

Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11-2011

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Pasienthotell i Norge fremstiller seg som et tilbud til sykehuspasienter som ikke trenger 24 timers medisinsk tilsyn eller som et pusterom i sykdomsforløpet. Et pasienthotell kan tilby pasienter nærhet til kompetanse og behandling hvis det blir nødvendig, samtidig som sykehusavdelingen frigjør en seng til pasienter med større behov for behandling. Et pasienthotell kan være et egnet overnattingssted til pasienter både før, under og etter et sykehusopphold, men også for pårørende. • I forbindelse med de økonomiske vurderingene i de regionale helseforetakene (RHFene) vil en oppsummering om effekt av pasienthotell kunne bidra til en avklaring om man skal øke investeringene i slike tilbud. Kunnskapssenteret mottok en bestilling fra Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for tjenesteutvikling og samhandling om å oppsummere kunnskap om effekt av pasienthotell. Effektene av pasienthotell skulle måles både for sykehuset, i form av kostnader, men også for pasientene, i form av tilfredshet eller trygghet. I prosjektet skulle pasienthotellene sammenlignes med andre overnattingssteder for pasientene. Prosjektet var ikke avgrenset til studier som *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-408-8 ISSN 1890-1298

nr 11-2011

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) sammenlignet pasienthotell med sykehusopphold, men alle andre overnattingstilbud uten omfattende behandlingstilbud, også opphold i eget hjem. **Funn og konklusjon:** I prosjektet identifiserte vi åtte studier om effekt av pasienthotell. De fleste studiene omfattet pasienter som etter norske forhold antageligvis ikke er aktuelle beboere av pasienthotell, i tillegg omfattet de fleste studiene få pasienter og alle hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell, verken for sykehus eller for pasienter, når pasienter bor på pasienthotell før, under eller etter behandling på en sengepost ved sykehuset.

Tittel	Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter
English title:	Effect of patient hotels for hospitals and patients
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Hilde H. Holte, <i>seniorforsker (prosjektleder)</i> Ingrid Harboe, forskningsbibliotekar, Gunn E. Vist, prosjektansvarlig, seksjonsleder
ISBN	978-82-8121-408-8
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 11–2011
Prosjektnr.	606
Rapporttype	Systematisk kunnskapsoversikt
Antall sider	50 (78 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Helse Sør-Øst RHF
Nøkkelord	Pasienthotell, effekt,
Sitering	Holte HH, Harboe I, Vist GE. Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.

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

Kunnskapssenteret vil takke Katrine B. Frønsdal, Elisabeth Jeppesen, Unni Bente Eide og Helene Salte Økland 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, mai 2011

Hovedfunn

Pasienthotell i Norge fremstiller seg som et tilbud til sykehuspasienter som ikke trenger 24 timers medisinsk tilsyn eller som et pusterom i sykdomsforløpet. Et pasienthotell kan tilby pasienter nærhet til kompetanse og behandling hvis det blir nødvendig, samtidig som sykehusavdelingen frigjør en seng til pasienter med større behov for behandling. Et pasienthotell kan være et egnet overnattingssted til pasienter både før, under og etter et sykehusopphold, men også for pårørende.

I forbindelse med de økonomiske vurderingene i de regionale helseforetakene (RHFene) vil en oppsummering om effekt av pasienthotell kunne bidra til en avklaring om man skal øke investeringene i slike tilbud. Kunnskapssenteret mottok en bestilling fra Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for tjenesteutvikling og samhandling om å oppsummere kunnskap om effekt av pasienthotell. Effektene av pasienthotell skulle måles både for sykehuset, i form av kostnader, men også for pasientene, i form av tilfredshet eller trygghet. I prosjektet skulle pasienthotellene sammenlignes med andre overnattingssteder for pasientene. Prosjektet var ikke avgrenset til studier som sammenlignet pasienthotell med sykehusopphold, men alle andre overnattingsstilbud uten omfattende behandlingstilbud, også opphold i eget hjem.

I prosjektet identifiserte vi åtte studier om effekt av pasienthotell. De fleste studiene omfattet pasienter som etter norske forhold antageligvis ikke er aktuelle beboere av pasienthotell, i tillegg omfattet de fleste studiene få pasienter og alle hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell verken for sykehus eller for pasienter når pasienter bor på pasienthotell før, under eller etter behandling på en sengepost ved sykehuset.

Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter

Hva slags rapport er dette?

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:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne rapporten?

Kunnskapssenteret har skrevet rapporten på oppdrag fra Helse Sør-Øst, Avdeling for tjenesteutvikling og samhandling.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet april 2010.

Sammendrag

Bakgrunn

Kunnskapssenteret mottok en bestilling i november 2009 fra Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for tjenesteutvikling og samhandling, om å oppsummere kunnskap om effekt av pasienthotell sammenlignet med andre boformer for både sykehus og pasienter.

I dette prosjektet har vi søkt etter litteratur hvor pasienthotell beskrives som en midlertidig, frivillig bolig hvor pasienten har større frihet til for eksempel samvær med pårørende enn på en vanlig avdeling. Men bruken av pasienthotellet forutsetter en tilknytning til et opphold på sykehus. I beskrivelsen av pasienthotellene ved Ullevål og Haukeland sykehus i artikler skrevet i forbindelse med åpningen av disse, og på hjemmesidene til andre pasienthotell, blir det lagt vekt på at dette er hotell med et minimum av behandling. Regelverket åpner allikevel for at det kan foregå noe behandling i pasienthotellene. Det er heller ikke avklart hvor lang tid pasientene kan eller bør oppholde seg i disse hotellene. For noen pasientgrupper, særlig pasienter med psykiatriske diagnoser, kan det være ønskelig med en langt mer uformell bolig enn en sykehusavdeling. Samtidig er dette pasienter som muligens har mindre mulighet til å klare seg selv, og de har lidelser som er langvarige og kan medføre at pasienten blir boende i en slik midlertidig, uformell bolig i svært lang tid, kanskje resten av livet.

Hovedargumentene for pasienthotell er at mange pasienter trenger et sted å hvile ut før eller etter en behandling uten å beslaglegge en seng på en sykehusavdeling. Dette fremstår som praktisk for pasienten og en mer hensiktsmessig bruk av sykehusets senger og ressurser. For noen typer behandling kan det i enkelte perioder være tungvint og slitsomt for pasienten å reise fram og tilbake fra hjemmet, særlig der hvor avstanden mellom sykehus og hjem er stor. For noen pasienter vil det også til tider være ønskelig med et større nærvær av pårørende. Et pasienthotell kan tilrettelegge for samvær med ektefelle, barn og foreldre i forbindelse med mors, fars eller barns sykdom eller ved fødsel.

Metode

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- Cochrane Library:
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects
 - Health Technology Assessment Database
 - NHS Economic Evaluation Database
- Centre for Reviews of Dissemination (CRD); DARE
- Ovid MEDLINE
- EMBASE (Ovid)

Forskningsbibliotekar Ingrid Harboe planla og utførte samtlige søk i samarbeid med prosjektleder. Den fullstendige søkestrategien er presentert i vedlegg 1.

Inklusjonskriteriene var:

- Populasjon: Pasienter på vei inn i eller ut av sykehus, pasienter til utredning ved sykehus eller pårørende til pasienter innlagt på sykehus
- Intervensjoner: Bruk av pasienthotell, sykehotell eller hotell ved sykehus
- Sammenlikning: Andre boformer ved sykehuset, f eks som innlagt pasient, boende på regulært hotell eller hjemmeboende dagpasient
- Utfall: Kostnader for sykehus f eks liggedager, økonomi, reinnleggelses, samt pasientvurderinger om f eks trygghet og tilfredshet.
- Studiedesign: Systematiske oversikter av høy kvalitet. Eventuelt primærstudier av følgende design: randomiserte kontrollerte studier, klinisk kontrollerte studier, kontrollerte før- og etterstudier, avbrutte tidsserieanalyser.

Resultatene av litteratursøkene ble vurdert av to personer uavhengig av hverandre. Risiko for feil og systematiske skjevheter i studiene ble vurdert med sjekklister av to personer uavhengig av hverandre. Kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfall ble vurdert med GRADE metoden.

Resultat

Vi identifiserte 5061 referanser i litteratursøket gjennomført 19.4.2010 og i referanselister i vurderte artikler. Av disse ble 47 studier vurdert som relevante og lest i fulltekst og åtte studier ble inkludert. Én studie så på alternativer ved innleggelse, én studie på alternativer under behandling og seks studier så på alternativer ved utskrivelse. Fem artikler omfattet pasienter med ulike psykiske diagnoser, mens de tre siste hadde inkludert ulike pasientgrupper i sine studier: barselkvinner, akuttpasienter og eldre. Alle studiene rapporterte ulike former for kostnader, mens ingen rapporterte om effekt på pasientenes trygghet. Én artikkel rapporterte om livskvalitet.

Ingen av studiene hadde både lik studiepopulasjon og sammenligning av boformer, det er derfor ikke aktuelt å slå sammen studiene i en metaanalyse. I tillegg vurderte vi at alle studiene hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Samlet gjorde dette at vi har svært lav kvalitet på dokumentasjonen for effekt. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell sammenlignet med andre boformer verken for sykehus eller pasienter når pasienter bor på pasienthotellet enten før, under eller etter behandling ved en sengepost på sykehus.

Diskusjon

Vi har søkt etter boformer som kan ha mange ulike betegnelser, fordi betegnelsene vil være avhengig av lokal organisering av tjenester. Hvis de omtales med andre navn og betegnelser enn det vi har brukt i litteratursøket, kan vi ha gått glipp av relevant litteratur i det søket som er gjennomført i denne oppsummeringen.

Hvor lenge en pasient kan oppholde seg på et pasienthotell før det ikke lenger kan betegnes som et hotellopphold, og hvilke tjenester pasienten kan motta under oppholdet, er uavklart i dette prosjektet. Dermed er det en risiko for at vi kan ha inkludert studier som omfatter tilbud som er for omfattende til å kunne regnes som pasienthotell i Norge. Likeledes kan vi ha utelatt studier som burde vært inkludert med bakgrunn i de tjenestene som ytes der, fordi dette tilsvarer hva som ved andre institusjoner har blitt betegnet som pasienthotell.

Konklusjon

I prosjektet identifiserte vi åtte studier om effekt av pasienthotell. De fleste studiene omfattet pasienter som etter norske forhold antageligvis ikke er aktuelle beboere av pasienthotell, i tillegg omfattet de fleste studiene få pasienter og alle hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell verken for sykehus eller for pasienter.

Selv om vi ikke kan slå sammen resultatene slik at vi kan konkludere med om det er en effekt av pasienthotell, betyr ikke det at pasienthotell ikke har effekt. Pasienthotell kan ha effekt både for sykehus og pasienter, men vi kan ikke dokumentere det med bakgrunn i resultatene fra den forskningsdokumentasjonen vi har identifisert.

Selv om det finnes mange studier om utskrivningsprosedyrer og andre forhold rundt overføring av pasienter fra sykehus til eget hjem eller andre boliger, så er det få sammenlignbare studier om pasienthotell. Studien i denne oppsummeringen omfatter hovedsakelig små grupper av pasienter. Derfor trengs det flere studier med et større antall pasienter og av bedre kvalitet før man kan trekke en konklusjon.

Key Messages (in English)

In Norway, patients hotels market themselves as an option for inpatients that do not need medical attention 24 hours a day and as a respite in the treatment. A patient hotel can offer patients short distance to expertise and treatment if necessary, while the hospital frees a bed to patients with greater need of treatment. A patient hotel can be suitable accommodation for patients before, during or after a hospital stay.

In connection with the economic considerations in the regional health authorities a review about the effects of patient hotels would contribute to a clarification to whether to increase the investments in such facilities. The Knowledge Centre received a commission from South-Eastern Norway Regional Health Authority, Department of Service Development and Interaction to summarize the knowledge on effect of patient hotels. The effects of patient hotels should be measured for both the hospital, in terms of costs, but also for the patients, in terms of safety or satisfaction. In the project patient hotels should be compared with other types of accommodation. The project was not limited to studies that compared patient hotels with inpatient stay, but all other accommodations without extensive treatment, also stay in own home.

In the project we identified eight studies on the effect of patient hotels. Most of these studies recruited patients which for Norwegian conditions probably would not be considered residents in a patient hotel. Additionally, most studies included few patients and all of them had high risk of bias. Therefore, we can not draw conclusion on effect of patient hotels, neither for hospitals nor for patients when patients are accommodated at a patient hotel before, during or after treatment at a regular hospital ward.

Effect of patient hotels for hospitals and patients

What kind of report is this?

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:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

When was the literature search done?

Latest search for studies: April 2010.

Executive summary (in English)

Effect of patient hotels on hospitals and patients

Background

The Knowledge Centre received a commission in November 2009 from the South-Eastern Norway Regional Health Authority, Department of Service Development and Interaction, to summarize the knowledge of effect of patient hotels compared to other types of accommodation.

In this project we have searched for literature in which a patient hotel is described as a temporary, voluntary accommodation where the patient has greater freedom to visit with relatives than in a regular hospital ward. However, the use of patient hotels requires a connection to a stay in hospital. In the description of patient hotels at Ullevål and Haukeland hospitals, and on the websites of other patient hotels in Norway, it is emphasised that there is very little treatment. The regulation of patient hotels still permits some treatment. The duration of a stay at a patient hotel is not clarified. For some patients, especially patients with psychiatric diagnoses, a more informal residence than a hospital ward is desirable. At the same time these patients may have less ability to take care of themselves, and they suffer long term illnesses that may imply that the patient will be staying in a temporary, informal residence for a very long period of time, possibly for the rest of their lives.

The main arguments for patient hotels are that many patients need a place to rest before or after a hospital treatment, preferably without occupying a bed at a hospital ward. This appears to be convenient for the patient and a more appropriate use of the beds and resources of the hospital. For some types of treatment there may be periods where to travel back and forth from home will be inconvenient and tiring for the patient, especially where the distance between the hospital and the home is great. For some patients there will also be periods of time when presence of relatives is desirable. A patient hotel can arrange the visitation with their children and spouse in connection with the illness of a mother, a father, a child or at childbirth.

Methods

We searched systematically for literature in the following databases:

- Cochrane Library:
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects
 - Health Technology Assessment Database
 - NHS Economic Evaluation Database
- Centre for Reviews of Dissemination (CRD); DARE
- Ovid MEDLINE
- EMBASE (Ovid)

Research librarian Ingrid Harboe planned and carried out all the searches in collaboration with the project leader. The complete search strategy is presented in Appendix 1.

The inclusion criteria were:

- Population: patients being admitted to or discharged from hospital, patients admitted for examination at a hospital or family to an inpatient.
- Interventions: use of patient hotel, sick hotel, or hotel in conjunction with a hospital
- Comparison: other accommodations at the hospital, i.e. inpatient, use of regular hotels or staying at home as an outpatient.
- Outcomes: Costs for the hospital i.e. number of days, resource use, readmissions, assessments by the patients i.e. safety and satisfaction.
- Study design: systematic review of high quality. Primary studies of the following designs: randomised controlled trials, clinical controlled studies, controlled before and after studies, and interrupted time series.

The results from the search for literature were evaluated by two persons independently. Risk for error and biases in the studies were assessed by checklists. The quality of the documentation for each outcome was evaluated with GRADE.

Results

We identified 5061 references in the search for literature conducted 19.4.2010 and in the reference lists in the reviewed articles. Of these, 47 studies was assessed as relevant and read in full text. Eight articles were included in this systematic review. One study looked at alternatives to admission to a hospital, six studies looked at alternatives at discharge. Five articles included patients with various psychiatric diagnoses, while the three last studies included different patients, obstetric, acute care and elderly patients. All studies reported different types of costs, while none reported effect on patient safety. However, one article reported on quality of life.

None of the studies had both similar study population and comparison of type of accommodation. Therefore it was not appropriate to combine the studies in a meta-analysis. Additionally, we considered all studies to have a high risk of bias. All together the quality for documenting effect was very low. We cannot draw conclusion as to the effect of patient hotels, neither for hospitals nor for patients when patients are accommodated at a patient hotel before, during or after treatment at a regular hospital ward.

Discussion

We have searched for accommodation that may have many different names, because terms used will depend upon local organization of services. If they are referred to by other names than the terms we have included in our search, we may have missed relevant literature in the search carried out for this review.

Limits to the duration of a stay in a patient hotel before this no longer can be described as a hotel stay, and which services the patient can receive during the stay, is unclear in this project. Thus there is a risk that we may have included studies that offers services that are too extensive to be regarded as a patient hotel. Similarly, we may have excluded studies that should have been included on the basis of the services they provide, because they are similar to the services provided in institutions called patient hotels.

Conclusion

In this systematic review, we identified eight studies on effect of patient hotels. Most studies recruited patients that would probably not be considered a resident in a patient hotel in Norway. Additionally, most studies included few patients and all of them had a high risk of bias. Therefore we cannot draw conclusion on effect of patient hotels, neither for hospitals nor for patients.

Even though we cannot be combined in a way that enables us to draw a conclusion as to if there is an effect of patient hotels, this does not mean that patient hotels do not have an effect. Patient hotels may have effect both for hospitals and patients, but we cannot document this with the results from the research identified.

Although there are many studies on discharge procedures and other issues regarding discharge of patients from hospital to their own home or other accommodations, there are few comparable studies on patient hotels. The studies in this review are mainly with groups of patients where there are few patients. Therefore, we need more studies with a larger number of patients and of better quality to be able to draw a conclusion.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate of Health, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: post@kunnskapssenteret.no

Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Innhold

INNHold	11
FORORD	13
PROBLEMSTILLING	14
INNLEDNING	15
Hvorfor et pasienthotell?	16
Hva omfatter et pasienthotell?	17
Avgrensninger i prosjektet	18
Ulike mål på effekt	19
Oppsummering	19
METODE	20
Litteratursøk	20
Inklusjonskriterier	21
Artikkelutvelging	21
Risiko for feil og systematiske skjevheter	22
Dataauthenting	22
Dataanalyse	22
Kvaliteten på dokumentasjonen	22
RESULTAT	24
Litteratursøk	24
Risiko for feil og systematiske skjevheter	26
Inkluderte studier om effekt av pasienthotell ved innleggelse	28
Sammenligning mellom to ulike kriseboliger for pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom	28
Inkluderte studier om effekt av pasienthotell under behandling på sykehus	29
Styrket bolig sammenlignet med sykehus for mannlige rusmisbrukere	29
Inkluderte studier om effekt av pasienthotell ved utskrivning av pasienter	31
Pasienthotell sammenlignet med sykehus for barselkvinner	31
Felles NHS/Social Services bolig sammenlignet med eget hjem for eldre pasienter	32
Sykepleierledet enhet sammenlignet med sykehus for akutt pasienter	34
Pensjonat sammenlignet med andre kommunale tjenester for pasienter med diagnose schizofreni	35

Avlastningshjem sammenlignet med egen omsorg for hjemløse	36
Rehabiliteringssenter sammenlignet med sykehus for personer med et sosialt handikap	37
Artikler ekskludert pga utfallsmål som ikke var spesifisert i prosjektet	38
Støttet bolig sammenlignet med eget hjem for kvinner med spiseforstyrrelser	38
Pasienthotell sammenlignet med sykehus for pasienter med psykiatriske diagnoser	39
DISKUSJON	40
Litteratursøket	40
Resultatene	41
Krav til kontrollgruppe	42
Tjenesteinnholdet i pasienthotellet	43
Varighet av opphold i pasienthotell	44
Styrker og svakheter med en systematisk oversikt	44
KONKLUSJON	45
Behov for videre forskning	45
REFERANSER	46
VEDLEGG 1 SØKESTRATEGI	52
VEDLEGG 2 INCLUDED STUDIES TABLES	57
Admission	57
In treatment	58
Discharge	61
Various diagnoses	65
VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE ARTIKLER	73
VEDLEGG 4 GRADE EVIDENCE PROFILE	75

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse Sør-Øst avdeling for Tjenesteutvikling og samhandling v/Ingerid Risland å oppsummere tilgjengelig forskning som ser på effekt av pasienthotell. Denne kunnskapsoppsummeringen er tenkt som et dokumentasjonsgrunnlag for videre planlegging av bruk av pasienthotell i Norge.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: dr. philos Hilde H. Holte, Kunnskapssenteret
- Bibliotekar Ingrid Harboe, Kunnskapssenteret
- Prosjektansvarlig, seksjonsleder, PhD Gunn E. Vist, Kunnskapssenteret

Denne rapporten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I møtet med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold, pasientenes behov og egne kliniske erfaringer.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Gunn E. Vist
Seksjonsleder

Hilde H. Holte
Prosjektleder

Problemstilling

Hvilken effekt har et pasienthotell sammenlignet med sykehusavdeling eller et annet overnattingssted for sykehuset i form av kostnader og for pasienter i form av trygghet eller tilfredshet?

Innledning

Kunnskapscenteret mottok en bestilling fra Helse Sør-Øst RHF avdeling for tjenestetutvikling og samhandling i november 2009, om å oppsummere kunnskap om effekt av pasienthotell.

Det norske regelverket skiller mellom sykehotell og pasienthotell (1). Begge har likhetstrekk med vanlig hotellvirksomhet, men har en tett og organisatorisk tilknytning til sykehus. Sykehotell har vært et overnattingstilbud for tilreisende som kom til poliklinisk behandling eller i forkant/etterkant av innleggelse på sykehuset (1). Et pasienthotell tilbyr også innskrevne pasienter opphold på hotellet (1). Sykehusloven som trådte i kraft 1.1.2001 inneholder ingen særskilte reguleringer av verken sykehotell eller pasienthotell, men hotell som er godkjent som sykehus iht spesialisthelseloven omtales som pasienthotell, og hotell som ikke er godkjent som sykehus som sykehotell (1).

Hvilke tjenester som skal eller bør være tilstede for å kalle et tilbud for et sykehotell eller pasienthotell er ikke spesifisert, derfor er det mange ulike lokale tilpasninger som er blitt betegnet som bl.a. pasienthotell. Vi har valgt å bruke begrepet pasienthotell selv om det kan være mer korrekt å bruke begrepet sykehotell. Det faller utenfor dette prosjektet å identifisere alle mulige lokale begreper, men vi har vurdert dette så langt det er hensiktsmessig i forhold til å utarbeide et godt søk etter internasjonalt publiserte studier. Vi vil også på denne måten identifisere norske studier som er publisert og som tilfredsstillende de samme søkekriteriene.

Når vi skulle søke etter internasjonal litteratur, var det vanskelig å knytte et begrep om pasienthotell opp mot om overnattingstilbudet er godkjent som sykehus eller ikke. I utgangspunktet hadde vi liten tro på at slike opplysninger vil være oppgitt i artiklene. Vi valgte derfor å ikke begrense søket til om institusjonene som betegnes som pasienthotell eller lignende har en formell tilknytning til sykehuset, men at dette har vært en midlertidig, frivillig bolig med mindre formell behandling enn ved en sykehusavdeling. I tillegg skulle oppholdet på pasienthotellet ha en tilknytning til opphold eller behandling på et sykehus. Samtidig har det vært uklart hvor mye behandling som kan foregå på et pasienthotell før dette ikke lenger oppfattes som et hotell, men som en sykehusavdeling.

Ved åpningen av pasienthotellene ved Ullevål og Haukeland sykehus ble det lagt vekt på at dette er hotell med et minimum av behandling (2;3). På hjemmesidene til pasienthotellene i Stavanger og i Tromsø legges det vekt på at dette er et tilbud for pasienter som ikke trenger 24 timers medisinsk tilsyn og som ønsker et pusterom fra sykdomsforløpet. Det antydes heller ikke hvor lang tid pasientene kan oppholde seg i disse hotellene. For noen pasientgrupper, særlig pasienter med psykiatiske diagnoser, kan det være ønskelig med en langt mer uformell bolig enn et sykehus. Dette er imidlertid også en gruppe hvor en stor andel kan ha problemer med å klare seg selv, uten tilsyn. Dette er også lidelser som er langvarige og kan medføre at pasienten blir boende i en slik midlertidig bolig i svært lang tid, kanskje resten av livet.

Bestillingen til Kunnskapscenteret hadde et fokus på pasientenes utskrivningsfase. Vi har valgt å utvide prosjektet til også å inkludere tiden i forkant av og under behandling, siden sykehotellet har vært knyttet både til poliklinisk behandling i tillegg til tiden i forkant og etterkant av innleggelse på sykehuset. I hvilken grad et pasienthotell vil brukes annerledes enn et sykehotell i denne fasen, eller for noen pasientgrupper, vil vi ikke ta stilling til i dette prosjektet, men se etter alle overnattingstilbud som tilbys og som tilfredsstiller inklusjonskriteriene.

Hvorfor et pasienthotell?

Fordelen med pasienthotell er at pasienter kan få mulighet til å hvile ut før, under eller etter en behandling uten å bruke en seng på en sykehusavdeling til dette. Slik unngår man uhensiktsmessig bruk av sykehusets senger og ressurser (4). Andelen pasienter innlagt på ordinære sykehusavdelinger som ville egnet seg for opphold på et pasienthotell varierer veldig og er avhengig av fagfeltet (4). Forskerne i England fant at i gjennomsnitt 18 prosent av pasientene ved oftalmologi og barsel/gynekologi kunne egnet seg for opphold på et pasienthotell, men i gjennomsnitt ingen fra psykiatri og hematologi (4).

For noen typer behandling vil det i perioder av behandlingen være både tungvint og slitsomt for pasienten å reise frem og tilbake mellom sykehus og hjemmet. Dette gjelder bl.a. pasienter hvor avstanden mellom pasientens hjem og sykehuset er stor, og hvor tidsrommet mellom behandlinger er relativt kort.

Problemet med store avstander mellom pasientens hjem og behandlende sykehus finnes i mange deler av verden, og i Australia har man vært opptatt av dette (5). Hvis pasienten skal behandles på et sykehus langt vekk fra hjemmet kan det være hensiktsmessig å ha et tilbud til pasientene i periodene mellom behandlinger (5;6).

I enkelte tilfeller vil det være ønskelig med et overnattingstilbud hvis det er skjedd noe uforutsett, f.eks reaksjoner på behandling eller at en behandling ble utsatt så

mye at det er uforsvarlig å sende pasienten hjem kort tid etter avsluttet behandling (7).

For noen pasientgrupper vil det også være ønskelig med et større nærvær av pårørende. Det kan gjelde ektefelle og barn i forbindelse med mors eller fars sykdom eller ved fødsel (8). Når barn er pasienter, vil et overnattingstilbud til foreldrene være viktig. I noen tilfeller kan aktiv deltakelse av familiemedlemmer inngå i behandlingen, som f.eks. i enkelte behandlinger innen psykiatri. Pårørende vil ha en større frihet hvis de kan bo utenfor den delen av sykehuset som gir behandling og de vil heller ikke være like forstyrrende og belastende for andre innlagte pasienter og personalet som hvis de skulle bo på avdelingen.

Opphold i pasienthotell kan gi pasientene mulighet til å bearbeide det som er skjedd og kanskje også møte andre pasienter i tilsvarende situasjon, noe som kan bidra til å skape økt forståelse for det som skjer med dem (5;9). Pasientenes behov varierer og dermed bør også hvilke boformer og tjenester som tilbys kunne tilpasses de ulike behovene (10). Men det er ikke bare hva pasientene trenger som varierer, hva pasienter og pleiere oppfatter som viktig varierer også så mye at å bli enige om hva som skal inngå i tilbudene kan være vanskelig (11;12).

I tillegg er det blitt et sterkere fokus på brukermedvirkning. Hvordan helsevesenet skal møte pasientens ønsker og beslutninger er en utfordring, og opprettelse av egne enheter hvor pasienten kan klare seg selv kan oppfattes som et skritt i en slik retning (13) hvor pasienten får mulighet til selv å utforme deler av dagliglivet.

Hva omfatter et pasienthotell?

Begrepet hotell gir assosiasjoner til et rom med en seng hvor man bor for en relativt kort periode, noen dager eller uker. I tillegg har man vanligvis tilgang til tjenester hvis man ønsker det, som mat gjennom roomservice og informasjon ved å ringe resepsjonen. Beskrivelsene av norske pasienthotell gir en lignende assosiasjon (2;3). Med et pasienthotell ønsker man å skape en uformell ramme rundt overnattingen, hvor pasientene har større frihet med hensyn til rutinene (5;6), men allikevel har tilgang til informasjon og behandling hvis det er nødvendig eller ønskelig.

De publiserte beskrivelsene av norske pasienthotell gir også en oppfatning av at dette er egne bygninger, med enkel adkomst til andre deler av sykehuset. På Ullevål sykehus i Oslo og Haukeland sykehus i Bergen er dette spesielt knyttet til en barselavdeling (2;3). Andre sykehus har valgt å bruke en etasje i bygningen som sitt pasienthotell (14). Nettopp den store variasjonen i lokale løsninger av organiseringen av et pasienthotell gjør det vanskelig å være uttømmende på hvilke tjenester og løsninger som omfattes av begrepet.

I internasjonal litteratur brukes også hotellbegrepet om en del av en avdeling, hvor man har noen rom som har en mer uformell karakter (15). Her har pasientenes familie mulighet til å komme på besøk i større utstrekning enn på de vanlige sengpostene. Men begrepet hotell eller pensjonat brukes også på institusjoner for psykiatriske pasienter som ofte blir boende i disse institusjonene inntil deres sykdom eller allmenne helsetilstand forverres slik at de må innlegges på sykehus, eller til de dør (16;17). Psykiatriske pasienter kan være en gruppe som kan ha godt av å kunne unngå sykehusinnleggelse, og alternative boformer vil kunne bidra til det (18).

I deler av internasjonal litteratur brukes hotellbegrepet sammen med begreper som på ulik måte beskriver avdelinger og sengeposter hvor pasientene oppholder seg midlertidig i forbindelse med en overgang til hjem eller mellom avdelinger, som en intermediær avdeling (19-22). Hvor mye og hvilken type behandling pasientene får varierer mellom slike avdelinger. Vi definerer her en intermediær avdeling som en avdeling som et mellomnivå mellom vanlige sengeposter og intensivavdeling, og dermed utenfor dette prosjektet. En overgangsavdeling kan f.eks. være knyttet til at medisinsk behandling er avsluttet, men pasienten trenger pleie før han/hun enten skrives ut til eget hjem eller til sykehjem. Grensen mellom en overgangsavdeling og en rehabiliteringsavdeling er uklar.

Avgrensninger i prosjektet

Avgrensning av både tjeneste- og behandlingsinnhold og tidsramme for opphold til boliger som kan beskrives som pasienthotell eller lignende har vist seg vanskelig. Vi har derfor valgt å ikke utelukke institusjoner i forhold til innholdet av tjenester eller varighet av oppholdet, utover at det skal fremgå at dette er knyttet til overnatting. Avdelinger som er opprettet for å overvåke pasientene noen timer i påvente av at man finner ledig seng i andre deler av sykehuset, inngår dermed ikke. Videre hvis pasienthotellet er en del av et sykehjem hvor det fremgår at pasientene videre skrives ut til sykehjemmet, regnes dette som et tjenestetilbud som går utover det som inngår i et pasienthotell.

Når det er uklart hvor mye behandling pasienten får på avdelingen som er studert, har vi valgt å ekskludere studiene. Også studier som fokuserer på forskjeller i intensiteten av behandlingene er ekskludert. Det skal fremgå av studiene at pasientene kun får tjenester som skal gjøre dem i stand til å klare seg selv, selv om det er uklart hvor grensene for innhold og varighet går.

Hvis vi har vært i tvil om studien skulle inkluderes, så har vi lagt vekt på om studien sier noe om alternativer til sykehusinnleggelse. Slike studier ble inkludert, selv om de muligens ville vært ekskludert ved bruk av en mer presis definisjon av hvilke tjenester og tidsrammer som skal gjelde for opphold på et pasienthotell.

Fordi det er hvor pasienten bor som er avgjørende i dette prosjektet, er også en sammenligning av bruk av pasienthotell med utskrivning til eget hjem relevant, ikke bare når pasientene sammenlignes med pasienter som fortsatt er innlagt på sykehuset. Også studier hvor ulike boliger som hver for seg kan oppfattes som et pasienthotell er blitt sammenlignet, vil være inkludert.

Pasienter som behandles poliklinisk er ikke inkludert, da vi oppfatter at dette er pasienter som ikke har behov for overnatting i forbindelse med behandlingen.

Ulike mål på effekt

Når vi skal oppsummere forskning som ser på effekt av pasienthotell, er det viktig å avgrense hvordan vi måler denne effekten. Effekten av et pasienthotell kan måles både for sykehus og for pasient. Ved å tilby pasientene en seng i en uformell atmosfære uten direkte behandling, frigjøres senger på avdelingene. En slik frigjøring av senger vil sannsynligvis redusere kostnadene for sykehuset. Endringer i sykehusets kostnader blir dermed et viktig utfallsmål. Også en reduksjon i antallet reinnleggelser vil indirekte kunne redusere kostnadene ved sykehusene. Hvis man antar at pasientene blir mer tilfredse og har større trygghet i en slik institusjon fordi de vil ha enkel tilgang til sin behandler og/eller andre personer som kan gi informasjon om deres behandling sammenlignet med å dra hjem, så kan det muligens medvirke til at utskrivning til hjemmet blir mindre problematisk og at antallet reinnleggelser reduseres. Viktige utfallsmål blir da også pasientens tilfredshet eller trygghet.

Kostnadene ved sykehusene kan måles både ved å kartlegge hvilke tjenester pasientene tilbys og så sette en pris på disse, eller man kan bruke regnskaper fra avdelingene. Pasientenes trygghet og tilfredshet kan måles både ved intervju på sykehuset, men også gjennom spørreskjemaer som sendes til pasientene etter oppholdet. For begge innsamlingsmetodene er det viktig at det finnes en tilsvarende gruppe som også blir spurt, eller beregnet kostnader for som ikke bor på et pasienthotell.

I den grad vi fant litteratur om pasienthotell som ikke har utfallsmål som kostnader eller pasientenes trygghet, ble disse bli beskrevet separat.

Oppsummering

Vi vil i denne rapporten oppsummere studier som undersøkte effekten av å bo på et pasienthotell sammenlignet med andre overnattingssteder for pasienter før, under eller etter behandling ved en sykehusavdeling. Det skal fremgå at pasientene er på pasienthotellet for å få hjelp til å klare seg selv, og effekten kan måles både for sykehus i form av kostnader eller for pasienten i form av fornøydhet eller trygghet.

Metode

Litteratursøk

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- Cochrane Library:
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects
 - Health Technology Assessment Database
 - NHS Economic Evaluation Database
- Centre for Reviews of Dissemination (CRD); DARE
- Ovid MEDLINE
- EMBASE (Ovid)

Forskningsbibliotekar Ingrid Harboe planla og utførte samtlige søk i samarbeid med prosjektleder. Søkene ble gjennomført 19.4.2010. Den fullstendige søkestrategien er presentert i vedlegg 1. I tillegg ble en artikkel identifisert i referansene i de identifiserte artiklene inkludert.

Inklusjonskriterier

Populasjon	Pasienter på vei inn i sykehus Pasienter på vei ut av sykehus Pasienter til utredning ved sykehus Pårørende til pasienter ved sykehus uavhengig av om pasienten er på vei inn eller ut av sykehuset eller er til utredning.
Intervensjoner	Bruk av pasienthotell, sykehotell eller hotell ved sykehus
Sammenlikning	Andre boformer ved sykehuset, f eks som innlagt pasient, boende på regulært hotell eller hjemmeboende dagpasient
Utfall	Kostnader for sykehusene, målt f eks ved antall liggedager på sykehus, bruk av helsepersonell og andre mulige mål på ressursbruk og økonomi, men også komplikasjoner, reinnleggelse. Pasientens vurderinger om f eks trygghet, tilfredshet, umyndiggjøring og privatliv.
Studiedesign	Systematiske oversikter av høy kvalitet. Hvis slike oversikter ikke er tilgjengelig vil vi lage en egen systematisk oversikt der vi inkluderer primærstudier av følgende design: randomiserte kontrollerte studier (RCT), klinisk kontrollerte studier (CCT), kontrollerte før- og etter studier (CBA), avbrutte tidsserieanalyser (ITS).

Artikkelutvelging

Vi ønsket å bruke generelle begreper som omfatter det å bo i søket i og med at vi var usikre på om begrepet pasienthotell ville dekke de lokale variasjonene, og accommodation er et slikt begrep. Accommodation er også et viktig begrep i studier av øyeoperasjoner, sammendraget av disse artiklene ble bare lest av Hilde H. Holte (HHH). På samme måte leste bare hun sammendragene fra studier om sammenligninger av boliger med hensyn på boligens kvalitet, f eks vannskade eller luftkvalitet og påvirkning på helse som også ble identifisert i søket. HHH og Gunn E. Vist (GEV) gikk gjennom alle unike titler identifisert i litteratursøket uavhengig av hverandre og alle sammendrag av artikler om bolig.

HHH og GEV leste alle artiklene som ble vurdert som mulig relevante og hentet i fulltekst for å avgjøre hvilke som skulle inkluderes. Ved uenighet diskuterte de seg fram til hvilke artikler som skulle inkluderes.

Risiko for feil og systematiske skjevheter

Studiene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister om risiko for feil og systematiske skjevheter i enkeltstudier som er gitt i Cochrane Handbook (23). Kvalitetsvurderingene som er gjort ved hjelp av disse sjekklisene er vist i vedlegg 2.

Dataauthenting

Vi hentet ut følgende opplysninger fra de inkluderte studiene: forfatter, året artikkelen ble publisert, landet hvor studien var gjennomført, hvilket studiedesign som var brukt, hvilken populasjon som var studert, utvalgsstørrelse, hva som var beskrevet av tjenester og utforming ved institusjonen som kunne kalles et pasienthotell, hva som var beskrevet av tjenester og utforming av kontrollinstitusjonen, hvilke utfall som var målt, hvor lang oppfølgingstid de hadde og resultatene. En oversikt over disse opplysningene for hver studie finnes i tabellene over inkluderte studier i Vedlegg 2.

Dataanalyse

Ved gjennomgang av de inkluderte studiene viste det seg at ingen hadde både samme pasientpopulasjon og sammenligning av type bolig. En sammenstilling av resultatene i en metaanalyse var dermed ikke hensiktsmessig. Vi presenterer resultatene deskriptivt.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Vi har vurdert dokumentasjonen for hvert utfallsmål ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation; GRADE Working Group 2008) (24). GRADE vurderer kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfall. I Gradesystemet beskrives kvaliteten på dokumentasjonen slik:

- Høy kvalitet: det er lite sannsynlig at videre forskning kommer til å endre vår tillit til resultatene.
- Middels kvalitet: det er sannsynlig at videre forskning kommer til å ha innflytelse på vår tillit til resultatene. Videre forskning kan komme til å endre effektestimaten.
- Lav kvalitet: det er svært sannsynlig at videre forskning kommer til å ha en viktig innflytelse på vår tillit til resultatene og vil kunne endre effektestimaten.
- Svært lav kvalitet: alle resultater er veldig usikre.

For hvert utfallsmål i GRADE noterer vi om studien er en randomisert kontrollert studie eller en observasjonsstudie, og deretter vurderes studiekvalitet, samsvar mellom studiene, direktet (hvor like studiedeltagere, intervensjoner og utfallsmål i de inkluderte studiene i forhold til de personer, tiltak og utfall man egentlig er ute etter å studere), rapporteringsskjevhet og presisjon. I alt er det fem kriterier som vurderes for nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen og tre kriterier som vurderes for oppgradering (effektstørrelse, dose-respons og mulig confounding). En observasjonsstudie vil starte på et lavere kvalitetsnivå av dokumentasjonen enn en randomisert kontrollert studie.

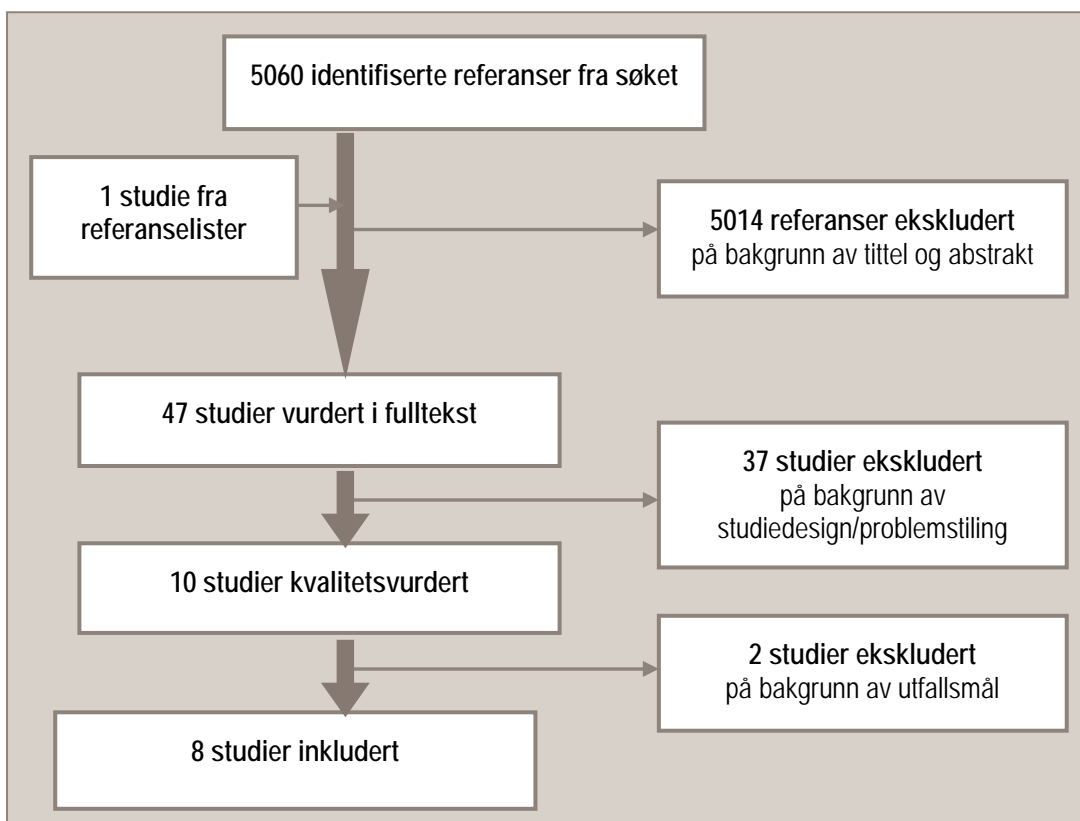
Imidlertid er det viktig å være klar over at vurderingen av kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsmål ikke er det samme som vurdering av den metodologiske kvaliteten av de enkelte studiene.

Resultat

Litteratursøk

Vi utførte et søk etter litteratur som omfattet systematiske oversikter og kontrollerte studier om effekt av pasienthotell ble gjennomført i henhold til søkestrategien som er beskrevet i Vedlegg 1. Figur 1 viser håndteringen av søkeresultatet.

Figur 1. Resultatet av søket etter studier og håndtering av identifiserte referanser.¹



¹ En systematisk oversikt ble identifisert, men ekskludert pga uaktuell problemstilling.

I alt har vi inkludert åtte artikler (18;25-31), og gruppert disse med hensyn til etter hvor i behandlingsforløpet studien var gjennomført. En studie så på alternativer ved innleggelse (25), en så på alternativer til sykehus under behandling (26), og seks artikler så på alternativer ved utskriving (18;27-31). De seks artiklene som omhandlet ulike boligformer i forbindelse med utskriving ble delt inn i to grupper. Årsaken var at en gruppe artikler dreide seg om pasienter som hadde diagnoser relatert til psykiske problemer, inkludert sosialt handikap og hjemløshet hvor mange av de hjemløse viste seg å ha en psykiatrisk lidelse (18;27;28), som er en gruppe pasienter som i liten grad er aktuelle for å overføres til pasienthotell under norske forhold. Den andre gruppen av artikler var langt mer sammensatt med hensyn på fagfelt, som obstetrikk, geriatri og akuttmedisin (29-31).

De åtte inkluderte artiklene innbefattet i alt 3182 pasienter, hvorav to av disse studiene omfattet 2426 av pasientene (27;31). Studiene var alle gjennomført i USA eller Storbritannia. Organiseringen av helsevesenet i USA og UK er forskjellig fra Norge, og kan bety at hvilke tjenester som tilbys på sykehus eller som en del av en utskrivningsprosedyre eller rehabilitering varierer mellom landene. Vi har valgt å bruke de begrepene på boformen som studien selv bruker, og ikke bruke begrepet pasienthotell i de ulike beskrivelsene.

Av de åtte inkluderte studiene var to randomiserte kontrollerte studier (26;30), fem var kontrollerte før og etter-studier (18;25;28;29;31), og én var en klinisk kontrollert studie (27). I Tabell 1 beskriver vi kort de ulike inkluderte studiene. I vedlegg 2 finnes en utførlig oversikt over studiene hvor deltakerne, innholdet i intervensjonen, kontrolltiltaket og resultatene beskrives slik de er presentert i artiklene.

I tillegg til å presentere de inkluderte artiklene, har vi også gjort rede for resultatene i to artikler fra studier av bosteder som kan karakteriseres som pasienthotell, men hvor utfallet i større grad er knyttet til resultat av behandling, som vekt for pasienter med spiseforstyrrelser og antall episoder hvor personell ikke trengte gripe inn for pasienter med psykiatriske diagnoser, men ikke til kostnader eller trygghet for pasienten i forbindelse med oppholdet.

Tabell 1. Oversikt over inkluderte studier. Mer detaljert beskrivelse finnes i Vedlegg 2.

Pasient-gruppe (N)	Interven-sjon	Sam-men-ligning	Relevante ut-fall rappor-tert	Studie-design¹⁾	Forfatter, land (år)
Innskrivning					
Alvorlig ved-varende men-tal sykdom (85)	Krisebolig	Krise-bolig	Kostnader	CBA	Bond, USA (1989) (25)
Ved behandling					
Menn med langvarig rus-misbruk (98)	Styrket bolig	Sykehus	Kostnader	RCT	Schinka, USA (1998) (26)
Utskrivning					
Personer med diagnose schi-zofreni (55)	Pensjonat	Eget hjem	Sykehusinnleg-gelser	CBA	Bota, USA (2007) (18)
Hjemløse (743)	Avlast-ningshjem	Eget hjem	Reinnleggelser, Kostnader	CCS	Kertez, USA (2009) (27)
Personer med et sosialt han-dikap (84)	Rehabilite-ringssenter	Sykehus	Kostnader	CBA	McCrone, UK (2006) (28)
Pasienter over 80 år (194)	Felles NHS/ So-cial Service bolig	Eget hjem	Kostnader	CBA	Ellis, UK (2005) (29)
Akuttpasienter (240)	Sykepleier-ledet enhet	Sykehus	Liggedøgn, reinnleggelser, livskvalitet	RCT	Steiner, UK (2001) (30)
Barselkvinner (1686)	Pasient-hotell	Sykehus	Kostnader, va-righet av opp-hold	CBA	Woods, USA (1988) (31)

- 1) CBA = Kontrollert før- og etterstudie
 CCS = Klinisk kontrollert studie
 RCT = Randomisert kontrollert studie

Risiko for feil og systematiske skjevheter

Tabell 2 viser hvordan vi har vurdert de ulike punktene i sjekklisten fra metodebol-ken "Slik oppsummerer vi forskning"(32). Denne sjekklisten ligger til grunn for be-

dømmelsen av risiko for feil og systematiske skjevheter i enkeltstudier. Begrunnel- sene for hvert punkt er gitt i vedlegg 2 for hver artikkel. Alle studiene hadde høy risi- ko for feil og systematiske skjevheter (lav intern kvalitet). En måte å redusere risi- ko for feil og systematiske skjevheter er at deltakerne ikke vet hvilket tiltak de utset- tes for, blinding. Ingen av studiene var blindet, og for disse studiene kan deltakerne vanskelig blindes. En annen måte å redusere risiko for systematiske skjevheter er at deltakerne velges til intervensjon eller kontroll på en tilfeldig måte. Selv for studier hvor man i utgangspunktet hadde valgt en tilfeldig fordeling av deltakerne ble disse forutsetningene brutt, ved at pasienten kunne velge om han/hun skulle delta i tilta- ket eller i kontrollgruppen.

Tabell 2. Vurdering av risiko for feil og systematiske skjevheter i de inkluderte ar- tiklene. En oversikt over begrunnelsene finnes i vedlegg 2 under hver artikkel.

Artikkel	Bond (25)	Bota (18)	Ellis (29)	Mc- Crone (28)	Ker- tesz (27)	Schinka (26)	Stei- ner (30)	Woods (31)
Like grupper	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei ¹⁾	Ja ¹⁾	Nei
Skjult allokering	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Blinding	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Oppfølging av ut- fallsdata, adekvat behandlet	Uklart	Uklart	Uklart	Uklart	Nei	Uklart	Ja	Uklart
Fri for selektiv rap- portering	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart
Andre typer syste- matiske feil	Uklart	Uklart	Nei	Nei	Nei	Uklart	Nei	Nei
Risiko for feil og sys- tematiske skjevheter	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy

1) For disse RCT'ene er det her vurdert i hvilken grad det er en tilfeldig fordeling til gruppene.

Når vi har vurdert studiene, tabell 2, og dokumentasjonen (tabellene 3-10 og vedlegg 4) har vi ikke redusert vurderingen av kvaliteten pga at det kan være vanskelig å overføre betydningen av ulik organisering av helsetjenestetilbudet i USA eller Stor- britannia til norske forhold, vi vil komme tilbake til dette i diskusjonen av resultatene.

Inkluderte studier om effekt av pasienthotell ved innleggelse

Vi identifiserte én studie om bruk av pasienthotell ved innleggelse.

Sammenligning mellom to ulike kriseboliger for pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom

Bond et al (1989) studerte pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom i USA som ble henvist til to ulike kriseboliger, South og West, som alternativ til sykehusinnleggelse (25). Studien var en kontrollert før- og etterstudie. South kjøpte bosted i hotell og pensjonat, mens West hadde tilgang til et 8-sengs hus. West hadde flere ansatte totalt, flere ansatte på vakt til enhver tid, men de ansatte hadde lavere utdanning enn de ansatte på South. Pasientene på West deltok i programmet i gjennomsnitt 60 dager, mens pasientene på South deltok 76 dager. Pasientene på South fikk i gjennomsnitt 18,5 timer oppfølging (case management). Pasientene på West fikk 5,8 timer, men oppfølging mens pasientene var i boligen på West ble ikke talt med. Hva den lokale oppfølgingen besto av er ikke spesifisert. Det er dermed vanskelig å vurdere om sammenligningene dekker tilsvarende tilbud.

I artikkelen belyses kostnader på ulike måter, bl.a. kostnader til behandling på kriseboligen og kostnader ved sykehusinnleggelser. Kostnadene direkte knyttet til behandling pr klient var lavere for South enn for West, men kostnadene til sykehusinnleggelser var tilsvarende mye høyere. Pasientene på South hadde i gjennomsnitt 8.3 dager på sykehus i oppfølgingsperioden, mens pasienter på West hadde 3.1 dager. Det var ingen signifikante forskjeller i kostnader eller antall sykehusinnleggelser mellom West og South. Pasientenes egne vurderinger av de to kriseboligene ble ikke rapportert i artikkelen. Resultater som sammenligner kostnader og sykehusinnleggelser og kvalitetsvurderingene av resultatene er oppsummert i Tabell 3. Utfyllende kvalitetsvurderingstabell finnes i Vedlegg 4.

Tabell 3. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold på krisebolig South med opphold på krisebolig West for pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom.

Krisebolig South sammenlignet med krisebolig West for pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom						
Pasientpopulasjon: Pasienter med alvorlig og vedvarende mental sykdom						
Studiene var utført i: USA						
Intervensjon: Krisebolig South, bor i hotell og på pensjonat						
Sammenligning: Krisebolig West, bor i hus eiet av institusjonen						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Krisebolig West	Krisebolig South				
Kostnader pr klient Oppfølging: gj.snitt 4 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 4813 US dollar	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 64 US dollar lavere (KI ikke oppgitt)		85 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt
Andel uten sykehusinnleggelse Oppfølging: gj.snitt 4 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 70 prosent	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 3 prosent lavere (KI ikke oppgitt)		85 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt
Døgn i sykehus Oppfølging: gj.snitt 4 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 3.1 døgn	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 5,2 døgn høyere (KI ikke oppgitt)		85 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt

¹ En studie med få deltakere.
² Gruppene var ikke sammenlignbare, en signifikant større andel av pasientene ved South viste problemer med å mestre dagligliv ved innskrivning, og det var ikke justert for dette i analysene.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av ulike typer krisebolig for pasienter med alvorlig og langvarig mental sykdom var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie med få pasienter, og denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var sammenlignbare ved starten av studien, og det var ikke justert for dette i analysene.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om krisebolig South medfører lavere kostnader eller færre sykehusinnleggelse enn krisebolig West.

Inkluderte studier om effekt av pasienthotell under behandling på sykehus

Vi identifiserte én studie om bruk av pasienthotell for pasienter som var under behandling på sykehus.

Styrket bolig sammenlignet med sykehus for mannlige rusmisbrukere

I en randomisert kontrollert studie fra USA undersøkte Schinka et al (1998) mannlige rusmisbrukere som var frivillig innlagt på sykehus (26). Hvem som fikk bo på

sykehuset og hvem som fikk bo i styrket bolig mens behandlingen pågikk, var tilfeldig. Begge gruppene deltok i samme behandling på sykehuset. I den styrkede boligen var det tilsyn 24 timer i døgnet.

Kostnadene pr pasient pr uke, som var sammensatt av både personellkostnader og bokostnader, var lavere for de pasientene som bodde i styrket bolig i forhold til de som bodde på sykehuset. Hovedgrunnen til forskjellen var at bokostnadene var langt høyere for pasienter som bodde på sykehuset sammenlignet med pasienter som bodde i styrket bolig. Informasjon om reinnleggelser eller pasientenes vurdering av behandling eller bolig var ikke rapportert i artikkelen. Resultatet om samlede kostnader og kvalitetsvurderingen av resultatet er oppsummert i Tabell 4.

Tabell 4. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold i styrket bolig med opphold på sykehus for mannlige rusmisbrukere.

Styrket bolig sammenlignet med sykehus for menn med langvarig rusmisbruk					
Pasientpopulasjon: Personer med langvarig rusmisbruk					
Studiene var utført i: USA					
Intervensjon: Styrket bolig					
Sammenligning: Sykehus					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ Antall deltakere (studier) (95% KI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Sykehus	Styrket bolig			
Kostnader US dollar Oppfølging: 2 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var US\$1674	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var US\$775 lavere (KI ikke oppgitt)	98 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt

¹ En studie med få deltakere.
² Studien var ikke blindet. Randomiseringsprosedyre var basert på dato de søkte behandling og hvor det var ledige senger i bolig og sykehus.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av å bo i styrket bolig for mannlige rusmisbrukere sammenlignet med de som bodde på sykehus var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie med få deltakere, og at denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi den ikke var blindet og det ikke ble brukt en tilfredsstillende prosedyre for å fordele pasientene til styrket bolig og til sykehus.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om menn med langvarig rusmisbruk som bor i en styrket bolig gir lavere kostnader enn hvis de hadde bodd på sykehus.

Utfall som ikke var definert som utfallsmål i prosjektet.

Andelen som var rusfrie på oppfølgingstidspunktet var den samme i gruppen som hadde styrket bolig og gruppen som bodde på sykehuset.

Inkluderte studier om effekt av pasienthotell ved utskrivning av pasienter

Vi identifiserte seks studier som ser på bruk av pasienthotell, eller tiltak som kategoriseres som pasienthotell-lignende, ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Først vil vi presentere den studien som etter vår oppfatning er mest relevant for norske forhold; studien om barselkvinner. Deretter presenteres to studier av eldre pasienter og akuttpasienter. Dette er studier vi vurderer som noe mindre relevante for norske forhold. Til sist presenterer vi tre studier med pasienter med psykiatriske diagnoser, der intervensjonen besto av pensjonat, avlastningshjem (for hjemløse) og rehabiliteringssenter.

Pasienthotell sammenlignet med sykehus for barselkvinner

Woods et al (1988) gjennomførte en kontrollert før- og etterstudie basert på regnskapstall for 1986 i Indiana, USA (31). Mødre ble etter en normal fødsel eller et ukomplisert keisersnitt overført til et 19-sengs pleieprogram hvor de kunne bo før de ble utskrevet fra sykehuset. Studien fremstår som den mest relevante for norske forhold fordi den omfatter en gruppe pasienter som tilbys opphold pasienthotell i Norge i dag. Allikevel er det uklart om pasienthotellet beskrevet i studien er sammenlignbart med norske pasienthotell fordi mange forhold som vil vektlegges før barselkvinner utskrives fra sykehus og pasienthotell i Norge ikke er nevnt. I Norge vil problemer knyttet til amming og barnets helsetilstand bidra til individuelle vurderinger av når kvinnene kan overføres fra sykehus og pasienthotell (33). I Norge vil også belastningen på barselavdelingene påvirke ressursbruken, og derigjennom hvor lenge en kvinne blir på sykehus og/eller pasienthotell før utskrivning (33).

Kostnadene var signifikant redusert for pasienter som ble overført til pasienthotellet. Det var en forutsetning at det var et normalt svangerskap for at man ble overført til pasienthotellet. Hovedsakelig skyldes de reduserte kostnadene lav kompleksitet i tilbudet av tjenester på pasienthotellet, mens det var 13,9 % som ble forløst med keisersnitt ved pasienthotellet var det 22,4 % ved sykehuset. Pasienter som fikk keisersnitt og som lå på sykehuset lå i gjennomsnitt 3,4 dager, mens pasienter som fikk keisersnitt og lå på pasienthotellet lå 4,1 dager. Normale fødsler (normal forløsning som kun trengte rutinebehandling) hadde de laveste kostnadene i gjennomsnitt \$1,308.76, mens komplekse fødsler (operative forløsning) kostet i gjennomsnitt \$1,488.99 og operasjoner (keisersnitt) kostet \$1,974.27. Opplysninger om reinnleggelser eller pasientenes vurderinger av tilbudene ble ikke rapportert. Resultatet for kostnader og kvalitetsvurderingen er oppsummert i Tabell 5.

Tabell 5. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av pasienthotell med sykehus for barselkvinner.

Pasienthotell sammenlignet med sykehus for barselkvinner ved sykehus						
Pasientpopulasjon: Barselkvinner ved sykehus						
Studiene var utført i: USA						
Intervensjon: Pasienthotell						
Sammenligning: Sykehus						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Sykehus	Pasienthotell				
Kostnader	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var \$1.508.22	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var \$139,99 lavere (KI ikke oppgitt)		1686 (1 studie)	□○○○ Svært lav ¹	P < 0.0001
Liggedøgn	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 2.8 døgn	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 0.1 døgn høyere (KI ikke oppgitt)		1686 (1 studie)	□○○○ Svært lav ¹	Signifikans ikke oppgitt

¹ Kun en studie med høy risiko for feil og systematiske skjevheter.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av et pasienthotell sammenlignet med sykehus for barselkvinner var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie, og denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det å overføre barselkvinner til et pasienthotell fører til lavere kostnader enn om de forblir innlagt på sykehuset.

Felles NHS/Social Services bolig sammenlignet med eget hjem for eldre pasienter

Ellis et al (2005) gjennomførte en kontrollert før- og etterstudie i USA hvor pasienter med en gjennomsnittsalder på over 80 år ble delt i to grupper (29). En gruppe ble utskrevet til eget hjem med de tjenestene de vanligvis ville fått der, og den andre gruppen ble utskrevet til en enhet med 19 senger og hvor det var tilgang til ergoterapeuter og fysioterapeuter. Studien brukte mange kilder til opplysninger om kostnadene ved pasientbehandling i de to gruppene. Ut fra hva man hadde registrert at pasientene i de to gruppene hadde fått av tjenester og beregnet man kostnader på bakgrunn av dette.

De totale kostnadene som påløp for de to gruppene under oppfølgingsåret var ikke signifikant forskjellig, men fordelingen av kostnader mellom NHS (National Health Service) og Social Services varierte. Heller ikke antall dager på sykehus ved reinnleggelse var signifikant forskjellig. Opplysninger om hvordan pasientene vurderer de

to boformene er ikke rapportert i artikkelen. Resultatene som sammenligner kostnader og dager på sykehus ved reinnleggelser og kvalitetsvurderingene er oppsummert i Tabell 6.

Tabell 6. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold i en felles NHS/Social Services bolig med opphold i eget hjem for pasienter over 80 år.

Felles NHS/Social Services bolig sammenlignet med eget hjem for eldre						
Pasientpopulasjon: Eldre						
Studiene var utført i: UK						
Intervensjon: Felles NHS/Social Services bolig						
Sammenligning: Eget hjem						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Eget hjem	Felles NHS/Social Services bolig				
Kostnader Oppfølging: 12 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var £8510.68	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var £31.60 høyere (KI ikke oppgitt)		194 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt
Dager på sykehus ved reinnleggelser Oppfølging: 12 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 17,4 dager	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 4,5 dager lavere (KI ikke oppgitt)		194 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt

¹ En studie med få deltagere.

² Aldersforskjellen mellom gruppene er ikke justert for i analysene.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av en felles NHS/Social Services enhet sammenlignet med eget hjem for eldre pasienter var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie, og at denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjjevheter da forskjeller mellom gruppene ikke var justert for i analysene.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om å overføre eldre pasienter til en felles NHS/Social Services enhet førte til høyere kostnader enn om de ble utskrevet til eget hjem med tilsvarende tjenester.

Sykepleierledet enhet sammenlignet med sykehus for akuttpasienter

Steiner et al (2001) (30) gjennomførte en randomisert kontrollert studie i England hvor pasienter, som hadde vært medisinsk stabile i minst 24 timer og var minst 16 år gamle, ble overført til en sykepleierledet enhet eller de fortsatte å være innlagt på sykehuset. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på omtrent 70 år, og omtrent en tredjedel hadde kognitiv svikt.

Når man inkluderte kostnader til overføring til kommunale sykehus for postakutt behandling, var det ikke signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til kostnader, reinnleggelser eller i livskvalitet. Forfatterne rapporterte at det var ingen signifikante forskjeller i fysisk funksjon, i andelen som trengte mer støtte i boligen etter utskrivning eller i dødelighet. Opplysninger om pasientenes vurdering av tiltaket ble ikke rapportert i artikkelen. Resultatene for liggedøgn, antall reinnleggelser og livskvalitet og kvalitetsvurderingene av resultatene er oppsummert i Tabell 7.

Tabell 7. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold på en sykepleierledet enhet med opphold på sykehus for pasienter som er medisinsk stabile etter akuttbehandling på sykehus.

Sykepleierledet enhet sammenlignet med sykehus for akuttpasienter						
Pasientpopulasjon: Akuttpasienter						
Studiene var utført i: UK						
Intervensjon: Sykepleierledet enhet						
Sammenligning: Sykehus						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Sykehus	Sykepleierledet enhet				
Liggedøgn Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 39.5 døgn i sykehus	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 1.7 døgn høyere (7.4 lavere til 10.7 høyere)		240 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	
Reinnleggelse antall reinnleggelser Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 413 per 1000	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 317 per 1000 (207 til 462)	OR 0.66 (0.37 to 1.22)	238 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2,3}	
Livskvalitet Wood-Dauphinee score (0-100) Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 15.4	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 0.9 høyere (0.7 lavere til 2.4 høyere, høyere er bedre)		109 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	

¹ Selv om studien er randomisert er det ikke skjult fordeling til gruppene idet pasientene godkjenner at de deltar i intervensjons- eller kontrollgruppen.

² En studie med 240 pasienter.

³ Svært stort konfidensintervall gir stor usikkerhet.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av en sykepleierledet enhet sammenlignet med at pasientene fortsatt var innlagt på sykehuset etter en akuttinnleggelse var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av en liten studie, og denne studien hadde høy ri-

siko for systematiske feil og systematiske skjevheter fordi randomiseringsprosedyrene ikke er fulgt på en tilfredsstillende måte.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det å være på en sykepleierledet enhet i stedet for i eget hjem etter en akuttinnleggelse gir færre liggedøgn, reinnleggelser eller økt livskvalitet sammenlignet med innleggelse på sykehus.

Pensjonat sammenlignet med andre kommunale tjenester for pasienter med diagnose schizofreni

Bota et al (2007) gjennomførte en kontrollert før- og etterstudie i USA med registerdata blant personer med diagnose schizofreni som var behandlet enten mens de bodde på pensjonat eller som fikk andre kommunale tjenester (18). Et pensjonat hadde minst 3 senger og ga 24-timers veiledning og tilsyn av personlige pleie, annen støtte og helserelaterte tjenester. Hva de andre kommunale tjenestene besto i var uklart, men mest sannsynlig ble pasientene henvist til eget hjem med støtte fra kommunen. Antall sykehusinnleggelser var ikke signifikant forskjellige for de to gruppene pasienter, men forfatterne rapporterer at livskvaliteten ble høyere for gruppen pasienter på pensjonat. Forfatterne har en hypotese om at høyere livskvalitet kan medføre færre reinnleggelser senere, men dette ble ikke dokumentert. Informasjon om kostnader og pasientenes vurderinger av tiltaket ble ikke rapportert i artikkelen. Resultatet for sykehusinnleggelser og kvalitetsvurderingen av resultatet er oppsummert i Tabell 8.

Tabell 8. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av pensjonat og andre kommunale tjenester for personer med diagnose schizofreni.

Pensjonat sammenlignet med eget hjem for personer med diagnose schizofreni					
Pasientpopulasjon: Personer med diagnose schizofreni Studiene var utført i: USA Intervensjon: Pensjonat Sammenligning: Eget hjem					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ Antall deltakere (studier) (95% KI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Eget hjem	Pensjonat			
Antall sykehusinnleggelser Oppfølging: gj.snitt 35 måneder	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 3,5	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var 0,45 lavere (KI ikke oppgitt)	55 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Ikke statistisk signifikant (p=0.55).
Livskvalitet	Se kommentar	Bedre i intervensjonsgruppen		⊕○○○ Svært lav ^{1,2}	Opplysninger om hvordan den er målt og hvor høy den er, er ikke oppgitt i artikkelen.

¹ En studie med få deltakere.

² Gruppene var ikke sammenlignbare da pasienter som ikke bodde på pensjonat hadde signifikant oftere familie de bodde sammen med, og det var ikke justert for dette i analysene.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av pensjonat for pasienter med diagnose schizofreni var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie med få deltakere, og denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var like ved starten av studien og det ble ikke justert for dette i analysen.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det å henvise personer med diagnose schizofreni til pensjonat medfører færre sykehusinnleggelses sammenlignet med å henvise dem til andre kommunale tilbud.

Avlastningshjem sammenlignet med egen omsorg for hjemløse

Kertez et al (2009) gjennomførte en klinisk kontrollert studie i USA blant hjemløse som ble utskrevet fra medisinsk eller kirurgisk sykehusopphold enten til avlastningshjem, til annet planlagt bosted eller til egen pleie (27). Avlastningshjemmet besto av 90 senger for både kvinner og menn, hvor en tredjedel av pasientene kom dit ved utskriving fra sykehus. Tjenesten omfattet daglig medisinsk tilsyn, 24-timers pleie, tilgang til psykiater, tannlege og oppfølging av den enkelte (case management). Egen omsorg kunne være utskriving til gata, men det administrative systemet ved sykehuset kunne ikke registrere det. Annet planlagt bosted omfattet alt som ikke var avlastningshjem, og kunne være sykehus for kronisk syke eller til eget hjem med hjemmetjeneste.

Det var liten forskjell mellom de tre gruppene med pasienter med hensyn til antall reinnleggelses. Opphold på avlastningshjem innebar signifikant høyere kostnader enn utskriving til egen pleie, kostnadene for pasientene som ble utskrevet til annet planlagt bosted var ikke tilgjengelig. Opplysninger om pasientenes vurdering av oppholdet ble ikke rapportert i artikkelen. Resultatene som sammenligner reinnleggelses og kostnader og kvalitetsvurderinger av resultatene er oppsummert i Tabell 9.

Tabell 9. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold avlastningshjem med egen omsorg eller opphold på annet planlagt bosted for hjemløse etter utskrivning fra sykehus.

Avlastningshjem sammenlignet med eget hjem for hjemløse						
Pasientpopulasjon: Hjemløse						
Studiene var utført i: USA						
Intervensjon: Avlastningshjem						
Sammenligning: Egen omsorg eller annet planlagt bosted						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Egen pleie	Avlastningshjem				
Reinnleggelser Oppfølging: 90 dager	Andel i kontrollgruppen som ble gjeninnlagt var 21 %	Andel i intervensjonsgruppen var like høy		743 (1 studie)	☐☐☐☐ Svært lav ^{1,2}	Andelen reinnleggelser var like høy i alle tre grupper.
Kostnader Oppfølging: 90 dager	Gjennomsnittet i kontrollgruppen var \$2,819	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var \$5,994 høyere (\$4,210-\$7,779)		569 (1 studie)	☐☐☐☐ Svært lav ^{1,2}	Sammenligningen med annet planlagt bosted ikke tilgjengelig. Avlastningshjem etter 90 dager var dyrere enn utskrivning til egen pleie, p< 0.001.

¹ En studie med få deltagere.
² Gruppene var ikke sammenlignbare, pasientene på avlastningshjem var eldre, oftere hvite menn, hadde oftere alkoholproblem og sjeldnere narkotikaproblem, og det var ikke justert for dette i analysene.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av avlastningshjem for hjemløse ved utskrivning fra sykehus var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie, og denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var sammenlignbare ved starten av studien, og det var ikke justert for dette i analysene.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om å skrive ut hjemløse pasienter til annet planlagt bosted eller til egen omsorg medfører høyere kostnader enn utskrivning til avlastningshjem. Heller ikke betydningen av bosted for reinnleggelser kan vurderes.

Rehabiliteringssenter sammenlignet med sykehus for personer med et sosialt handikap

McCrone et al (2006) gjennomførte en kontrollert før- og etterstudie i England, hvor en gruppe personer med et sosialt handikap ble overført til et rehabiliteringssenter på området til et psykiatrisk sykehus som var planlagt nedlagt (28). Kontrollgruppen bodde på sykehuset. I rehabiliteringssenteret ble det opprettet individuelle behandlingsplaner som inkluderte kognitive tilnærminger.

Bokostnadene var 51 % lavere i rehabiliteringsenheten, men utgifter til pleie på dagtid var 130 % høyere. Totale kostnader, som i tillegg omfatter bl.a. overhead, vedlikehold, oppvarming, kapitalavkastning etc, var 26 % høyere for pasientene i sykehu-

set. Pasientenes vurdering av tiltaket ble ikke rapportert i artikkelen. Resultatene som sammenligner kostnadene og kvalitetsvurderingen er oppsummert i Tabell 10.

Tabell 10. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for sammenligning av opphold på rehabiliteringsenhet med opphold på sykehus for personer med et sosialt handikap.

Rehabiliteringsenhet sammenlignet med sykehus for personer med et sosialt handikap						
Pasientpopulasjon: Personer med et sosialt handikap						
Studiene var utført i: UK						
Intervensjon: Rehabiliteringsenhet						
Sammenligning: Sykehus						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI (konfidensintervall))		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Sykehus	Rehabiliteringsenhet				
Kostnader	Gjennomsnitt i kontrollgruppen var £64,646	Gjennomsnittet i intervensjonsgruppen var £13,432 lavere (KI ikke oppgitt)		84 (1 studie)	□○○○ Svært lav ^{1,2}	Signifikans ikke oppgitt
Oppfølging: gj.snitt 1 år						

¹ En studie med få deltagere.
² Gruppene var ikke sammenlignbare da den ene gruppen skåret signifikant bedre på sosiale ferdigheter og hadde signifikant lengre sykehusopphold før intervensjonen, og det var ikke justert for dette i analysene.

Hva sier dokumentasjonen?

Dokumentasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurdering av effekten av at pasienter med sosialt handikap ble overført til en rehabiliteringsenhet sammenlignet med at pasientene som var innlagt på sykehus var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldtes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie med få pasienter, og at denne studien hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var sammenlignbare ved starten av studien, og det var ikke justert for dette i analysene.

Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om å overføre personer med et sosialt handikap til en rehabiliteringsenhet fører til lavere kostnader enn at de forblir på sykehus.

Artikler ekskludert pga utfallsmål som ikke var spesifisert i prosjektet

Støttet bolig sammenlignet med eget hjem for kvinner med spiseforstyrrelser

Tantillo et al (2009) gjennomførte en klinisk kontrollert studie i USA av en gruppe voksne kvinner med spiseforstyrrelser (34). Kvinnene ble tilbudt en støttet bolig mens de deltok i et program hvor de skulle forbedre dagligdagse handlinger som å

kjøpe mat, planlegge måltider, lage mat, tidsplanlegging og fritid. Opplysninger om kostnader, reinnleggelser eller pasientenes vurdering av tiltaket ble ikke rapportert i artikkelen.

Pasientene som fikk støttet bolig økte mer i vekt enn de kvinnene som bodde hjemme.

Studien har høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var sammenlignbare ved starten av studien og det var ikke justert for dette i analysene. Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om å gi støttet bolig til voksne kvinner med spiseforstyrrelser fører til høyere vekt sammenlignet med de som bodde i eget hjem.

Pasienthotell sammenlignet med sykehus for pasienter med psykiatiske diagnoser

Wykes og Wing (1982) (35) gjennomførte i en kontrollert før- og etterstudie i Storbritannia. En gruppe av pasienter med psykiatiske diagnoser, i all hovedsak schizofreni, ble overført til et ombygd privathus hvor de kunne bo under mer private forhold, selv om tilgangen til faglig og huslig hjelp var den samme som ved sykehuset. Det var en reduksjon i andelen problemer pasientene trengte hjelp til over tid for gruppen som bodde i det private huset, mens nivået forble det samme i hele perioden for gruppen som bodde på sykehuset. Endringer i kostnader eller reinnleggelser eller pasientenes vurdering av tiltaket ble ikke rapportert i artikkelen.

Studien har høy risiko for feil og systematiske skjevheter fordi gruppene ikke var like ved starten av studien. Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om å overføre psykiatiske pasienter med lange sykehusopphold til pasienthotell endrer mengden problemer som pasientene trenger hjelp til fremfor å behandle dem ved et sykehus.

Diskusjon

Kunnskapscenteret fikk i oppdrag av Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for tjenesteutvikling og samhandling, i november 2009, å utføre en kunnskapsoppsummering av effekten av pasienthotell. Det norske regelverket skiller mellom pasienthotell og sykehotell, hvor forskjellen er at pasienter kan overføres til et pasienthotell mens de er innskrevet ved sykehuset, men ikke til et sykehotell. Vi har valgt ikke å skille dem i dette prosjektet, da det er usannsynlig at andre land har et tilsvarende skille og at slike opplysninger er oppgitt i artiklene. Et av kravene for at en studie skulle inkluderes i dettes prosjektet er at studien må ha en kontrollgruppe. Det betyr at hvor en gruppe pasienter bor på et pasienthotell skal det i samme studie være en annen gruppe pasienter som bor et annet sted, men som utover det får det samme tilbudet. Hvor pasientene i en kontrollgruppe kan bo kan variere mellom en sykehusavdeling, via mange former for tilrettelagt bolig, til at de bor i eget hjem.

Effekten av pasienthotell kan måles både i forhold til utfall for sykehuset, som kostnader og reinnleggelser, og for pasienten, som tilfredshet og trygghet. Hvordan dette registreres i de ulike studiene varierer. Kostnader har i ulike studier blitt målt gjennom en registrering av hvilke tjenester pasienten mottok og hva dette kan ha kostet, eller ved å se på bokførte kostnader for hele avdelingen.

Ingen av studiene hadde så like studiepopulasjoner og sammenligninger av boform at det var naturlig å slå dem sammen i en felles analyse. De fleste inkluderte studiene hadde få pasienter, den største hadde vel 1600 pasienter. De syv andre studiene omfattet et tilsvarende antall pasienter til sammen.

Alle studiene hadde høy risiko for feil og systematiske skjevheter. I dette prosjektet fant vi kun én studie for hver pasientgruppe og sammenligning av boform, som gjorde det uhensiktsmessig å slå sammen studiene. Dokumentasjonsgrunnlaget for resultatene hadde dermed svært lav kvalitet, og gjorde det ikke mulig å trekke noen sikker konklusjon om effekten av pasienthotell.

Litteratursøket

Begrepet pasienthotell har ingen konsis definisjon med hensyn til hvilke typer behandling tilbudet kan inneholde. Vi har derfor inkludert ulike begreper for overnat-

tingstilbud i søket og at det skulle være en kontrollgruppe som har fått et annet overnattingstilbud under oppholdet.

Vi har søkt i internasjonale databaser og har dermed ikke inkludert eventuelle studier som kun er publisert som rapporter på ulike hjemmesider. Slike søk etter hva som omtales som grå litteratur er svært arbeidskrevende og det er lite sannsynlig at slike studier har et studiedesign med kontrollgruppe.

I et litteratursøk etter ulike boalternativer for pasienter, før, under og etter et sykehusopphold, fant vi 5061 artikler. En stor andel av disse studiene var irrelevante for prosjektet, da de omfattet øyeoperasjoner og kvalitet på innemiljø i boliger. Vi innhentet alle effektstudiene vi identifiserte, i alt 47 artikler. Når vi (GEV og HHH) leste gjennom de 47 identifiserte artiklene la vi vekt på at dette ikke skulle fremstå som en behandlingsavdeling, men et tilbud til pasienter som i større grad skulle bli i stand til å kunne klare seg selv eller som skulle ha et tilbud før, under eller etter et sykehusopphold.

Vi begrenset ikke søket til hvilket utfall som skulle være rapportert fordi det kunne utelukke studier som hadde flere utfall, hvorav vi var interessert i et av dem. Søket identifiserte artikler som hadde andre utfallsmål enn de som var spesifisert i prosjektet. Disse artiklene ble ekskludert ved gjennomlesning av de 47 identifiserte studiene. Utfallene var knyttet til behandlingsutfall som vekt for personer med spiseforstyrrelser, og forekomst av problemer pasienten trenger hjelp til for psykiatriske problemer.

Når det var så uklare begrensninger i hva vi ville kunne inkludere i denne kunnskapsoppsummeringen er det en risiko for at vi kan ha mistet intervensjoner som kan beskrives som pasienthotell, men som bruker andre begreper på et slikt tilbud. Det er mulig at relevante intervensjoner blir omtalt med andre ord i litteraturen, men at vårt søk ikke har fanget opp disse. Samtidig har vi valgt å gjøre søket etter litteratur så bredt som mulig ved å inkludere generelle begreper for bolig, nettopp for å fange opp så mye av denne litteraturen som mulig.

Resultatene

I alt ble åtte studier inkludert i denne systematiske oversikten, hvorav én studerte alternativer til innleggelse på sykehus, én studerte ulike bosteder under behandling på sykehus, og de seks siste studerte alternativer ved utskrivning fra sykehus. Fem av artiklene studerte effekten av ulike typer uformell overnatting for personer med forskjellige typer psykiske problemer. Pasientene hadde enten en psykiatrisk diagnose, et rusproblem eller store sosiale handikap. De resterende tre studiene hadde ulike populasjoner, barselkvinner, eldre og akuttpasienter.

Vi skulle se etter to ulike grupper av utfallsmål, kostnader for sykehuset og trygghet eller tilfredshet for pasientene. Vi fant ingen studier som hadde studert pasientenes trygghet. Alle studiene rapporterte kostnader, selv om de var målt på ulike måter for eksempel som reinnleggelser eller regnskapstall. Andre studier beregnet kostnader gjennom å først kartlegge hvilke tjenester som ble gitt og så ble disse priset. En sammenligning av kostnader som er beregnet på ulik måte vil uansett være problematisk, fordi det kan være vanskelig å beregne hvordan tjenester deles mellom avdelinger på sykehuset, hvordan organiseringen av tjenester generelt er fordelt, eller at det er ulike avskrivningsregler for investeringer i bygninger. Refusjonsordninger kan variere mellom land, og kan bidra til at hvilke elementer i kostnadene som er relevante i et annet land vil være forskjellig fra det landet som har gjennomført studien.

Reinnleggelser er i denne rapporten inkludert som en måte å måle kostnader. Sammenligning av reinnleggelser på tvers av pasientgrupper kan være vanskelig da reinnleggelsesrater kan være avhengig av hvilken diagnose pasientene har. I dette prosjektet omfattet mange av studiene færre enn 100 pasienter. Når studiene er så små så vil det være nødvendig med mange studier før man kan få store nok grupper til å vurdere eventuelle forskjeller mellom pasienter i pasienthotell eller i andre boformer. Da blir det også viktig at boformene som sammenlignes er så like at studiene kan analyseres samlet.

Selv om vi ikke kan slå sammen resultatene slik at vi kan konkludere med om det er en effekt av pasienthotell, betyr ikke det at pasienthotell ikke har effekt. Pasienthotell kan ha effekt både for sykehus og pasienter, men vi kan ikke dokumentere det med bakgrunn i resultatene fra den forskningsdokumentasjonen vi har identifisert.

Krav til kontrollgruppe

For at vi skal kunne utelukke at andre faktorer enn den intervensjonen (her pasienthotell) vi studerer påvirker resultatet, er det nødvendig at studiene har en kontrollgruppe som på alle andre faktorer er så like som intervensjonsgruppen som mulig, og at de studeres til samme tid. En studie som vi ikke inkluderte i denne rapporten har fulgt pasienter fra samme sykehus i en annen periode som kontrollgruppe (36). Når denne studien viser forskjell mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen kan vi ikke være sikre på at forskjellen skyldes intervensjonen, for det kan være mange andre ting som har skjedd parallelt med den. Man kan ha fått tilgang til andre behandlingsformer eller medisiner og som dermed en av gruppene ikke hadde tilgang til. Pasienter og ansatte kan ha store forventninger til at en enhet som er tilpasset foreldre med syke barn som skal utskrives fra sykehuset faktisk skal gjøre foreldrene tryggere og at det er denne forventningen man måler.

Tjenesteinnholdet i pasienthotellet

At pasienthotellene yter ulike tjenester kan være et resultat av at sykehusene og helsetjenesten generelt er ulikt organisert i ulike land, og noen ganger også i ulike regioner innenfor samme land. Vi har ikke avgrenset prosjektet til land eller regioner som organiserer overnattingstilbud til sykehuspasienter på samme måte som det gjøres i Norge. Ulik organisering av helsetjenesten kan bety at sykehus og primærhelsetjenesten har ulikt ansvar for oppfølging og samarbeid om pasientene i ulike land. Slike forskjeller vil ikke fanges opp i en oversikt som denne hvor vi presenterer hva pasienthotellet omfatter og ikke en vurdering av ulike måter å organisere en slik tjeneste på. At vi fant studier som omfattet pasientgrupper som antagelig ikke ville blitt vurdert for pasienthotell i Norge illustrerer dette.

Hvilke tjenester det er naturlig å gi til pasienter som oppholder seg i et pasienthotell kan bl.a. variere med den tilgangen de har til ordinære tjenester etter sykehusoppholdet, som rehabilitering, opplæring og opptrening. I tillegg vil ulike pasientgrupper ha ulike behov for opplæring og støtte, noe som vil innebære at tilbudene som gis etter utskrivning fra sykehus må være tilpasset de ulike pasientgruppene. Selv pasienter med samme diagnose kan ha ulike behov, så en individuell tilpasning i hva som tilbys pasientene kan være en utfordring. Denne variasjonen mellom grupper og individer bidrar til at det blir stor variasjon av hvilke tilbud som kan tilpasses et pasienthotell. Vanskelighetene med å tilpasse tilbudet til grupper av pasienter med sjeldne sykdommer viser også utfordringen for forskerne i dette feltet, det blir vanskelig å kunne gjennomføre kontrollerte effektstudier.

I dette prosjektet har vi begrenset innholdet i de tjenester som tilbys ved et pasienthotell. Hvor grensen for slike tjenester går i forhold til hva som ville blitt gjennomført på en rehabiliteringsavdeling er uklart. Fordi tilbudene varierer så mye mellom de ulike studiene, er overførbarheten til norske forhold lav. I Norge er det et uttalt ønske om at pasienthotellene skal være et tilbud til pasienter som ikke trenger omfattende behandling eller pleie. Prosjektet har vært knyttet opp mot pasienthotell definert som et overnattingssted, slik at å inkludere rehabiliteringsavdelinger som var en del av den regulære sykehusdriften vil falle utenfor vår problemstilling.

Hvilke tjenester som tilbys pasientene ved de ulike avdelingene som inngår i de ulike studiene vil være et resultat av hvordan sykehuset og helsetjenesten på det konkrete stedet er organisert. Noen av studiene gjør nøye rede for hvilke tjenester pasientene blir tilbudt både i intervensjons- og kontrollgruppen, mens andre er langt mer uklare, særlig for kontrollgruppen. Slike uklarheter vil også kunne bidra til at vi muligens kan ha inkludert eller ekskludert feil artikler, men vi har ønsket å velge en løsning hvor vi inkluderer mest mulig. Mangel på opplysninger om innholdet i tjenestene gjør det vanskelig å vurdere om dette er tjenester som det vil være sannsynlig at vil inngå på en tilsvarende avdeling i Norge og om eventuelle resultater fra studien kan overføres til norske forhold.

Varighet av opphold i pasienthotell

Vi har i dette prosjektet ikke begrenset oss til studier med en gitt varighet av et opphold i et pasienthotell. I studier med psykiatriske pasienter ble dette problemet tydelig. Mange psykiatriske lidelser er langvarige, og boligene som ble tilpasset denne gruppen pasienter ble ofte disse pasientenes hjem for lange perioder av gangen, eller for resten av livet. I en studie som undersøkte hvilke pasientgrupper som egnet seg for overføring fra en regulær sykehusavdeling til et pasienthotell så fant forfatterne at i gjennomsnitt ingen psykiatriske pasienter egnet seg (4). Problemet med å avgrense varigheten av oppholde kan være en av årsakene til denne vurderingen. I tillegg er utfordringene for samhandling om daglige gjøremål en utfordring for en del av disse pasientene (17) og gjør at et pasienthotell uten mer tilsyn enn en sykepleier ved inngangen ikke vil være egnet.

Styrker og svakheter med en systematisk oversikt

Styrken ved denne rapporten er at vi har brukt systematiske metoder for å søke etter, velge ut og kritisk vurdere studiene som er inkludert i rapporten. Vi har søkt etter forskningslitteratur i internasjonale databaser med utgangspunkt i søketermer som er utarbeidet i prosjektet for å besvare problemstillingen vi hadde fått. En styrke er også at hvilke inklusjons- og kvalitetskriterier vi har brukt for å vurdere studiene er beskrevet i detalj.

Svakhetene med en slik systematisk oversikt er at den raskt kan bli foreldet da ny litteratur kommer til kontinuerlig.

Konklusjon

I prosjektet identifiserte vi åtte studier om effekt av pasienthotell sammenlignet med andre overnattingssteder for sykehus og pasienter. De fleste studiene omfattet pasienter som etter norske forhold antageligvis ikke er aktuelle beboere av pasienthotell, i tillegg omfattet de fleste studiene få pasienter, særlig sett i forhold til antallet potensielle brukere av et pasienthotell i Norge og alle hadde høy risiko for feil eller systematiske skjevheter. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av pasienthotell verken for sykehus eller for pasienter.

Behov for videre forskning

Selv om det finnes mange studier om utskrivningsprosedyrer og andre forhold rundt overføring av pasienter fra sykehus til eget hjem eller andre boliger, så er det få sammenlignbare studier om pasienthotell. Studiene er hovedsakelig gjennomført for grupper av pasienter hvor det vil være vanskelig å få et stort antall deltakere å fordele i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Det trengs derfor flere studier, slik at man enten kan slå sammen ulike studier av de samme pasientgruppene og de samme sammenligningene eller at antallet i den enkelte studie blir så stort at man kan trekke en konklusjon. For pasientgrupper hvor det finnes et stort nok antall pasienter er det viktig at man velger et studiedesign som gjør det mulig å isolere effekten av bruk av pasienthotell fra andre mulige forhold som kan påvirke resultatene.

Ved å utarbeide en mer presis oversikt over hvilke tjenester som skal inngå i et pasienthotell, kan det være lettere å finne litteratur som bruker andre begreper enn pasienthotell om slike tjenester.

Referanser

Reference List

- (1) Smith A. Hva er et pasienthotell eller et sykehotell? Helsebiblioteket: Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse 2001 June 1 Available from: URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2001/Nr.+7-01/8114.cms>
- (2) Lindgren C. [Aftercare of newborn infants in a patient hotel]. Tidsskr Nor Laegeforen 2000 May 10;120(12):1409-11.
- (3) Nesje SB. Pasienthotell uten slåbrok og hvite frakker. Tidsskr Nor Laegeforen 2000 Jun 10;120:1816.
- (4) Harvey I, Jenkins R, Llewellyn L. Enhancing appropriateness of acute bed use: role of the patient hotel. J Epidemiol Community Health 1993 Oct;47(5):368-72.
- (5) Abell L, Beckmann K, Strange C, Leone L, Kerrins E, Lee S, et al. Providing accommodation services for rural cancer patients: The experience in South Australia. Cancer Forum 2007;31(2):98-104.
- (6) Dryden S. Taking the 'institution' out of hospital care. Inpatient accommodation for oncology patients. Professional nurse (London, England) 1994;9(11):725-8.
- (7) Elder M, Steven D, Beasley S, Wium D. Unplanned overnight hospital admission after strabismus surgery. N Z Med J 2007;120(1260):U2681.
- (8) Dexter SC, Klein KA, Clark DA, Ross SL, Veille JC. The Ronald McDonald House as an alternative to antepartum hospitalization. J Perinatol 2004 Oct;24(10):623-5.
- (9) Walker A. Trajectory, transition and vulnerability in adult medical-surgical patients: a framework for understanding in-hospital convalescence. Contemp Nurse 2001 Dec;11(2-3):206-16.
- (10) Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. Psychiatr Serv 2009 Apr;60(4):473-82.
- (11) Minsky S, Gubman RG, Duffy M. The eye of the beholder: Housing preferences of inpatients and their treatment teams. Psychiatr Serv 1995;46(2):173-6.

- (12) Oz MC, Zikria J, Mutrie C, Slater JP, Scott C, Lehman S, et al. Patient evaluation of the hotel function of hospitals. *Heart Surgery Forum* 2001;4(2):166-71.
- (13) Shendell-Falik N. Creating self-care units in the acute care setting: a case study. *Patient Educ Couns* 1990 Feb;15(1):39-45.
- (14) Holen I. Plassering av pasienthotell ved Sørlandet Sykehus. 9-3-2011. Ref Type: Personal Communication
- (15) Winokur EJ, Senteno JM. Guesting area: an alternative for boarding mental health patients seen in emergency departments. *J Emerg Nurs* 2009 Sep;35(5):429-33.
- (16) Reid Y, Garety P. A hostel-ward for new long stay patients: Sixteen years' progress. *Journal of Mental Health* 1996;5(1):77-89.
- (17) Bailey M, Brodaty H. Life after hospital: trials of a boarding house 'mother'. *Aust N Z J Psychiatry* 1982;16(4):289-92.
- (18) Bota RG, Munro JS, Sagduyu K. Benefits of boarding home placement in patients with schizophrenia. *South Med J* 2007;100(2):145-8.
- (19) Plochg T, Delnoij DMJ, van der Kruk TF, Janmaat TACM, Klazinga NS. Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC health services research* 2005;5:38.
- (20) Bowman C, Black D. Intermediate not indeterminate care. *Hospital Medicine (London)* 1998 Nov;59(11):877-9.
- (21) Griffiths P. Intermediate care in nursing-led units - A comprehensive overview of the evidence base. *Reviews in Clinical Gerontology* 2006;16(1):71-7.
- (22) Anderson RL, Lewis DA. Quality of life of persons with severe mental illness living in an intermediate care facility. *J Clin Psychol* 2000 Apr;56(4):575-81.
- (23) Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. The Cochrane Collaboration; 2009.
- (24) Guthrie SJ, Hill KM, Muers ME. Living with severe COPD. A qualitative exploration of the experience of patients in Leeds. *Respir Med* 2001;95(3):196-204.
- (25) Bond GR, Witheridge TF, Wasmer D, Dincin J, McRae SA MJ. A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(2):177-83.
- (26) Schinka JA, Francis E, Hughes P, LaLone L, Flynn C. Comparative outcomes and costs of inpatient care and supportive housing for substance-dependent veterans. *Psychiatric services (Washington, D C)* 1998;49(7):946-50.
- (27) Kertesz SG, Posner MA, O'Connell JJ, Swain S, Mullins AN, Shwartz M, et al. Post-hospital medical respite care and hospital readmission of homeless persons. *Journal of Prevention and Intervention in the Community* 2009;37(2):129-42.

- (28) McCrone P, Hallam A, Knapp M, Swaray F, Nazir A, Leff J, et al. Service use and costs of supporting the most socially disabled patients in a hospital reprovion programme: A two-hospital comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(8):656-61.
- (29) Ellis A, Trappes-Lomax T, Fox M, Taylor R, Power M, Stead J, et al. Buying time II: an economic evaluation of a joint NHS/Social Services residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health and Social Care in the Community* 2006 Mar;14(2):95-106.
- (30) Steiner A, Walsh B, Pickering RM, Wiles R, Ward J, Brooking JI, et al. Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit. *BMJ (Clinical research ed)* 2001;322(7284):453-60.
- (31) Woods JR, Saywell RMJ, Benson JT. Comparative costs of a cooperative care program versus inpatient hospital care for obstetric patients. *Med Care* 1988 Jun;26(6):596-606.
- (32) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 2 ed. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
- (33) Den norske jordmorforening. 23-5-2011.
Ref Type: Personal Communication
- (34) Tantillo M, MacDowell S, Anson E, Taillie E, Cole R. Combining supported housing and partial hospitalization to improve eating disorder symptoms, perceived health status, and health related quality of life for women with eating disorders. *Eating Disorders* 2009;17(5):385-99.
- (35) Wykes T, Wing JK. A ward in a house: Accommodation for 'new' long-stay patients. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65(5):315-30.
- (36) Forsythe P. New practices in the transitional care center improve outcomes for babies and their families. *J Perinatol* 1998 Nov;18(6 Pt 2 Su):S13-S17.
- (37) Arntz HR, Deutschen Gesellschaft fur Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung, Deutschen Interdisziplinaren Vereinigung fur Intensiv- und Notfallmedizin. [Prehospital accommodation of patients with acute coronary syndrome. *Z Kardiol* 2004 Nov;93(11):915-6.
- (38) Bartlett C, Holloway J, Evans M, Harrison G. Projection of alternatives to acute psychiatric beds: Review of an emerging service assessment method. *Journal of Mental Health* 1999;8(6):555-68.
- (39) Besserman E, Teres D, Logan A, Brennan M, Cleaves S, Bayly R, et al. Use of flexible intermediate and intensive care to reduce multiple transfers of patients. *Am J Crit Care* 1999;8(3):170-9.
- (40) Coyte PC, Young W, Croxford R. Costs and outcomes associated with alternative discharge strategies following joint replacement surgery: analysis of an observational study using a propensity score. *J Health Econ* 2000;19:907-29.
- (41) Del Giudice E, Ferretti E, Omiciuolo C, Sceusa R, Zanata C, Manganaro D, et al. The hospital-based, post-acute geriatric evaluation and management unit: the experience of the acute geriatric unit in Trieste. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49 Suppl 1:49-60.

- (42) Depla MFIA, De Graaf R, Van Busschbach JT, Heeren TJ. Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences. *Psychiatr Serv* 2003;54(5):730-5.
- (43) Trappes-Lomax T, Ellis A, Fox M, Taylor R, Power M, Stead J, et al. Buying time I: a prospective, controlled trial of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health and Social Care in the Community* 2006;2006 Jan; 14(1):49.
- (44) Garasen H, Magnussen J, Windspoll R, Johnsen R. [Elderly patients in hospital or in an intermediate nursing home department--cost analysis]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008 Jan 31;128(3):283-5.
- (45) Garåsen 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.
- (46) Garåsen 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. *Scandinavian journal of public health* 2008;36(2):197-204.
- (47) Gaspoz JM, Lee TH, Weinstein MC, Cook EF, Goldman P, Komaroff AL, et al. Cost-effectiveness of a new short-stay unit to "rule out" acute myocardial infarction in low risk patients. *J Am Coll Cardiol* 1994;24(5):1249-59.
- (48) Goodwin R, Lyons JS. An emergency housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001 Jan;52(1):92-5.
- (49) Griffiths P. Effectiveness of intermediate care delivered in nurse-led units. *British Journal of Community Nursing* 2006 May;11(5):205-8.
- (50) Griffiths P, Edwards M, Forbes A, Harris R. Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness. *Int J Nurs Stud* 2005 Jan;42(1):107-16.
- (51) Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RG, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(2):CD002214.
- (52) Husstedt W, Grosspietzsch R, Klink F, Oberheuser F. Aspects of rooming-in with special regard to planning of obstetric units. *Offentl Gesundheitswes* 1980;42(6):333-6.
- (53) Juhel A, Baral C, Berger M. Between guardianship and autonomy: An alternative to hospitalization. *Psychologie Medicale* 1993;25(13):1359-61.
- (54) Lagoe RJ, Decker KE. Long-term care patients in acute care beds: a community-based analysis. *Gerontologist* 1991 Aug;31(4):438-46.
- (55) Markova I, Jahoda A, Cattermole M, Woodward D. Living in hospital and hostel: The pattern of interactions of people with learning difficulties. *J Intellect Disabil Res* 1992;36(2):115-27.
- (56) Martin DP, Diehr P, Conrad DA, Davis JH, Leickly R, Perrin EB. Randomized trial of a patient-centered hospital unit. *Patient Educ Couns* 1998;34(2):125-33.

- (57) Mayhew L, Lawrence D. The costs and service implications of substituting intermediate care for acute hospital care. 2006. Report No.: 19.
- (58) McConnell P. Hospital to hostel: What benefit? *Psychiatric Bulletin* 1995;19(3):148-50.
- (59) Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2009 Apr;77(2):355-60.
- (60) Murray-Leslie CF, Jackson A, Oakley-Roberts M. Experience of a self-care unit as part of a hospital-based rehabilitation service. *Int Disabil Stud* 1991;13(2):60-4.
- (61) Newman KA, Schimpff SC. Hospital hotel services as risk factors for infection among immunocompromised patients. *Rev Infect Dis* 1987 Jan;9(1):206-13.
- (62) O'Reilly J, Lowson K, Young J, Forster A, Green J, Small N. A cost-effectiveness analysis within a randomised controlled trial of post-acute care of older people in a community hospital. *BMJ* 2006;333:228-31.
- (63) Rappaport M, Goldman H, Thornton P, Stegner B, Hall SMK, Gurevitz H, et al. A Method for Comparing Two systems of Acute 24-Hour Psychiatric Care. *Hosp Community Psychiatry* 1987 Oct;38(10):1091-5.
- (64) Richardson G, Griffiths P, Wilson-Barnett J, Spilsbury K, Batehup L. Economic evaluation of a nursing-led intermediate care unit. *Int J Technol Assess Health Care* 2001;17(3):442-50.
- (65) Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2009;301(17):1771-8.
- (66) Solberg BCJ, Dirksen CD, Nieman FHM, Van Merode G, Poeze M, Ramsay G. Changes in hospital costs after introducing an intermediate care unit: a comparative observational study. 2008. Report No.: 12.
- (67) Torres OH, Francia E, Longobardi V, Gich I, Benito S, Ruiz D. Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med* 2006 Jul;32(7):1052-9.
- (68) Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: Evaluation at 1 year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(8):416-9.
- (69) Turnbull DA, Wilkinson C, Gerard K, Shanahan M, Ryan P, Griffith EC, et al. Clinical, psychosocial, and economic effects of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomised controlled trial of 395 women. *Lancet* 2004;363(9415):1104-9.
- (70) Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard acute care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:699-702.

- (71) Wild C, Narath M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. *Health Policy* 2005 Mar;71(3):289-301.

Vedlegg 1 Søkestrategi

Databaser: Ovid MEDLINE, EMBASE (Ovid), Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination

Referanser: 5060 (6856 inkl. duplikater)

Dato for søk: 19.04.10

Metodefilter: Systematiske oversikter (medium strengt), EPOC (kontrollerte studier), kost- / nytte.

Søk: Ingrid Harboe, forskningsbibliotekar, se vedlegg for øvrige søkestrategier

Medline

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1950 to Present

1	Hospitalization/	56778
2	(hospitali?e* or hospitali?ation*).tw.	109108
3	Inpatients/	8490
4	(inpatient* or "in-patient*" or patient*).tw.	3533651
5	or/1-4	3577273
6	Housing/	11095
7	(hotel* or housing* or accommodation* or boarding* or lodging*).tw.	25560
8	((discharg* or transit*) adj3 location*).tw.	301
9	or/6-8	34015
10	5 and 9	5041
11	Intermediate Care Facilities/	570
12	(intermediate* care adj5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or location* or accommodation*).tw.	515
13	Self-Care Units/	116
14	((selfcare self-care or self care or minimal* care) adj5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or hotel* or location* or accommodation*).tw.	182
15	((patient? or hospital* or sick*) adj5 hotel?).tw.	327

16 or/11-15	1562
17 10 or 16	6398
18 systematic* review*.tw.	23633
19 17 and 18	17
20 limit 17 to "reviews (optimized)"	502
21 19 or 20	507
22 randomized controlled trial.pt.	288827
23 random*.tw.	503016
24 ((intervention* or evaluat*) and (study or trial)).tw.	824782
25 control*.tw.	1944215
26 time serie?.tw.	10109
27 or/22-26	2838509
28 Animals/	4536315
29 Humans/	11145481
30 28 not (28 and 29)	3376949
31 27 not 30	2188116
32 Cost-Benefit Analysis/	47863
33 (cost* adj2 (benefit* or effective* or minim* or utilit*)).tw.	65239
34 cba.tw.	7878
35 cea.tw.	13495
36 cua.tw.	655
37 Economics, Medical/	8245
38 (health economic? or economic evaluation?).tw.	6304
39 Economics, Pharmaceutical/	2093
40 (pharmac* adj economic?).tw.	257
41 pharmacoeconomic?.tw.	2161
42 Technology Assessment, Biomedical/	7092
43 technology assessment?.tw.	2451
44 or/32-43	129835
45 21 or 31 or 44	2286259
46 17 and 21	507
47 17 and 31	1950
48 17 and 44	218
49 or/46-48	2428

Embase

EMBASE 1980 to 2010 Week 15

1	Hospitalization/	74805
2	(hospitali?e* or hospitali?ation*).tw.	90988
3	Hospital patient/	22674
4	(inpatient* or "in-patient*" or patient*).tw.	2960348
5	or/1-4	2996688
6	Housing/	5475
7	(hotel* or housing* or accommodation* or boarding* or lodging*).tw.	16622
8	((discharg* or transit*) adj3 location*).tw.	253
9	or/6-8	19331
10	5 and 9	3687
11	(intermediate* care adj5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or location* or accommodation*)).tw.	375
12	Self-Care Units/	200
13	((selfcare self-care or self care or minimal* care) adj5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or hotel* or location* or accommodation*)).tw.	96
14	((patient? or hospital* or sick*) adj5 hotel?).tw.	199
15	or/11-14	868
16	10 or 15	4408
17	systematic* review*.tw.	20914
18	16 and 17	17
19	limit 16 to "reviews (2 or more terms min difference)"	486
20	18 or 19	489
21	randomized controlled trial/	185610
22	(randomised or randomized).tw.	243120
23	experiment*.tw.	811469
24	Time Series Analysis/	9872
25	(time adj series).tw.	7941
26	(pre test or pretest or post test or posttest).tw.	8242
27	impact.tw.	262226
28	intervention?.tw.	292649
29	chang*.tw.	1306844

30 evaluat*.tw.	1323376
31 effect?.tw.	2387940
32 compar*.tw.	2194732
33 control*.tw.	1618561
34 or/21-33	6091261
35 nonhuman/	3397671
36 34 not 35	4033912
37 16 and 36	2799
38 "Cost Benefit Analysis"/	33098
39 "Cost Effectiveness Analysis"/	63558
40 "Cost Minimization Analysis"/	1618
41 "Cost Utility Analysis"/	2842
42 (cost* adj2 (benefit* or effective* or minim* or utilit*)).tw.	57091
43 cba.tw.	5784
44 cea.tw.	11475
45 cua.tw.	410
46 Economic Evaluation/	5121
47 Health economics/	11373
48 (health economic? or economic evaluation?).tw.	5926
49 Pharmacoeconomics/	997
50 ((pharmacoeconomic? or pharmac*) adj economic?).tw.	281
51 or/38-50	143310
52 16 and 51	236
53 or/20,37,52	3026

Cochrane Library

#1 MeSH descriptor Hospitalization explode all trees	11690
#2 (hospitali*e* or hospitali*ation*):ti,ab,kw	13771
#3 MeSH descriptor Inpatients , this term only	549
#4 (inpatient* or in-patient* or patient*):ti,ab,kw	319795
#5 (#1 OR #2 OR #3 OR #4)	324514
#6 MeSH descriptor Housing , this term only	173
#7 (hotel* or housing* or accommodation* or boarding* or lodging*):ti,ab,kw	1366

#8	((discharg* or transit*) near/3 location*):ti,ab,kw	6
#9	(#6 OR #7 OR #8)	1372
#10	(#5 AND #9)	466
#11	(intermediate* care near/5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or location* or accommodation*)):ti,ab,kw	125
#12	MeSH descriptor Self-Care Units , this term only	6
#13	MeSH descriptor Intermediate Care Facilities , this term only	21
#14	((hospital* or patient* or sick) near/5 hotel*):ti,ab,kw	14
#15	((selfcare self-care or self care or minimal* care) near/5 (facilit* or unit* or ward* or department* or section* or hotel* or location* or accommodation*)):ti,ab,kw	439
#16	(#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15)	569
#17	(#10 OR #16)	1021

Resultat:

Cochrane Reviews [13] | Other Reviews [8] | Clinical Trials [928] | Methods Studies [22] | Technology Assessments [3] | Economic Evaluations [47] | Cochrane Groups [0]

Centre for Reviews and Dissemination (CRD)

#	1 MeSH Hospitalization	2126
#	2 hospitalise OR hospitalize OR hospitalisation* OR hospitalization*	2980
#	3 MeSH Inpatients	216
#	4 inpatient* OR in-patient* OR patient*	23350
#	5 #1 OR #2 OR #3 or #4	24809
#	6 MeSH Housing	52
#	7 hotel* OR housing* OR boarding* OR accommodation* OR lodging*	315
#	8 "discharg location*" OR "transit location"	4
#	9 "self care*" OR "selfcare*" OR "minimal care*" OR "intermediate care"	192
#	10 #6 or #7 or #8 or #9	534
#	11 MeSH Self-Care Units	1
#	12 MeSH Intermediate Care Facilities	12
#	13 "hospital hotel*" OR "patient hotel*" OR "sick hotel"	12
#	14 #11 or #12 or #13	25
#	15 #5 and #10	411
#	16 #13 or #1	2138
#	17 #15 or #14	422

Vedlegg 2 Included studies tables

Admission

Author	Bond GR, Witheridge TF, Wasmer D, Dincin J, MacRae SA, Mayes J, Ward RS (25)
Title	A Comparison of Two Crisis Housing Alternatives to Psychiatric Hospitalization
Year	1989
Land	USA
Study design	Controlled before and after
Participants	Clients with severe and persistent mental illness. First-time admissions from March 1985 through January 1986 and from October 1984 through January 1986.
Number of participants	85, 39 at South, 46 at West
Intervention (patient hotel)	South: Shelter purchased in hotels and boarding-houses. 5.5 fulltime-equivalent positions, including a half-time coordinator. Coverage from 9 a.m. to 5 p.m. on weekdays, plus occasional evenings, with on-call response at all other times. The typical line staff worker had a master's degree and approximately three years' experience.
Control	West: Eight-bed crisis house. 9.5 full-time-equivalent positions, including a half-time position for a program coordinator. On person covered the overnight shift, while two usually covered the evening shift and three the day shift. The typical line staff worker ha a bachelor's degree in human services field and five years' experience.
Outcome	Program costs were calculated from the budget for fiscal 1987. State and private hospital records were sought for each client for the year before admission and the follow-up period.
Follow-up	Four months
Results	Overall, 58 of the 85 clients remained out of the hospital for the entire four months, clients in the two programs had similar rates. West had a total of 25 hospitalizations (12 of which were

	accounted for by three clients), compared with 14 for South. South clients averaged 8.3 state hospital days during follow-up, compared with 3.1 for West. Direct treatment costs per client for South were lower than for West by \$770. However, the hospital costs per client were \$800 greater at South than at West. Under start-up conditions, actual costs were \$6,052 per client at South and \$6,371 per client at West.	
Risk of bias	High	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	Unclear	Not mentioned
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Yes	Blinding was not mentioned and considered unlikely, however, these outcomes were collected from administrative system so consider unbiased
Incomplete outcome data addressed?	Unclear	
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	
Were the study groups comparable at baseline?	No	There was a 20% difference in number of patients who had been on medication and 20% difference in alcohol and substance abused problems.
Adjusted analysis where appropriate?	Unclear	

In treatment

Author	Schinka, JA, Francis E, Hughes P, LaLone L, Flynn, C. (26)
Title	Comparative Outcomes and Costs of Inpatient Care and Supportive Housing for Substance-Dependent Veterans
Year	1998

Land	USA
Study design	Randomised controlled trial
Risk of bias	High
Participants	Consecutive voluntary admissions to the substance abuse treatment of a metropolitan Veterans Affairs hospital for a period of six months, from July 1, 1996, to December 31, 1996. Women were excluded from the study because supportive housing for them was unavailable. No differences were found between groups on any variable except the mean PAI score, due to higher scores for mania among the supportive housing patients.
Number of participants	98, 62 in an inpatient setting, 36 in a supportive housing setting
Intervention (patient hotel)	Patients lived in apartments operated by a non-profit agency and provided to the hospital on a contract basis. The apartment building was supervised by the agency staff 24 hours a day. On week-days, supportive housing patients walked four blocks to the hospital by 7:30 a.m. and participated in the same therapeutic activities as did patients in the inpatient program until 5 p.m. In the evenings, these patients attended AA or NA meetings, housekeeping meetings, and group meetings at the residence. On weekends, patients worked on assignments and attended AA or NA meetings, but were otherwise free to use their time as they wished. These patients also had individualized treatment plans and received the same forms of treatment, under the same method of guidance and review, as did patients in the inpatient treatment program.
Control	The inpatient treatment program was an intensive three-week program with weekday activities from 8 a.m. to 9 p.m. that included lectures, educational presentations, group therapy, individual counselling, 12-step assignments, Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotic Anonymous (NA) meetings, family therapy, occupational therapy, and recreational activities. On weekends, patients completed assignments, attended AA or NA meetings, met with family and friends on hospital grounds and received passes for short periods to meet with family or attend church services. Treatment plans were individualized and guided by a substance abuse counsellor under the supervision of the treating psychiatrist.
Outcome	The primary costs of substance abuse treatment are associated with personnel. The study included personnel cost estimates all individuals who provided full- or part-time services, including professionals such as psychiatrists, nurses, and occupational therapists and support staff. The estimates included the costs of benefits and the differential pay between shifts. These costs

	<p>were then proportionately allocated to each program (supportive housing and inpatient) based on the number of participating patients in each program for each shift. Housing costs for inpatients were extracted from data provided by the VA national cost distribution report. The housing cost estimate included costs related to bed occupancy, meals, and building management, maintenance, and utilities. The costs of treatment space and staff offices were included. For subjects in supportive housing, the researchers also included the costs of the five meals each week (lunch) that were provided by the medical center, and they added an estimate of the cost of treatment and staff office space.</p>	
Follow-up	60-days	
Results	<p>The weekly per-patient cost for patients in inpatients treatment was \$1,674 (\$719 for personnel costs and \$955 for housing costs). For the supportive housing patients, the weekly cost was \$889 (\$624 for personnel costs and \$275 for housing costs). The proportion of subjects who had relapsed by 60 days post-treatment did not differ by treatment group.</p>	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	No	Patients were accepted in the order of the date on which their admission evaluation was completed. Assignment was automatically to the supportive housing condition if a bed was available.
Allocation concealment?	No	
Blinding? (patient-reported outcomes)	No	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Yes	Program staff was not blinded, but all data were extracted from the clinical data base
Incomplete outcome data addressed?	Unclear	
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	

Discharge

Psychological diagnoses

Author	Bota, RG, Munro JS, Sagduyu K (18)	
Title	Benefits of Boarding Home Placement in Patients with Schizophrenia	
Year	2007	
Land	USA	
Study design	Controlled before and after study	
Risk of bias	High	
Participants	Patients with Schizophrenia between July 2001 and June 2002.	
Number of participants	55	
Intervention (patient hotel)	A boarding home is a facility that has 3 beds of more that provides 24-hour supervision, provision and oversight of personal and supportive services (assistance with activities of daily living and instrument activities of daily living), and health-related services.	
Control	Other settings in the community, it is not clear what this means, probably they live in their own home.	
Outcome	Inpatient stabilization and treatment.	
Follow-up	11 months	
Results	The patient not in boarding home required more hospital days than the patients before and after boarding home. The non-BH patient did not differ in the number of visits to the hospital over the 3 years with the patients that had BH, (3.5 visits versus 3.05, P: 0.55).	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	No	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	No	
Incomplete out-	Unclear	

come data addressed?		
Free of selective reporting?	Unclear	
Free of other bias?	Yes	
Were the study groups comparable at baseline?	No	All eligible patients were included. Tho who had boarding placement were compared to those who did not. Each patient was also compared with themselves before, during and after boarding house placement, this information “without control group” and is excluded from our report.
Adjusted analysis where appropriate?	Unclear	

Author	Kertesz SG, Posner, MA, O’Connell, JJ, Swain, S, Mullins AN, Michael S, Ash AS
Title	Post-Hospital Medical Respite Care and Hospital Readmission of Homeless Persons.
Year	2009
Land	USA
Study design	Clinical controlled trial
Risk of bias	High
Participants	Homeless persons 18 or older surviving at least one non-maternity, medical, or surgical hospital admission to Boston Medical Center during 7/1/1998-6/30/2001. Compared to Own Care Respite patients were older, more likely to be White, less likely to be female, and somewhat more likely to have a record of Alcohol Abuse, but less likely to have a record of Drug Abuse.
Number of participants	743, 136 were discharged to Respite, 174 to Other Planned Care and 433 to Own Care.
Intervention (patient hotel)	Boston’s respite program included 90 beds for men and women at the time of these data, with 30-35% from inpatient medical hospitals, the remainder for emergency departments, shelters, the streets, and outpatient clinics. Its services include daily medical care, 24-hour nursing, a psychiatrist, case management, in-house dental care, and medical administration.
Control	Own care, i.e. discharged “home”, and Other Planned Care i.e. Non-Respite patients discharged to supervised recuperative care (e.g. skilled nursing facilities, chronic care hospitals, or home health care).
Outcome	Inpatient hospital readmission <= 90 days from discharge.

	Financial costs were based on charges at the referring hospital. Costs related to Respite care was estimated through reference to (a) average reimbursement to the Respite and the duration of each Respite stay. All figures were inflation-adjusted to 2002 dollars and do not include costs for Other Planned Care facilities.	
Follow-up	90-days	
Results	There was no difference in the proportion readmitted not adjusted for patient characteristics. The mean charges for a Respite stay were \$7,929 with mean length of stay 31.3 days. The mean 90-day charges for individuals discharged to Respite, summing Respite and readmission charges was \$10,359. The 90-day total exceeded the mean readmission charges of \$2,819 among patients discharged to Own Care. This comparison does not take into account the adverse characteristics associated with being a Respite Candidate, or savings from reduced hospital readmissions at 90 day. In adjusted analysis, a Respite disposition was associated with +\$5,994 in excess charges, relative to Own Care.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	NA	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Yes	Collected from administrative systems
Incomplete outcome data addressed?	Unclear, unlikely	
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	
Were the study groups comparable at baseline?	No	Compared to Own Care, Respite patients were older, more likely to be White, less likely to be female, and somewhat more likely to have record of Alcohol Abuse, but less likely to have re-

		cord of Drug Abuse.
Adjusted analysis where appropriate?	Yes	Adjusting for differences in patient characteristics, including burden of illness

Author	McCrone P, Hallam A, Knapp M, Swaray F, Nazir A, Leff J, Szmidla A (28)	
Title	Service use and costs of supporting the most socially disabled patients in a hospital reprovion programme	
Year	2006	
Land	UK	
Study design	Controlled before and after study	
Risk of bias	High	
Participants	Patients "difficult-to place" in the community on discharge from long-stay hospital due to closure. The two groups were very similar in terms of their clinical characteristics, however, the Warley patients scoring significantly higher on social skills.	
Number of participants	84	
Intervention (patient hotel)	Friern: a psychiatric hospital	
Control	Warley: A rehabilitation facility with the groups of the hospital. Switching patients to atypical antipsychotics, a training programme for staff and individual care plans that incorporated cognitive behavioural approaches.	
Outcome	Facility-specific accounts covered staff and revenue costs to which were added elements for capital and land costs. At Warley staff time and attaching relevant costs to this time. These costs consisted of salaries, institutional overheads and an element for capital.	
Follow-up	1-year	
Results	Accommodation costs were £20,418 higher in the Friern group, However, the costs of day care were £7,620 lower and the costs for non-accommodation services were £5,066 lower.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	No	Staff working with the patient provided details.

Blinding? (Services provide and resource utilization)	No	Outcomes from one group collected from administrative systems, but partially through recollection in the other group
Incomplete outcome data addressed?	Unclear	
Free of selective reporting?	Unclear	
Free of other bias?	Unclear	
Were the study groups comparable at baseline?	No	Groups from two different hospitals, large differences in social skills and previous time in hospital
Adjusted analysis where appropriate?	Yes	Multivariate were employed to control for those differences for which we have relevant data.

Various diagnoses

Author	Ellis A, Trappes-Lomax T, Fox M, Taylor R, Power M, Stead J, Bainbridge I (29)
Title	Buying Time II: and economic evaluation of a joint NHS/Social Services residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital
Year	2005
Land	UK
Study design	Controlled before and after study
Risk of bias	High
Participants	Older people in one of 10 community hospitals and were assessed as likely to be discharged with 1-3 weeks. Most were 75 years or older. Mean age 83,0 in the intervention group and 80.9 in the control group.
Number of participants	88 in residential rehabilitation, 106 in community services
Intervention (patient hotel)	A joint NHS/Social Services assessment and rehabilitation facility with 19 beds on a separate floor of a residential home with its own designated staff. Individuals work closely with care and rehabilitation assistants, two occupation therapists and a physiotherapist to regain their maximum possible skills/capabilities for independent living.
Control	Home with the "usual" health and social care services provided locally.
Outcome	Costs
Follow-up	6 and 12 months

Results	Average costs of keeping a participant at home were 31.36 for the intervention group and 29.85 for the control group, higher on NHS costs and lower on Social Services costs. The choice of model could be dictated by other factors than costs.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	No	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	No	The staff provided data.
Incomplete outcome data addressed?	Unclear	Some collection from interviews/survey but found difficult, some collection from administrative system but this also challenging
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	
Were the study groups comparable at baseline?	Yes	Matched cohort in two matched geographical areas selected with the same inclusion criteria over same time period.
Adjusted analysis where appropriate?	No	Age differences between groups but unadjusted analysis presented.

Author	Steiner A, Walsh B, Pickering RM, Wiles R, Ward J, Brooking JI (30)
Title	Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit.
Year	2001
Land	UK
Study design	Randomised controlled trial
Risk of bias	High
Participants	Patients at least 16 years old, medically stable for at least 24 hours, referred November 1997 to April 1999. Mean age 72 and 69 years, 34 -27 percent were cognitively impaired.

Number of participants	240, 119 to the nurse-led unit and 121 to conventional care	
Intervention (patient hotel)	The nurse-led unit has 10 beds and 22 nursing staff and is located near the main hospital site in a smaller setting emphasizing out-patient care. There is no formal medical involvement. A dedicated physiotherapist visits three times a week, and other ancillary services are available on request.	
Control	Usual post-acute care	
Outcome	Length of stay, discharge to a higher level of support and change in physical functioning, mortality, readmission, quality of life, GP visits in surgery and at home, district nurse visits.	
Follow-up	Six months	
Results	Patients were neither better nor worse off if cared for in the nurse-led unit. After controlling for Barthel score at baseline, the authors found no difference between the groups' functional status at discharge or after six months. Mortality at six months' follow up was substantial in both groups and virtually identical, as was the patients' perceived quality of life. Patients in the nurse-led unit had noticeably, though not quite significantly, lower readmission rates than control patients. Including transfer to community hospitals for post-acute care the difference in length of stay was not significant.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	Yes	Eligible patients were randomised. Allocation to the two tx arms were computerised and stratified
Allocation concealment?	No	Sealed opaque envelope which was opened after inclusion of patient, but patients asked for consent after allocation was told.
Blinding? (patient-reported outcomes)	No	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Yes	Lack of blinding could affect selection to groups which could affect composition of groups, dealt with under allocation concealment. Data collected from administrative system
Incomplete outcome data addressed?	Yes	Flow of patients through trial shown
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	

Were the study groups comparable at baseline?		
Adjusted analysis where appropriate?		

Author	Woods JR, Saywell RM, Benson JT (31)	
Title	Comparative Costs of a Cooperative Care Program Versus Inpatient Hospital Care for Obstetric Patients.	
Year	1988	
Land	USA	
Study design	Controlled before and after study	
Risk of bias	High	
Participants	All patients with a primary ICD-9-CM discharge diagnosis of 630-633 or 641-669, discharged between March 1, 1985 and February 28, 1986.	
Number of participants	1683, 1107 in hospital and 573 in cooperative care	
Intervention (patient hotel)	A 19-bed cooperative care program for medical and surgical patients, where eligible well mothers and their care partners can stay with their newborns before leaving the hospital. In general, women who have had an uneventful normal delivery or an uncomplicated Caesarean section are eligible for admission to this cooperative care unit.	
Control	The hospital's maternity unit.	
Outcome	Average cost per patient.	
Follow-up	Fiscal year 1986	
Results	In the hospital the mean length of hospital stay was 2,6 for normal, 2,9 for complex and 3.4 for surgery, giving 2.8 overall. In the coop-unit the mean length of stay was 2,7 for normal, 3,0 for complex and 4.1 for surgery giving 2.9 overall. The total costs in hospital was \$1355.86 for normal, \$1528.28 for complex and \$1952.73 for surgery, giving \$1.508.11 overall. The total costs in the coop-unit was \$1224.17 for normal, \$1433.32 for complex and \$2041.05 for surgery, giving \$1368.12 overall. Patients on the Co-op care unit had, on average, significantly lower total hospital costs per case.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study

Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	NA	
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Yes	Calculated from administrative system information
Incomplete outcome data addressed?	Yes	Calculated from administrative system information
Free of selective reporting?	Probably	
Free of other bias?	Probably	
Were the study groups comparable at baseline?	Yes	All eligible patients selected, then matched for primary diagnosis
Adjusted analysis where appropriate?	Yes	

Excluded articles due to outcome

Author	Tantillo M, MacDowell S, Anson E, Tillie E, Cole R. (34)
Title	Combining Supported Housing and Partial Hospitalization to Improve Eating Disorder Symptoms, Perceived Health Status, and Health Related Quality of Life for Women With Eating Disorder.
Year	2009
Land	USA
Study design	Clinical controlled trial
Risk of bias	High
Participants	Adult women with eating disorder, no significant differences between groups at baseline.
Number of participants	35, 16 in the supported housing and 19 who only got the treatment
Intervention (patient hotel)	Residents of the supported housing program were offered additional support during, and distraction after meals and were guided in improving functionality in activities of daily living (including food shopping, meal planning and food preparation). They received coaching related to life skills, cooperative management of common living space, time management, and

	recreational and other community activities. Staff members were available on weekdays from 8 a.m. to 11 a.m. and from 4 p.m. to 11 p.m. On weekends staff members were available from 11 a.m. to 11 p.m.	
Control	No supported housing.	
Outcome	Weight, various variables concerning eating disorder measured by 5 different questionnaires.	
Follow-up	Mean 26-41 days	
Results	Participants from the supported housing group experienced greater improvements than women in the comparison group.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	Unclear	Unlikely
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Not objective measures	
Incomplete outcome data addressed?	Unclear	
Free of selective reporting?	Yes	
Free of other bias?	Probably	
Were the study groups comparable at baseline?	No	Eligible patients could choose the intervention Significant difference between groups for age, length of stay and number of binges
Adjusted analysis where appropriate?	Yes	

Author	Wykes T, Wing JK (35)
Title	A ward in a house: Accommodation for 'new' long-stay patients.
Year	1982
Land	England
Study design	Controlled before and after

Risk of bias	High	
Participants	People with psychiatric illnesses, 25 of 29 had schizophrenia. 13 were transferred to the hostel-ward by July 1978. There are few differences between the two groups, but women in the hospital group were significantly older and had been first admitted longer ago than women in the hostel ward.	
Number of participants	25. Because of the movement of several patients between settings it is only possible to give results for eight patients who were resident in the hostel-ward on all four occasions and for six equivalent hospital patients.	
Intervention (patient hotel)	A large Victorian house was converted for the use of 14 patients. Each of its seven bedrooms is designed to accommodate two patients. There is a large sitting room, a well-equipped but small kitchen, a laundry and a games room. The staff ratio is the same as on a ward of a District General Hospital psychiatric unit, in addition to one full-time domestic help, a half-time clinical psychologist, an occupational therapist and a consultant psychiatrist who can be contacted as necessary. All residents are required to take part in some form of daytime occupation, so far as possible outside the hostel ward. A daily programme of activity is worked out by the clinical psychologist and nurses, tailored to the individual needs of each patient.	
Control	Hospital ward	
Outcome	Social Performance schedule and Rehabilitation Index, Time budget. Patient attitudes.	
Follow-up	3 years, August 1981.	
Results	The average number of problem behaviours described by staff about the eight hostel-ward patients on the four occasions was 72, 47, 55 and 38 % respectively, compared with 52, 50, 52 and 50 for the hospital group.	
Item	Authors' judgement	Description
Adequate sequence generation?	NA	Observational study
Allocation concealment?	NA	Observational study
Blinding? (patient-reported outcomes)	Unclear	Unlikely
Blinding? (Services provide and resource utilization)	Unclear	

Incomplete outcome data addressed?	Unclear	
Free of selective reporting?	Unclear	
Free of other bias?	Unclear	
Were the study groups comparable at baseline?	No	The people who could not be transferred for administrative reasons were used as control. Patients in hospital were older had longer admissions.
Adjusted analysis where appropriate?		

Vedlegg 3: Ekskluderte artikler

Artikkel	Grunn til eksklusjon
Arntz (37)	Om retningslinjer
Bartlett (38)	Ikke en systematisk oversikt over studier av pasienthotell
Besserman (39)	Overgang mellom ulike avdelinger i sykehuset
Coyte (40)	Ikke en studie av pasienthotell.
Del Giudice (41)	Behandlingssted
Depla (42)	Ikke en intervensjonsstudie
Dexter (8)	Ikke kontrollgruppe
Trappes-Lomax (43)	Rehabiliteringsinstitusjon
Forsythe (36)	Ikke kontrollgruppe
Garåsen (44)	Pasientene er på sykehjem
Garåsen (45)	Sykehjem
Garåsen (46)	Sykehjem
Gaspoz (47)	Kun sykehus
Goodwin (48)	Ikke kontrollgruppe
Griffiths (49)	Behandlingssted
Griffiths 2005 (50)	Ulik sammensetning av personell
Griffiths 2009 (51)	Leder er det som studeres
Husstedt (52)	Effekt av om barnet sover hos mor
Juhel (53)	Ikke kontrollgruppe
Lago (54)	Ikke kontrollgruppe
Markova (55)	Ikke en før og etterstudie
Martin (56)	Evaluerer av sykehusavdeling
Mayhew (57)	Ikke en intervensjon
McConnell (58)	Ikke kontrollgruppe
Merlo (59)	Behandlingsinnhold
Murray-Leslie (60)	Ikke kontrollgruppe
Newman (61)	Forekomst av infeksjoner i ulike boligtyper
O'Reilly (62)	Behandlingssted
Rappaport (63)	Begge sykehusavdelinger
Richardson (64)	Leder av enhet
Sadowski (65)	Ikke bosted

Solberg (66)	Behandlingssted
Torres (67)	Ikke kontrollgruppe
Trauer (68)	Ikke kontrollgruppe
Turnbull (69)	Kun sykehusavdelinger
Walsh (70)	Studie av leder av enheten
Wild (71)	Intensivavdeling

Vedlegg 4 GRADE evidence profile

Author(s):

Date: 2010-07-02

Question: Should crisis house South vs crisis house West be used for clients with severe and persistent mental illness?

Settings: USA

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							Crisis house South	Crisis house West	Relative (95% CI)	Absolute		
costs (follow-up mean 4 months; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	39	46	-	mean 64 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○○	VERY LOW
Hospitalizations (follow-up mean 4 months; measured with: Andel uten sykehusinnleggelse; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	39	46	-	mean 3 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○○	VERY LOW
Hospital days (follow-up mean 4 months; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	39	46	-	mean 5.2 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○○	VERY LOW

¹ The groups were not comparable.

² One study with few participants.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-06-09

Question: Should supportive housing vs hospital be used for substance-dependent veterans?

Settings: USA

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							Supportive housing	Hospital	Relative (95% CI)	Absolute		
Costs (follow-up 2 months; measured with: US dollar; Better indicated by higher values)												
1	Randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ²	none	36	62	-	MD 775 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○○	VERY LOW

¹ The study was not blinded and the process of randomization was not satisfactory performed.

² One study with 98 patients.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-07-02

Question: Should boarding home vs own home be used in patients with schizophrenia?

Settings: USA

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
							No of patients		Effect			
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Boarding home	Own home	Relative (95% CI)	Absolute		
Visits to hospital (follow-up mean 35 months; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	20	35	-	mean 0.45 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Quality of life (follow-up mean 35 months)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	20	35	-		⊕○○○ VERY LOW Information given in discussion that quality of life was better for those in boarding home	

¹ The groups were not comparable.

² One study with few participants.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-06-30

Question: Should medical respite care vs own care be used for homeless persons?

Settings: USA

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
							No of patients		Effect			
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Medical respite care	Own care	Relative (95% CI)	Absolute		
Readmissions (follow-up mean 90 days; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	136	607	-	mean 0 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Costs (Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	136	433	-	mean 5.110 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○ VERY LOW	

¹ The groups were not comparable.

² One study with few patients.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-07-02

Question: Should rehabilitation facility vs hospital be used in socially disabled?

Settings: UK

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
							No of patients		Effect			
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Rehabilitation facility	Hospital	Relative (95% CI)	Absolute		
Costs (follow-up mean 1 years; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	no serious limitations ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	21	63	-	mean 13432 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○ VERY LOW	

¹ The groups were not comparable, and this was not adjusted for in the analyses

² One study with few participants.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-07-02

Question: Should Joint NHS/Social Services residential rehabilitation unit vs own home be used for the elderly?

Settings: UK

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							Joint NHS/Social Services residence	Own home	Relative (95% CI)	Absolute		
Costs in pound (follow-up 12 months; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	88	106	-	mean 31.60 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○	VERY LOW
Days in hospital (follow-up mean 12 months; Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	88	106	-	mean 4.5 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○	VERY LOW

¹ The difference in age was not adjusted for.

² One study with few participants.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-06-09

Question: Should nurse-led unit vs usual post-acute care be used for patients in emergency care?

Settings: UK

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							nurse-led unit	hospital	Relative (95% CI)	Absolute		
Length of stay (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	serious	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ¹	none	119	121	-	MD 1.7 higher (7.4 lower to 10.7 higher)	⊕○○○	VERY LOW
readmissions (follow-up 6 months; antall reinnleggelse)												
1	Randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{1,2}	none	37/117 (31.6%)	50/121 (41.3%)	OR 0.66 (0.37 to 1.22)	96 fewer per 1000 (from 207 fewer to 49 more)	⊕⊕○○	LOW
Quality of life (follow-up 6 months; measured with: Wood-Dauphinee score; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ¹	none	59	50	-	MD 0.9 higher (0.7 lower to 2.4 higher)	⊕○○○	VERY LOW

¹ One study with 240 patients.

² Very large confidence interval.

³ Even if the study is randomized, the patients accept their participation in either intervention or control group.

Author(s): Hilde H. Holte

Date: 2010-06-04

Question: Should patient hotel vs maternity unit be used for obstetric patients?

Settings: USA

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							Patient hotel	Hospital	Relative (95% CI)	Absolute		
Cost with standard treatment (Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ¹	none	573	1107	-	mean 139.99 lower (0 to 0 higher)	⊕○○○○ VERY LOW	
Length of stay (Better indicated by lower values)												
1	Observational studies	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious	none	573	1107	-	mean 0.1 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○○ VERY LOW	

¹ Only one study.