen ble definert som «et område av sykehuset reservert for pasienter direkte innlagt fra øyeblikkelig hjelp og som trenger en periode med observasjon for å bestemme diagnostisk usikkerhet [...]». Det står ingenting om design eller troverdigheten av resultatene i oversikten. Det virker imidlertid som om det er kontrollerte studier, for sammenligningen er tradisjonell tilnærming – uten at det framgår hva det er. Det skinner igjennom at dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet. Forfatterens konklusjon er at kortidsavdelinger kan gi bedre pasienttilfredshet, kortere liggetid, høyere effektivitet (uten nærmere spesifisering) og kostnads-effektivitet.

En oversikt over primærstudier fra 2009 “Effectiveness of acute medical units in hospitals” (18), fant kun før-og-etter-studier uten kontroll, noe som betyr at dokumentasjonen er for lav til å trekke noen slutninger. Avdelingene skulle ta imot pasienter henvist fra legevakt eller fra allmennleger og vurdere dem for eventuell videre behandling ved en medisinsk avdeling i sykehuset eller hjemsendelse. Disse to publikasjonene høres til forveksling ut til å inkludere samme type avdelinger, men de hadde ingen overlappende studier.

Cochrane-nettverket har sett på studier som sammenlignet effekter av å ansette allmennleger versus spesialister i akuttmottak i sykehus for å behandle pasienter med ikke-akutte problemer (19). Underliggende antagelser var at fastleger ville gi en mer effektiv og mindre ressursintensiv omsorg enn spesialister i håndteringen av ikke-akutte problemer og at spesialistenes tid og ressurser kunne rettes mer effektivt mot potensielt livstruende tilfeller. Forfatterne konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon til å trekke konklusjoner om effekter av tiltaket på utfall som ventetid, pasientflyt eller pasientutfall.

Det er altså gjennomgående svak dokumentasjon for disse områdene, noe som også har vært ofte påpekt av andre, for eksempel i en nylig publisert artikkel av Oliver 2014 som etterlyser bedre evalueringer av nye tiltak i helsetjenesten for å redusere antall sykehusinnleggelses: «we need evidence based policy rather than policy based evidence» (20). Det er også et tankekors når en Cochrane-oversikt konkluderte med at det er en klar og betydelig forbedring i sjansene for en pasient til å være i live og i sitt eget hjem inntil ett år etter en akuttinnleggelse i sykehus, hvis de fikk koordinerte teambaserte tverrfaglige spesialisttjenester (21). Det vil si at pasientene ble innlagt i en sykehusavdeling som ga omfattende geriatrik utredning i stedet for i en avdeling med konvensjonell behandling. Denne effekten ble ikke tydelig i de studiene der pasientene forble i en vanlig sengepost og fikk vurdering fra en besøker fra et tverrfaglig spesialistteam.

Utfall for pasienter

To små studier, én norsk og én engelsk, fant at pasientene som hadde vært innlagt i en lokal akutt enhet, var mer fornøyde enn de som hadde vært innlagt i sykehus. Dette er i samsvar med funn i en tematisk oversikt fra 2006 som inkluderte alle typer publikasjoner (13). Forfatterne av oversikten fant flere mindre tverrsnittundersøkelser som konkluderte med at pasienttilfredsheten med lokale akutte døgntilbud vanligvis var høy. Spesielt var disse pasientene fornøyde med lett tilgang, kjennskap til personalet og en vennlig atmosfære. Stor pasienttilfredshet og uttrykt lettelse over å slippe innleggelse i sykehus rapporteres også i en undersøkelse av Deloitte 2014 om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, gjort på oppdrag av Helsedirektoratet (22). Det positive resultatet for pasienttilfredshet i Lappegard 2014 (og for så vidt også i Boston 2001) kan derfor virke rimelig, men fordi det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget er av lav kvalitet kan også den sanne effekten være vesentlig ulik dette effektestimatet.

To observasjonsstudier målte henholdsvis fysisk funksjon og livskvalitet og to studier av ulikt design målte antall reinnleggelses. Resultatet for disse utfallene var usikkert fordi usikkerhetsangivelsen (konfidensintervallet) for effektestimatene viste at effekten kunne være enten bedre, like bra eller dårligere for de som ble innlagt i en lokal døgnenhet. Vi fant ingen studier som målte dødelighet. Dokumentasjonen

for alle utfall ble vurdert som svært lav, noe som i seg selv gjør at vi vil være svært forsiktige med hensyn til å trekke konklusjoner.

Vil antall innleggelser i sykehus reduseres?

Det var ingen prospektive studier i vårt litteratursøk som undersøkte om bruk av lokale akutte døgnenheter fører til færre innleggelser i sykehus. Vi fant imidlertid både norske og engelske studier med retrospektive data og/eller studier uten kontroll (se ekskluderte studier i vedlegg 2). For eksempel undersøkte fire retrospektive studier (23-26) om eksistensen av lokale akutte døgntilbud påvirket bruk av senger i sykehus. Alle studiene konkluderte med at befolkningen som hadde tilgang til lokale akuttenheter hadde mindre sengeforbruk i sykehus enn den befolkningen som kun hadde tilgang til sykehus. Tidligere har lokale enheter gjerne ligget på landsbygda, mens sykehusene er mer sentralt plassert. Ettersom man har funnet at avstanden til sykehus forklarer mye av variasjonen i sykehusbruk er det derfor vanskelig å si om det er avstanden til sykehuset som forklarer mindre bruk av sykehuset - for de som hadde tilgang til lokalt tilbud - eller om det kan tilskrives det lokale døgntilbudet (27). Tre av studiene fant dessuten at det totale sengeforbruket gikk opp (24-26), mens den fjerde ikke undersøkte dette. Denne tendensen til at grad av tilgang til helsetjenester styrer bruken av dem, er funnet også i andre studier (28,29). I England har antall akuttinnleggelser i sykehus fortsatt å stige, spesielt for voksne på 75 år og over, til tross for at landet har hatt både lokale døgntilbud og andre tilbud i lokalsamfunnet i mer enn ett tiår (30).

Bli kostnadene mindre?

Vi skulle ikke selv gjøre noen vurderinger av kostnad-nytte i denne oversikten, men vi ønsket å oppsummere resultater fra utfallet kostnader hvis noen studier skulle ha gjort slike beregninger. Ingen av de tre studiene vi inkluderte hadde målt dette utfallet.

Vi er kjent med to kostnadsstudier som på grunnlag av retrospektive data begge konkluderte med at opphold i akutt døgnenhet var forbundet med lavere kostnader enn opphold i sykehus (31,32). Begge studiene tok som utgangspunkt at resultatene av oppholdene ville være like når det gjaldt pasientutfall, uansett om oppholdet hadde vært i lokal enhet eller sykehus. Studiene tok ikke høyde for at totalforbruket av sengeplasser kunne ha blitt høyere. Selv om det virker rimelig at et sykehus med begrenset høyteknologisk utstyr og mindre spesialisert fagpersonell vil være mindre kostnadskrevende, finnes det også studier som har kommet til andre resultater. Coast 1995 konkluderte med at selv om det er mulig å behandle noen pasienter i en setting med lavere intensitet enn sykehus, så er det lite å spare ved å gjøre det (33).

Hvilke diagnoser egner seg for bruk av akutt medisinsk døgntilbud?

Dette spørsmålet inngikk i bestillingen men ettersom det ikke omhandler effektene av innleggelse i kommunal døgnetenhet sammenliknet med sykehusinnleggelse inngår det derfor ikke som en del av den systematiske oversikten.

Vi identifiserte én studie som utviklet og testet kriterier for å definere hva som var hensiktsmessige innleggelser i enheter for lokalt akutt døgntilbud (34). Kriteriene ble utviklet på grunnlag av et annet kjent verktøy for å avgjøre hensiktsmessigheten av sykehusinnleggelser (Appropriateness Evaluation Protocol) og ved bruk av en konsensusprosess. Kriteriene ble testet i en prospektiv undersøkelse av 440 innleggelser i ni akutte døgnplassenheter om hvor ofte kriteriene ble møtt. Disse vurderingene ble så validert ved en klinisk retrospektiv gjennomgang. Forfatterne fant fram til ni kriterier, hvorav minst ett måtte tilfredsstilles for å kvalifisere til innleggelse (det ser ut til at kriteriene gjelder innleggelse i lokal døgnetenhet både fra hjem og fra sykehus):

1. Akutt tilstand (av mindre enn én ukes varighet) som ikke krever sykehusbehandling, men som krever medisinsk undersøkelse og vurdering av sykepleier.
2. Postoperativ innleggelse (mindre enn én uke postoperativt).
3. Rehabilitering for å gjenopprette funksjon.
4. Kritisk forverring i funksjon (i sammenheng med kronisk sykdom) med antagelse om at behandlings- og omsorgsnivået i den akutte døgnetenheten er tilstrekkelig.
5. Terminal omsorg.
6. Akutt forvirring (i mer enn 48 timer, og med foreløpig fysisk diagnose).
7. Behov for å utarbeide en plan for flere undersøkelser.
8. Blodoverføring.
9. Medisinsk avlastning: Pasientens behov (inkluderer vurdering, målt funksjonshemming med Barthel <5, avlastning av omsorgsperson).

I sin gjennomgang av innleggelsene fant forfatterne at 82 % av innleggelsene til de lokale akutte døgnetenhetene tilfredsstilte minst ett av de etablerte kriteriene.

Til sammenligning anbefaler Helsedirektoratet i sin veileder at følgende hovedgrupper av pasienter i prinsippet kan legges inn (6):

- Stabile pasienter med avklart diagnose hvor hovedproblemet er:
 - akutt sykdom som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmennmedisinske metoder

- forverring av kjent kronisk sykdom med behov for justering av behandlingen
- Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.

En rapport fra Deloitte i 2013 (35) gir en kort oversikt over kriterier som faktisk benyttes i norske kommuner for avgjørelser om innleggelse i lokal enhet. En rapport fra Nord-Trøndelag gir noe mer detaljerte kriterier både for pasientgrupper som antas å egne seg og hvilke som antas ikke å egne seg (36). Flere studier beskriver hvilke diagnoser som faktisk har blitt benyttet som grunnlag for innleggelse i døgnettenhet (for eksempel 23,37,38). Legeforeningen presiserer i sin rapport «Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud» at fastlegen i vurderinger av innleggelse først og fremst må ta hensyn til hva som er innholdet i det kommunale døgntjenestetilbudet, men også til hva som er innholdet i øvrige tjenester i kommunen (3). Vi fant ingen studier som ga noen ytterligere detaljert liste over hvilke diagnoser som egner seg.

Noe av bakgrunnen for opprettelsen av kommunalt akutt døgntilbud er ønsket om å redusere såkalt unødvendige sykehusinnleggelser, det vil si unødvendig i betydningen av at pasienten ikke har behov for så intensiv behandling som innleggelse i sykehus gir mulighet for. Denne antagelsen om at en del sykehusinnleggelser skulle være unødvendige stammer fra noen studier som har gjennomgått pasientinnleggelser i ettertid og vurdert om pasientene virkelig hadde behov for intensive sykehustjenester (for eksempel 39,40). Det er imidlertid slik, som noen har påpekt, at selv om en innleggelse kan vise seg å ha vært unødvendig i ettertid, kan pasientens symptomer ved innleggelsestidspunktet ha vært slik at innleggelse virket helt nødvendig (41,42). Hvor mange pasienter som eventuelt legges inn unødvendig i spesialisthelsetjenesten – og som det ifølge denne tankegangen skulle være ønskelig å redusere – er derfor langt fra avklart (41,42,43). Det framgår av de ovenfor nevnte innleggelseskriteriene og litteraturen som vi har henvist til her at det vil være et stort rom for vurderinger når man skal avgjøre om en person egner seg for innleggelse i kommunalt akutt døgntilbud eller i sykehus. Dette kan føre til variasjon mellom leger og mellom kommuner i innleggelsespraksis. Det kan også være en viss risiko for at pasienter som skulle ha vært innlagt i sykehus blir innlagt i kommunalt akutt døgntilbud, og således utgjøre et forsinkende element i behandlingen. For eksempel viste en norske studie av akuttinnleggelser at 17 % av de innlagte pasientene ble sendt videre til sykehus innen to dager (37). Det kan være tilfeldig, men dette tilsvarer i andel omtrent de 18 % av innleggelsene som ble vurdert av den ovenfor nevnte studien til ikke å tilfredsstillende innleggelseskriteriene (34).

Styrker og svakheter

I denne systematiske oversikten har vi fulgt Kunnskapssenterets metodebok for hvordan vi besvarer spørsmål om et tiltaks effekt. Det betyr for eksempel at vi søker etter og oppsummerer forskningslitteratur av en viss kvalitet og at det ikke inngår i vårt mandat å kartlegge hvilke erfaringer som kan ha vært gjort forskjellige steder under innføringen av et bestemt tiltak.

Vi søkte systematisk i flere forskningsdatabaser etter all litteratur som omhandlet temaet for oversikten. Vi begrenset ikke søket verken for type studier, tidsperiode eller språk. Alle faser – valg av referanser, inklusjons- og eksklusjonsbeslutninger, vurderinger av validiteten av resultater og av kvaliteten av dokumentasjonen ble kvalitetssikret ved å benytte to personer. Temaet er imidlertid komplisert og mange forskjellige begrep benyttes for noe av det samme, avhengig av tid, sted og forskningstradisjon. For eksempel er kommunalt akutt døgntilbud et nytt begrep og det var en utfordring å finne tilsvarende engelsk betegnelse. Det betyr at vi kan ha gått glipp av studier fordi de enten ikke benyttet samme termer som de vi benyttet i søkene eller de kan ha vært indeksert med andre emneord enn de vi benyttet.

En systematisk oversikt kan være godt gjennomført men allikevel ha et så begrenset resultat at problemstillingen ikke kan besvares fullt ut. Det er de studiene den identifiserer – og hvor godt de er gjennomført - som bestemmer i hvilken grad problemstillingen kan besvares. Denne oversikten avdekker i så måte store kunnskapshull og bør være et godt utgangspunkt for videre forskning.

Pågående studier

Søkene i International Clinical Trials, WHO: og ClinicalTrials.gov avdekket ingen flere pågående studier enn den vi kjente til: det randomiserte kontrollerte forsøket ved Hallingdal sjukustugu. Fra denne studien vil det komme flere resultater.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin planlegger i samarbeid med Helsedirektoratet et forskningsprosjekt for å undersøke kvaliteten og effektene på pasientstrømmen av det nye kommunale akutte døgntilbudet. De vil samle inn nasjonale data om hvordan døgntilbudet er organisert, hva det inneholder og hvordan pasientstrømmen forløper i akutte døgntilbud. For det sistnevnte kan det være aktuelt å koble mot andre relevante registre. Nærmere informasjon om prosjektet finnes her: <http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=8&description=0&project=2672>.

I PROSPERO, database som registrerer alle protokoller for systematiske oversikter som er under arbeid, fant vi følgende protokoll:

Laura Dransfield, Andrew Clegg, John Young, Elizabeth Teale, Gary Slegg. Does community hospital based intermediate care improve outcomes for older people? A systematic review and meta-analysis. PROSPERO 2013:CRD42013006743 Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013006743: “The objective of this systematic review and meta-analysis is to assess the effectiveness of community hospitals as a model of intermediate care. “

Konklusjon

Dokumentasjon av lav kvalitet åpner for at pasienter som blir innlagt i lokal akutt døgnerhet muligens er litt mer tilfredse med oppholdet enn de som blir innlagt i sykehus. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for å avgjøre om det også kunne være forskjeller i utfall som fysisk funksjon, livskvalitet, andre pasientutfall eller antall reinnleggelser var imidlertid ikke tilstrekkelig. Vi identifiserte ingen studier i samsvar med våre inklusjonskriterier, som målte om det var forskjeller i kostnader eller om det ble færre antall innleggelser i sykehus ved bruk av lokal akutt døgnerplass. Heller ikke identifiserte vi studier som sammenlignet større døgnerheter med mindre døgnerheter.

Behov for videre forskning

For å besvare spørsmålet om hvorvidt innleggelse i kommunalt akutt døgner tilbud er dårligere, like godt eller bedre enn innleggelse i sykehus når det gjelder pasientutfall og kostnader, trenger vi randomiserte kontrollerte forsøk med mange nok deltagere til å kunne påvise en klinisk viktig effekt. I tilfeller der det dreier seg om enheter med få pasienter kan det være aktuelt med multisenterstudier. Det beste designet rent prinsipielt vil være forsøk som er designet for å kunne teste om resultatene er ekvivalente eller ikke-underlegne (non-inferior), men slike design krever flere deltagere enn tradisjonelle randomiserte kontrollerte forsøk. For å besvare spørsmålet om kommunale akutte døgner tilbud fører til færre innleggelser i sykehus, trenger man prospektive studier som sammenligner antall innleggelser i sykehus i et område som har tilgang til både lokalt akutt døgner tilbud og sykehus med ett område der befolkningen kun har tilgang til sykehus, korrigert for avstand. En slik studie bør gjennomføres flere steder for at vi skal kunne trekke sikrere konklusjoner.

Alternativt kan vi også ha nytte av avbrutte tidsserieanalyser. Dette er sannsynligvis det beste designet for å evaluere effekten av etableringen av akutte døgnerheter i Norge, siden det allerede er vedtatt å innføre dette tilbudet. I så fall haster det med å begynne med innhenting av før-data.

Referanser

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. St.meld. nr 16 (2010-2011. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
3. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud: rapport fra Den norske legeforening og KS. Oslo: Den norske legeforening, KS, 2014.
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 24. juni 2011 nr. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
5. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) 24.06.2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
6. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: veiledningsmaterieell. Revidert 02/2014. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
7. Prop. 91L (2010-2011): proposisjon til Stortinget (forslag til vedtak): lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731> (28.1.2014)
8. Innst. 424 L (2010-2011): innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgskomiteen, 2011. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/1/> (28.1.2014).
9. Gillam S: Rising hospital admissions. BMJ 2010, 340:275-276.
10. Heaney D, Black C, O'Donnell CA, Stark C, van TE. Community hospitals – the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review. BMC Public Health 2006;6:309–20.
11. NHS. Our health, our care, our say: a new direction for community services https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272238/6737.pdf (16.9.2014)
12. <http://www.bbc.com/news/health-27631081> (16.9.2014)
13. How to prepare a risk of bias table for reviews that include more than one study design: <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/15%20How%20to%20prepare%20a%20risk%20of%20bias%20table%202013%2008%2012.pdf> (25.9.2014)

14. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Social Science & Medicine* 2014;119:27-35.
15. Boston NK, Boynton PM, Hood S. An inner city GP unit versus conventional care for elderly patients: prospective comparison of health functioning, use of services and patient satisfaction. *Fam Pract* 2001;18(2):141-148.
16. Round A, Crabb T, Buckingham K, Mejnzer R, Pearce V, Ayres R, et al. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. *Fam Pract* 2004;21(2):173-179.
17. Konnyu KJ, Kwok E, Skidmore B, Moher D. The effectiveness and safety of emergency department short stay units: a rapid review. *Open Medicine* 2012;6:e10.
18. Scott I, Vaughan L, Bell D. Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International journal for Quality in Health Care* 2009;21:397-407.
19. Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD002097. DOI: 10.1002/14651858.CD002097.pub3.
20. Oliver D. Preventing hospital admission: we need evidence based policy rather than “policy based evidence». *BMJ* 2014;349:g5538 doi: 10.1136/bmj.g5538.
21. EllisG, WhiteheadMA, O’NeillD, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD006211. DOI: 0.1002/14651858.CD006211.pub2.
22. Deloitte. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Undersøkelsen er gjennomført av Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oslo: Deloitte, 2014.
<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/Documents/Undersøkelse%20om%20kommunalt%20øyeblikkelig%20hjelp%20døgnopphold%20-%20Deloitte.pdf> (4.11.2014)
23. Aaraas I, Forde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:243-246.
24. Baker JE, Goldacre M, Gray MJA. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 1986, 40, 117-20.
25. Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? *J R Soc Med* 1996;89:681-687.
26. Stark C, Oliver K, Hopkins P. Effect of general practitioner hospitals on district general hospital bed use in the Highlands of Scotland. *Health Bulletin* 2000;59:385-389.
27. Cook PJ, Porter L. Community hospitals and district general hospital medical bed use by elderly people: a study of 342 general practitioner beds in Oxfordshire. *Age and Ageing* 1998;27:357-361.

28. Kirkup B, Forster D. How will health needs be measured in districts? Implications of variations in hospital use. *Journal of Public Health Medicine* 1990;12:45-50.
29. Feldstein MS. Effects of differences in hospital bed scarcity on type of use. *Brit Med J* 1964;2:562-65.
30. Woodford HJ, George J. Intermediate care for older people in the UK. *Clinical Medicine* 2010;10:119-23.
31. Aaraas I, Søråsdekkkan H, Kristiansen IS. Are general practitioner hospitals cost-saving: evidence from a rural area of Norway. *Family Practice* 1997;14:397-402.
32. Roijen LH, van Charante EPM, Bindels PJE, Yzermans CJ, Rutten FFH. A cost study of a general practitioner hospital in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2004;10:45-9.
33. Coast J, Inglis A, Morgan K, Gray S, Kammerling M, Frankel S. The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:194-199.
34. Donald IP, Jay T, Linsell J, Foy C. Defining the appropriate use of community hospital beds. *British Journal of General Practice* 2001;51:95-100.
35. Baaske M, Bringedal KH, Halvorsen HE, Torgersen H. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud: kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. KS FoU-prosjekt nr 134018. Oslo: Deloitte AS, 2013.
36. Rapport om rammebetingelser for utvikling av kommunalt akutt døgntilbud (KAD): mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF. Rapport til administrativt samarbeidsutvalg i Nord-Trøndelag, 2014.
37. Lappégard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scand J Public Health* 2012;40:309. DOI: 10.1177/1403494812450372.
38. Tomlinson J, Raymond NT, Field D, Botha JL. Use of general practitioner beds in Leicestershire community hospitals. *Br J Gen Pract* 1995;45:399-403.
39. Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell, R, Wang M, Lee M, Herbst M, Lee D, Sur D, Rubenstein L. Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. *J Am Ger Soc* 2000;48(2):154-163.
40. Walker J, Teare G, Hogan D, Lewis S, Maxwell CJ. Identifying potentially avoidable hospital admissions from Canadian long-term care facilities. *Med Care* 2009;47:250-254.
41. Garåsen H. Unødvendige innleggelser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012;132:385.
42. Heiberg I, Magnus T. Medisinsk øyeblikkelig hjelp i Helse Nord i et samhandlingsperspektiv. *Utposten* 2013;7:6-9.
43. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2005; 125: 2355-7.

Vedlegg 1

Utfordringer ved oversettelse av kommunal akutt døgnplass til en

I den versjonen av rapporten som gikk til eksterne fagfeller hadde vi oversatt kommunal akutt døgnplass med ‘community hospital’, noe som én av fagfellene mente ikke var dekkende, blant annet fordi det i Norge kan dreie seg om svært begrensede enheter/sengeplasstilbud. Denne fagfellekommentaren sendte meg ut på en flere dagers ‘reise’ og hovedpunktene refereres nedenfor – hva jeg kom fram til står til slutt.

En alternativ oversettelse kunne være ‘intermediate care’. Spørsmålet er imidlertid om intermediate care-begrepet er mer dekkende enn ‘community hospital’ ettersom det også omfatter bl.a. hjemmebehandling og utskriving fra sykehus til en annen enhet. ‘Community hospital’ kan også for så vidt gjelde utskriving fra sykehus, men i hvert fall ikke hjemmebehandling. I Heaney 2006 listes det opp flere definisjoner av community hospital, deriblant: «The general practitioner community hospital is *one* dominated by a primary care orientation in which patient selection, admission and management are all under the direct supervision of the general practitioner. These hospitals serve a confined geographical locality ...». En annen definisjon starter slik: «Community hospitals are local hospitals...», så fagfellen har rett i at det høres ut som et eller annet sykehus. PubMed definerer community hospitals slik: «Institutions with permanent facilities and organized medical staff which provide *the full range of hospital services* primarily to a neighborhood area.» – her høres det også mer ut som et lokalsykehus. Og i MeSH’s hierarki framtrer det slik:

Health Facilities

Hospitals

Hospitals, Animal

Hospitals, Community

Hospitals, General

Hospitals, Group Practice

Hospitals, High-Volume

Hospitals, Low-Volume

Hospitals, Private

.

I Engelsk helsevesen ser intermediate care ut til å fungere som et overordnet begrep, der community hospital inngår som et av de underordnede, hvis man tenker på dette som et begrepshierarki. Dette framgår imidlertid ikke av PubMed-MeSH (se over og nedenfor), men det kan skyldes at begreper som etter hvert utvikler seg i almen bruk tas inn i MeSH mer som lapping på systemet enn at 'virkelighetens kunnskapsunivers' skal gjenspeiles. I artikkelen 'Intermediate care for older people in the UK', (Woodford 2010) som forteller om hvilke tilbud som **virkelig** finnes (og der community hospital nettopp framtrer som et alternativ til 'standard hospitals'), ser vi nemlig følgende begrepshierarki:

Intermediate care

- Admission avoidance
 - Hospital at home
 - Case management
 - Paramedic assessment service
- Early discharge schemes
 - Hospital at home
- Alternatives to standard hospital wards
 - Nurse-led units
 - Community hospital
 - Care homes

Ser vi derimot i PubMed har de begrepet 'Intermediate care facilities': «Institutions which provide health-related care and services to individuals who do not require the degree of care which hospitals or skilled nursing facilities provide, but because of their physical or mental condition require care and services above the level of room and board.» Selv om definisjonen kan passe for små enheter i Norge som fagfellen henviser til, ser vi av termens plassering i hierarkiet (som innebærer at tilbudet/fasiliteten er en type sykehjemstjeneste og dermed at målgruppen vil være de sykeste eldre) at heller ikke intermediate care facilities passer helt. Begrepet vil ikke passe for de KAD'ene som **ikke** er lagt til sykehjem og heller ikke for målgruppen for KAD som ikke er knyttet til alder.

Health Facilities

- Residential Facilities
 - Nursing Homes
 - Intermediate Care Facilities

Screeener man noen referansetitler i PubMed som kommer opp ved søk på intermediate care facilities er det mange sammenstillinger med 'geriatric'. Dette støtter at termen oppfattes som å betegne et tilbud først og fremst for eldre.

I en publikasjon fra the King's Fund 2002 «Developing Intermediate Care» framgår det at opprinnelig ble begrepet brukt om en tjeneste/enhet der pasienter kunne skrives ut fra sykehus for å lette overgang til hjemmet og ikke ta opp sengeplasser i sykehuset, men begrepet har blitt utvidet. Status i 2002:

«There is no single definition of intermediate care. Intermediate care preserves independence and is patient centred. It prevents unnecessarily prolonged hospital stays or inappropriate admission to hospital or residential care. It is based on comprehensive assessment (i dette ligger bl.a. at det skal utarbeides en individuell plan for hver pasient) and is delivered by a combination of existing services. Intermediate care does not exclude older people from mainstream services, nor is it indeterminate in duration or solely the responsibility of one service.» De nevner en rekke tjenester/enheter som inngår i begrepet intermediate care (men begrepet ser ut til å være helt eksplisitt rettet mot eldre, mens det i Norge for KAD er benyttet en mye mer generell målsetting, dvs at **personer** som har et påtrengende behov for hjelp skal få det – selv om det i praksis er eldre pasienter som utgjør hovedgruppen også i Norge). En mulig variant av begrepet 'intermediate' som kunne passet for å beskrive KAD er «Residential intermediate care» men dette kan være: Community hospitals, nurse-led units, residential rehabilitation units, nursing homes or sheltered housing. Så da tenker jeg at vi ikke kan snakke om intermediate care – for det har alt for mange betydninger, det må spesifiseres – og det som da ligner mest av disse ser ut til å være community hospitals.

De tre studiene vi fant – hvilket begrep brukte de?: Lappegard bruker 'community hospital' om Hallingdal sjukestugu (dvs. denne sykestuen er altså stor nok), Boston 2001 bruker 'GP unit' – det har jeg forstått er et heller foreldet begrep, og Round 2004 bruker 'community hospital'.

Så av ovenstående grunner visste jeg fortsatt ikke hva som er best å oversette KAD med. Local/municipal emergency overnight facilities kunne jeg tenkt meg, men det er det ifølge mine undersøkelser ingenting som heter. Fra artikkelen nedenfor framgår det at «Intermediate care services» også er et begrep, men ser igjen ut til å være spesielt rettet mot eldre, pluss at det kan gjelde flere typer tjenester:

Kilgore C. Why intermediate care services need to be refreshed. Nurs Older People. 2014 Apr;26(3):16-20. doi: 10.7748/nop2014.03.26.3.16.e570.:

“Intermediate care services are **usually intended for frail, older people** and those with complex needs. Their aims are to avoid unnecessary hospital admission, help people regain independence after a hospital stay and prevent premature admission to long-term care. Services are time limited and delivered in patients' own homes, community hospitals and sometimes nursing homes. But, as Louise Hunt reports, the second national audit of intermediate care, published late last year, found capacity in England is just half of what is needed. There is also significant variation between localities in capacity outside hospital and in the balance of bed-based,

home-based and re-enablement services. Two case studies are presented of intermediate care services where nurses play an important role in achieving positive outcomes for patients and saving the health service money.”

Fra denne publikasjonen nøstet jeg meg fram til «National audit of intermediate care. Report 2013:

<http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/CubeCore/.uploads/icsurvey/NAIC%202013/NAICNationalReport2013.pdf>

I denne publikasjonen benyttes begrepet “bed based intermediate care services/units” (men fokuset for intermediate care er altså eldre mennesker - så ikke helt heldig i norsk sammenheng, men det var det nærmeste jeg kom). Bed-based intermediate care services/units kan ifølge denne publikasjonen være:

- Community hospitals
- Standalone intermediate care facilities
- Nursing homes
- Acute trusts
- Independent sector facilities
- Local Authority facilities
- Residential care homes
- Other locations

For å kvalitetssikre denne oversettelsen sendte jeg den til de som jobber med KAD i Helsedirektoratet og spurte om de hadde noen formening om hvordan KAD kunne oversettes og om de syntes at bed-based intermediate care services var et godt forslag. Jeg fikk da tilbake en referanse til en OECD-rapport om Norges helsevesen der de bruker begrepene «supplemented primary care units» og «municipal emergency beds», nærmere bestemt i kapitlet: «Shifting care away from the hospital sector and toward primary care settings in Norway» http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014/shifting-care-away-from-the-hospital-sector-and-toward-primary-care-settings-in-norway_9789264208469-7-en;jsessionid=437bkvs3b1bgb.x-oecd-live-02.

Et raskt søk i PubMed på disse to frasene viser at heller ikke dette er etablerte begreper, men på den annen side, begrepet kommunale akutte døgnplasser er også nytt i Norge. Konklusjonen på oversettelse av KAD ble derfor: «supplemented primary care units» og «municipal emergency beds». Jeg vil bruke den første betegnelsen generelt (for å ikke bli for spesifikk i forhold til hvilke studier vi inkluderer) og den andre som en nærmere presisering av hva dette er i Norge.

Vedlegg 2

Søkestrategi

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) 1946 to Present

Dato for søk: 04.03.2014

Antall treff: 4086

#	Searches	Results
1	general hospitals/	10454
2	Hospitals, Community/	10118
3	Hospitals, Group Practice/	466
4	((community or district or neighborhood) adj hospital*).ti,ab.	13073
5	2 or 3 or 4	19653
6	exp Primary Health Care/	76893
7	(primary adj2 care).ti,ab.	82613
8	General Practitioners/	1747
9	(general adj practic*).ti,ab.	31681
10	(acute or urgent or emergenc* or intermediate).ti,ab.	1224169
11	6 or 7 or 8 or 9 or 10	1362324
12	1 and 5	362
13	5 and 11	3923
14	acute outpatient clinic*.ti,ab.	1
15	cottage hospital*.ti,ab.	90
16	((general adj practitioner*) or GP* or family practi* or (primary adj2 care)) adj2 (hospital* or bed or beds).ti,ab.	2533
17	intermediate care facilities/	619
18	(communit* adj1 (acute or urgent)).ti,ab.	242
19	(intermediate adj (care or unit* or department*)).ti,ab.	1069
20	integrated care.ti,ab.	1660
21	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20	9972
22	exp Hospitalization/	154819
23	"Referral and Consultation"/	50432
24	Patient selection/	52614
25	(admission* or admit* or hospitali* or refer* or utili* or select*).ti,ab.	980618
26	22 or 23 or 24 or 25	1085294

27	21 and 26	4086
----	-----------	------

Database: Embase 1974 to 2014 March 03

Dato for søk: 04.03.2014

Antall treff: 4136

#	Searches	Results
1	general hospital/	21997
2	community hospital/	11999
3	((community or district or neighborhood) adj hospital*).ti,ab.	17131
4	2 or 3	22909
5	exp primary health care/	107113
6	(primary adj2 care).ti,ab.	106960
7	general practitioner/	62125
8	(general adj practic*).ti,ab.	40288
9	(acute or urgent or emergenc* or intermediate).ti,ab.	1612568
10	5 or 6 or 7 or 8 or 9	1812755
11	1 and 4	546
12	4 and 10	4956
13	acute outpatient clinic*.ti,ab.	0
14	cottage hospital*.ti,ab.	95
15	((general adj practitioner* or GP* or family practi* or (primary adj2 care)) adj2 (hospital* or bed or beds)).ti,ab.	3428
16	(communit* adj1 (acute or urgent)).ti,ab.	339
17	(intermediate adj (care or unit* or department*)).ti,ab.	1453
18	integrated care.ti,ab.	2254
19	11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	12704
20	exp hospitalization/	212896
21	patient referral/	67142
22	hospital bed utilization/ or hospital utilization/	4076
23	Patient selection/	68131
24	(admission* or admit* or hospitali* or referr* or utili* or select*).ti,ab.	1357936
25	20 or 21 or 22 or 23 or 24	1494830
26	19 and 25	5334
27	limit 26 to embase	4136

Database: Cinahl

Dato for søk: 04.03.2014

Antall treff: 247

#	Query	Results
S26	S18 AND S23 (Limiters: exclude MEDLINE records)	247
S25	S18 AND S23	974
S24	S19 OR S20 OR S21 OR S22	123,176
S23	TI (admission* or admit* hospitali* or referr* or utili* or select*) OR AB (admission* or admit* hospitali* or referr* or utili* or select*)	100,525
S22	(MH "Patient Selection")	10,128
S21	(MH "Referral and Consultation")	16,027
S20	(MH "Patient Admission")	7,272
S19	(MH "Hospitalization")	12,031
S18	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	3,809
S17	TI integrated Wo care OR AB integrated Wo care	1,062
S16	TI (community W1 (acute or urgent)) OR AB (community W1 (acute or urgent))	72
S15	TI (intermediate Wo (care or unit* or departement*)) OR AB (intermediate Wo (care or unit* or departement*))	532
S14	TI ((((general Wo practitioner* or GP* or family practi* or (primary W2 care)) N2 (hospital* or bed or beds))) OR AB ((((general Wo practitioner* or GP* or family practi* or (primary W2 care)) N2 (hospital* or bed or beds)))	894
S13	TI cottage Wo hospital* OR AB cottage Wo hospital*	13
S12	TI acute Wo outpatient Wo clinic* OR AB acute Wo outpatient Wo clinic*	0
S11	S4 AND S9	1,076
S10	S1 AND S4	288
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	180,564
S8	TI (acute or urgent or emergenc* or intermediate) OR AB (acute or urgent or emergenc* or intermediate)	134,322
S7	TI general Wo practic* OR AB general Wo practic*	5,678
S6	TI primary W2 care OR AB primary W2 care	32,046
S5	(MH "Primary Health Care")	28,925
S4	S2 OR S3	5,016
S3	TI (((community or district or neighborhood) Wo (hospital*))) OR AB (((community or district or neighborhood) Wo (hospital*)))	3,080
S2	(MH "Hospitals, Community")	3,094
S1	(MH "Hospitals")	31,800

Database: Web of Knowledge

Dato for søk: 06.03.2014

Antall treff: 2679

# 9	#8 OR #3	2,679
# 8	#7 AND #2	900
# 7	#6 OR #5 OR #4	3,275
# 6	TOPIC: ((<i>primary NEAR/2 care</i>) NEAR/2 (<i>hospital* or bed or beds</i>))	1,649
# 5	TOPIC: ((<i>general NEAR/0 practi*</i>) NEAR/2 (<i>hospital* or bed or beds</i>))	1,337
# 4	TOPIC: ((<i>GP or GPs</i>) NEAR/2 (<i>hospital* or bed or beds</i>))	439
# 3	#2 AND #1	1,805
# 2	TS=(admit* or admission* or hospitali*)	278,791
# 1	TOPIC: (((<i>community or district or neighborhood</i>) NEAR/0 <i>hospital*</i>))	8,870

Vedlegg 3

Ekskluderte studier

Referanse	Grunn for eksklusjon
Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. <i>Scand J Prim Health Care</i> 1995;13:250-6.	Formålet var å besvare spørsmålene: Are GPH beds used for short-term care of medical conditions or as a supplement for long-term geriatric care? What would be the alternatives to stays in these beds? Ingen av disse to spørsmålene var innenfor vår problemstilling.
Aaraas I, Forde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. <i>J Epidemiol Community Health</i> 1998;52(4):243-246.	Retrospektive data, dvs. ikke definert for innhenting til undersøkelsen, hentet fra sykehusenes register.
Aaraas I, Fylkesnes K, Forde OH. GPs' motives for referrals to general hospitals: does access to GP hospital beds make any difference? <i>Fam Pract</i> 1998;15(3):252-258.	Kvalitativ studie.
Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D. [The cottage hospital model, a key to better cooperation in health care--let the cottage hospital survive!]. <i>Tidsskr Nor Laegeforen</i> 2000;120(6):702-705.	Deskriptiv.
Aaraas I, Melbye H, Eriksen BO, Irtun O. Is the general practitioner hospital a potential "patient trap"? A panel study of emergency cases transferred to higher level hospitals. <i>Scand J Prim Health Care</i> 1998;16(2):76-80.	Tilfredsstillende ikke noen av kriteriene for problemstilling (intervensjon) eller design.
Aaraas I, Sorasdekkkan H, Kristiansen IS. Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway. <i>Fam Pract</i> 1997;14(5):397-402.	Retrospektiv data-innhenting.

Alter DA, Austin PC, Tu JV, Canadian Cardiovascular Outcomes Research T. Community factors, hospital characteristics and inter-regional outcome variations following acute myocardial infarction in Canada. <i>Can J Cardiol</i> 2005;21(3):247-255.	Ikke relevant problemstilling.
Alzahrani K, Gandhi R, Davis A, Mahomed N. In-hospital mortality following hip fracture care in southern Ontario. <i>Can J Surg</i> 2010;53(5):294-298.	«Community hospitals» i betydningen lokalsykehus.
Armstrong N, Baines D, Baker R, Crossman R, Davies M, Hardy A, et al. A cluster randomized controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of intermediate care clinics for diabetes (ICCD): study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> [Internet]. 2012; 13:[164 p.].	Dagtilbud.
Baker JE, Goldacre M, Gray JA. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services. <i>J Epidemiol Community Health</i> 1986;40(2):117-120.	Retrospektiv, data hentet fra et allerede eksisterende register.
Byrick RJ, Mazer CD, Caskennette GM. Closure of an intermediate care unit. Impact on critical care utilization. <i>Chest</i> 1993;104(3):876-881.	Ingen kontroll, innenfor sykehus.
Carek PJ, Boggan H, Mainous AG, Geesey ME, Dickerson L, Laird S. Inpatient care in a community hospital: comparing length of stay and costs among teaching, hospitalist and community services. <i>Fam Med</i> 2008;40:119-24.	Retrospektiv kohortstudie, annen sammenligning.
Collins BK, Borders TF. Utilization of hospital services among older rural persons: a comparison of critical access hospitals and community hospitals. <i>J Health Hum Serv Adm</i> 2005;28(1):135-152.	Data fra en spørreundersøkelse og retrospektive administrative data.
Colprim D, Martin R, Parer M, Prieto J, Espinosa L, Inzitari M. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. <i>J Am Med Dir Assoc</i> 2013;14(4):300-302.	Retrospektivt innhentede data: Data fra 'available clinical and administrative data from the hospital's information system.
Cook PJ, Porter L. Community hospitals and district general hospital medical bed use by elderly people: A study of 342 general practitioner beds in Oxfordshire. <i>Age Ageing</i> 1998;27(3):357-361.	Retrospektivt innhentede data: Hentet data fra 'the district patient information system' 1990/91, studien er fra 1998.
Farrell RG. Use of an observation ward in a community hospital. <i>Ann Emerg Med</i> 1982;11(7):353-357.	Retrospektiv studie (s. 353). Observasjonspost i et lokalsykehus = annen sammenligning

Garasen H, Magnussen J, Windspoll R, Johnsen R. [Elderly patients in hospital or in an intermediate nursing home department--cost analysis]. Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128(3):283-285.	Omhandler overføring til 'intermediate care etter sykehusinnleggelse og igangsatt behandling.
Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health 2007;7:68.	Omhandler overføring til 'intermediate care etter sykehusinnleggelse og igangsatt behandling.
Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. Scand J Public Health 2008;36(2):197-204.	Omhandler overføring til 'intermediate care etter sykehusinnleggelse og igangsatt behandling.
Green J, Young J, Forster A et al. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomized controlled trial. BMJ 2005;331:317-322.	«Post-acute care»
Harris G. The context and content of community hospital admissions. J R Coll Gen Pract 1986;36:363-365.	Retrospektivt innhentede data.
Health Quality O. Specialized community-based care: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser 2012;12(20):1-60.	Ikke akutt-innleggelse.
Hermansen Å, Grødem AS. Organisert for samhandling? forskning nr 4, 2013; 8: 354-361 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0141.	Retrospektiv registerstudie, dessuten opptatt av korttidsplasser etter utskrivning.
Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? J R Soc Med 1996;89(12):681-687.	Retrospektivt innhentede data.
Kernick DP, Davies SE. The community hospital: a three-year study. Br Med J 1976;2:1243-1245.	Retrospektive data. Sier noe om diagnose ved innleggelse.
de la Ossa NP, Millan M, Arenillas JF, Sanchez-Ojanguren J, Palomeras E, Dorado L, et al. Influence of direct admission to Comprehensive Stroke Centers on the outcome of acute stroke patients treated with intravenous thrombolysis. J Neurol 2009;256(8):1270-1276.	Sammenligner innleggelse av slagpasienter direkte til et slagsenter med innleggelse i et community hospital først.
Langfeldt E, Aaraas I. Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:695-9.	«Denne undersøkelsen bygger retrospektivt på kvartalsrapportene» = <u>ingen sammenligning</u>
Lappégard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. Scand J Public Health 2012;40:309. DOI:	Deskriptiv studie over aktiviteter ved Hallingdal sjukustugu.

10.1177/1403494812450372.	
Lappegard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. Lappegard and Hjortdahl <i>BMC Family Practice</i> 2013, 14:87.	Deskriptiv studie.
O'Reilly J, Lowson K, Green J, Young JB, Forster A. Post-acute care for older people in community hospitals - a cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controlled trial. <i>Age and Ageing</i> 2008; 37: 513–520.	Post-acute care, annen problemstilling
Rasmussen JH, Gjørup T. [Can admission of acutely ill internal medicine patients to an intermediate care unit replace hospital admission?]. <i>Ugeskr Laeger</i> 2003;165(48):4640-4645.	Ingen kontroll.
Regen E, Martin G, Glasby J, Hewitt G, Nancarrow S, Parker H. Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. <i>Health and Social Care in the Community</i> 2008;16:629-37.	Deskriptiv studie.
Roijen LH, van Charante EPM, Bindels PJE, Yzermans CJ, Rutten FFH. A cost study of a general practitioner hospital in the Netherlands. <i>Eur J Gen Pract</i> 2004;10:45-9.	Kostnadsanalyser
Rumsfeld JS, Magid DJ, Peterson ED, Plomondon ME, Petersen LA, Grunwald GK, et al. Outcomes after acute coronary syndrome admission to primary versus tertiary Veterans Affairs medical centers: the Veterans Affairs Access to Cardiology study. <i>Am Heart J</i> 2006;151(1):32-38.	Ikke relevant sammenligning.
Rogers P1, Ward L, Salisbury C, Purdy S. Does a general practitioner support unit reduce admissions following medical referrals from general practitioners? <i>Qual Prim Care</i> . 2011;19(1):23-33.	Før og etter uten kontroll.
Rudy EB, Daly BJ, Douglas S, Montenegro HD, song R, Dyer MA. Patient outcomes for the chronically critically ill: special care unit versus intensive care unit. <i>Nursing Research</i> 1995;44:324-331.	Pasientene ble rekruttert etter å ha ligget noen dager på sykehuset, så dette er egentlig en 'step-down'-intervensjon (som Garåsen)
Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. <i>Journal of Health Services & Research Policy</i> 2007;12(2):110-117.	Community hospitals ikke nevnt som tiltak.
Smith JW, O'Donovan JB, Hoyle G, Clegg DF, Khalid T. Comparative study of district and community hospitals. <i>Br Med J</i> 1973;2(5864):471-474.	Deskriptiv studie av et KAD-lignende tiltak og to sykehus.
Solberg BC, Dirksen CD, Nieman FH, van Merode G, Poeze M, Ramsay G. Changes in hospital costs after introducing an intermediate care unit: a comparative observational study. <i>Crit Care</i> 2008;12(3):R68.	Intermediate care i sykehus.

Stark C, Oliver K, Hopkins P. Effect of general practitioner hospitals on district general hospital bed use in the Highlands of Scotland. <i>Health Bull (Edinb)</i> . 2000;58:385-9.	Retrospektiv.
Tang EW, Wong CK, Herbison P. Community hospital versus tertiary hospital comparison in the treatment and outcome of patients with acute coronary syndrome: a New Zealand experience. <i>N Z Med J</i> 2006;119(1238):U2078.	“retrospective registry study”
Tomlinson J, Raymond NT, Field D, Botha JL. Use of general practitioner beds in Leicestershire community hospitals. <i>Br J Gen Pract</i> 1995;45:399-403.	Ingen sammenligningsgruppe.
Tosteson AN, Goldman L, Udvarhelyi IS, Lee TH. Cost-effectiveness of a coronary care unit versus an intermediate care unit for emergency department patients with chest pain. <i>Circulation</i> 1996;94(2):143-150.	Annen problemstilling.
Treasure RAR, Davies JAJ. Contribution of a general practitioner hospital: a further study. <i>Br Med J</i> 1990;300:644-6.	Annen sammenligning.
Wong CK, Tang EW, Herbison P. Survival over 5 years in the initial hospital survivors with acute coronary syndrome: A comparison between a community hospital and a tertiary hospital in New Zealand. <i>N Z Med J</i> 1261;120(1261).	“...we retrospectively studied consecutive patients with ACS admitted into the coronary care units ...”
Wilkinson BR. General-practitioner hospital beds: report on a general-practitioner bed unit. <i>Br Med J</i> 1968;1(5589):436-438.	Deskriptiv.
Young JB, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, et al. A whole system study of intermediate care services for older people. <i>Age Ageing</i> 2005;34(6):577-583.	“We therefore report a controlled clinical trial that examines the concept of a home-based recuperation and rehabilitation policy for older people in respect of a newly introduced IC service in a metropolitan city in England.”

Vedlegg 4

Risk of bias tables and included studies

Lappegard 2014 (17)

Description	
Where the study was conducted	Hallingdal sjukustugu (community hospital) and Ringerike hospital, Norway, 2010-2013.
Design	Randomised controlled trial
Population and number of participants	Patients deemed by GPs in need for acute treatment: 33 randomly allocated to Hallingdal sjukustugu and 27 to Ringerike hospital.
Intervention	Admission to community hospital, Hallingdal sjukustugu.
Comparison	Admission to Ringerike hospital.
Outcome and follow-up	Unclear when outcome was measured after admission. Outcome: Patient satisfaction.

Risk of bias		
Item	Judgment	Description
Adequate sequence generation?	Yes	In the article it was stated: "... the patients were asked to be part of a randomization procedure with admission to either HSS (group A) or RS (group B)". Contact with the author confirmed random sequence generation by an independent person using a computer.
Allocation concealment?	Yes	No description in article, but contact with the author confirms that the allocation was done by drawing a sealed, opaque envelope with the allocation decision.
Blinding?	No	Not possible
Incomplete outcome data addressed?	Yes	Response rate: 82%, same number lost in both groups
Free of selective reporting?	No reason to suspect	
Free of other bias?	Yes	
Baseline outcomes similar?	Not relevant	
Free of contamination?	Yes	
Baseline characteristics similar?	Yes	

Low risk of bias for one or more key domains

Boston 2001 (18)

Description	
Setting	Phoenix ward GP unit, St Charles Community Hospital in inner London, 1998-1999.
Design	Observational study
Population and number of participants	«patients requiring respite care, rehabilitation, convalescence and non-acute treatment or investigation and who were not suffering from dementia or a psychiatric illness»
Intervention	Admission to community hospital
Comparison	Admission to Ringerike hospital
Outcome and follow-up	Patients interviewed after 5-8 days of admission, 1 month and 3 months after admission. Outcomes were patient satisfaction and mental and physical function (SF-12).

Risk of bias		
Item	Judgment	Description
Adequate sequence generation?	No	"...prospective non-randomized comparative study"
Allocation concealment?	No	
Blinding?	No	Not possible
Incomplete outcome data addressed?	Yes	No loss of data reported
Free of selective reporting?	No reason to suspect	
Free of other bias?	Unclear	
Baseline outcomes similar?	Unclear	Possibly lower score on the Mental Component Summary scale
Free of contamination?	Yes	
Baseline characteristics similar?	Unclear	Possibly less breathing difficulties including asthma and possibly differences in ethnicity and sex

High risk of bias for one or more key domains

Round 2004 (19)

Description	
Setting	"Patients in the DGH were recruited from the urban catchment area of the Royal Devon & Exeter Hospital NHS Trust. No CH is available for this population. CH patients were recruited from five East Devon CHs in the rural catchment area of the same DGH.", 1999 - 2000, England
Design	Observational study
Population and number of participants	"We studied patients aged ≥ 70 years, requiring acute hospital care and admitted to a CH or DGH..."
Intervention	Admission to community hospital
Comparison	Admission to district general hospital
Outcome and follow-up	«The primary outcome measure was change in quality of

	life (SF-36 and EuroQol) 6 months after the date of admission. [...] Secondary outcome measures were mortality within 6 months, numbers of readmissions, length of stay and place of residence at 6 months.
--	---

Risk of bias		
Item	Judgment	Description
Adequate sequence generation?	No	"...prospective cohort study"
Allocation concealment?	No	
Blinding?	No	Not possible
Incomplete outcome data addressed?	Lost 34% in CH group and 31% in DCH group	Accounted for, but not taken into account in the analysis
Free of selective reporting?	No reason to suspect	
Free of other bias?	Unclear	
Baseline outcomes similar?	Unclear	Possibly somewhat lower score for SF and EuroQol for the CH group
Free of contamination?	Yes	
Baseline characteristics similar?	No (somewhat older and more women in CH group)	

High risk of bias for one or more key domains

Vedlegg 5

Begrepsforklaringer

Randomiserte, kontrollerte studier

Et eksperimentelt forsøk der deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til tiltaks- og kontrollgruppe.

Andre kvantitative studier kan være:

Kvasi-randomiserte kontrollerte studier

En type inndeling i grupper som ikke er en 100 % tilfeldig fordeling, f.eks. fordeling ved hjelp av annen hver, fødselsdag eller ukedag/dag i måneden. Kvasirandomisering kan se tilfeldig ut, men fordelingen er forutsigbar og det er mulig å manipulere hvem som fordeles til hvilken gruppe.

Kohortstudier

Studie av en gruppe mennesker (kohorte) over tid der man kan identifisere subgrupper av personer som er, har vært eller kan bli eksponert for én eller flere faktorer som hypotetisk vil påvirke sannsynlighet for sykdom eller andre utfall.

Kontrollerte før og etter studier

Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.

Avbrutte tidsserier (interrupted time series)

Et forskningsdesign hvor det samles inn data og/eller observeres ved flere (helst mange men minst tre) tidspunkt før og etter en intervensjon («avbrudd»). Slik søker man å beregne effekten av et tiltak og samtidig estimere den underliggende tidstrenden.