



U i T

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Det helsevitenskapelige fakultet

Systematisk oversikt over sykestueforskning med vekt på kvalitet, økonomi og pasientforløp

Karoline Damsgård Nilsen

Masteroppgave i profesjonsstudiet i medisin

MED-3950

Juni 2017



Forord

Min gryende interesse for allmenmedisin og et ønske om å lage en oppgave i mine hjemtrakter i Alta gjorde at valget falt på sykestuemedisin når tema for masteroppgaven skulle velges. Jeg kontaktet Peder A. Halvorsen, fastlege i Alta og professor ved ISM, UiT Norges arktiske universitet, som takket ja til å være veileder for meg. Han kom med forslag om å lage en systematisk oversikt over sykestueforskning og ønsket å ha med Birgit Abelsen, forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved ISM, UiT Norges arktiske universitet, som biveileder. Jeg fikk gleden av å delta på en nettverkskonferanse om sykestueforskning i regi av Nasjonalt senter for distriktsmedisin i september 2015 i Alta, der også formålet med de nye kommunale akutte døgnplassene (KAD) ble drøftet. Dette var startskuddet på mitt arbeid med masteroppgaven og ga meg nyttig innsikt i feltet.

Arbeidet med masteroppgaven har hovedsakelig foregått fra mars til juni 2017. Det har vært en omfattende og lærerik prosess som har brakt med seg mye kunnskap om forskning. Interessen for allmenmedisin har blitt styrket, og jeg ser at sykestua bringer en ekstra dimensjon til allmenmedisinen i distriktet, med flere muligheter for utredning og behandling.

Jeg er svært takknemlig for all hjelp og veiledning jeg har fått fra min hovedveileder Peder A. Halvorsen og min biveileder Birgit Abelsen. Begge veilederne har sine arbeidsplasser i Alta mesteparten av tiden, noe som har gitt meg muligheten til å ha møter med dem og skrive oppgaven der. Det har jeg satt stor pris på. De har vært svært behjelpelige, tilgjengelige og positive gjennom hele arbeidsprosessen. Jeg har lært utrolig mye og det har vært en sann glede å samarbeide med dem. Tusen hjertelig takk!

Karoline Damsgård Nilsen

Alta, 04.06.17

Innholdsfortegnelse

Forord	I
1 Sammendrag	III
1.1 Introduksjon	III
1.2 Materiale og metode	III
1.3 Resultater	III
1.4 Diskusjon	III
1.5 Konklusjon	IV
2 Innledning	1
2.1 Behovet for helsetjenester vil øke	1
2.2 Samhandlingsreformen	1
2.3 Lokalmedisinsk senter	2
2.4 Kommunale akutte døgnplasser	3
2.5 Sykestuer	3
2.6 Andre intermediærenheter i Norge	5
2.7 Eksempler på intermediærenheter i utlandet	6
2.8 Uttrykt skepsis fra geriatrien	7
2.9 Formål	8
3 Materiale og metode	9
3.1 Studiedesign	9
3.2 Søkeprosessen	9
3.3 Inklusjon og eksklusjon	10
3.4 Analyse	11
5 Resultater	13
5.1 Kvalitet	13
5.1.1 Kvantitative studier	13
5.1.2 Kvalitative studier	18
5.2 Økonomi	21
5.3 Pasientforløp	24
6 Diskusjon	26
7 Konklusjon	30
8 Referanser	31
9 Vedlegg 1 – Søkestrategi	35
9.1 Søk i Pubmed	35
10 Vedlegg 2 – GRADE-evalueringer	38

1 Sammendrag

1.1 Introduksjon

Samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven påla alle kommuner å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra 1.1.2016. Intermediærenheter som sykestuer har de siste tiårene fått økende fokus både i Norge og i utlandet. Målet med denne oppgaven er å lage en systematisk oversikt over forskningslitteratur som omhandler sykestuer med vekt på kvalitet, økonomi og pasientforløp.

1.2 Materiale og metode

Søk i PubMed på synonymer for ordet «sykestue» kombinert med «general practitioner» og ni land genererte >3000 treff. Inklusjonskriteriene var at enhetene skulle ha medisinske døgnplasser og være drevet av allmennleger, artiklene skulle ha data fra etter 1990 og ordentlige studiedesign. Artikler som omhandlet psykiatriske og kirurgiske sengeplasser, enheter med kun dagtilbud eller enheter som var drevet av spesialister eller sykepleiere ble ekskludert. Artikler med kun data fra før 1990 ble også ekskludert. På grunn av stor heterogenitet blant artiklene ble det gjort en narrativ analyse.

1.3 Resultater

Vi fant 29 artikler som oppfylte inklusjonskriteriene. Resultatene tyder på at innleggelser på sykestue har like god eller bedre kvalitet enn innleggelser på sykehus for en selektert pasientgruppe, at sykestue kan være kostnadsbesparende sammenlignet med sykehus og at befolkninger med tilgang på sykestue har lavere forbruk av sykehustjenester enn befolkninger uten tilgang til sykestue.

1.4 Diskusjon

Det ble funnet lite forskning på pasientforløp. Det var lav kvalitet på dokumentasjonen, kun to RCT-er og én litteraturoversikt, resten var observasjonsstudier og deskriptive studier. Studiene er gjort på eldre pasienter, kan ikke uten videre generaliseres til en yngre pasientgruppe.

1.5 Konklusjon

For en selektert pasientgruppe er innleggelse i sykestue/intermediærenhet et likeverdig eller bedre alternativ med hensyn på reinnleggelser, mortalitet, funksjonsnivå, forbruk av helsetjenester og pasientopplevd kvalitet. Intermediærenheter kan være kostnadsbesparende sammenlignet med alternative former for omsorg. Når det gjelder pasientforløp, har vi svært lite forskningsbasert kunnskap. Kvaliteten på dokumentasjonen anses som lav.

2 Innledning

2.1 Behovet for helsetjenester vil øke

Det er en kjensgjerning at vi er i starten av eldrebølgen. Antallet eldre over 75 år vil i tiden fremover øke, spesielt etter 2020 (1), og det er anslått at antallet eldre over 67 år vil fordobles fram mot 2050 (2). Eldre har oftere flere diagnoser og mer sammensatte lidelser enn yngre. Man regner med at sykdommer som KOLS, demens, kreft og hjertesykdom derfor vil øke i befolkningen i takt med det økende antallet eldre mennesker. De siste tiårene har trenden vært at flere eldre er hjemmeboende med hjemmetjenester i stedet for å bo på sykehjem. Dette vil gi økt behov for spesialiserte tjenester i årene fremover.

Det anslås i to norske ekspertpanelstudier at mange sykehusinnleggelses kunne vært unngått. I en studie fra 2002 i Trondheim fant man at 20 % av akuttinnleggelsene av eldre kunne vært unngått hvis det fantes rimelige alternativer (3), og en studie fra 1993 i Tromsø viste at 27 % av innlagte pasienter på medisinsk avdeling ikke hadde medisinsk nytte av innleggelsen (4).

2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble presentert i 2009 av daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Hovedhensikten med reformen var å skape et mer helhetlig helsetilbud med «rett behandling – på rett sted – til rett tid» (2). Samhandlingsreformen skulle blant annet føre til at helsetjenestene jobbet bedre sammen, flytte helsetjenestene nærmere der folk bor og bygge opp helsetilbudet i kommunene slik at flere oppgaver kunne utføres kommunalt i stedet for på sykehusene (5). Startskuddet for samhandlingsreformen var 1. januar 2012, og tiltakene ble gradvis innført etter denne datoen. Med samhandlingsreformen ble sykestuefunksjonen aktualisert.

Et av målene med reformen var å forbedre pasientforløpene, og man ønsket derfor å forsterke tilbudet i kommunene (2). Enkelte steder i landet var det allerede dannet distriktsmedisinske sentra med observasjonssengeplasser som fungerte som mellomledd

mellom sykehus og kommunale tjenester, og erfaringene med disse plassene var gode. Erfaringer fra andre kommuner uten slike plasser var at pasienter ble sendt til sykehus for enkle problemstillinger og at utskrivningsklare pasienter ble liggende unødvendig lenge på sykehus, på grunn av manglende tilbud i kommunene. En målsetning med reformen var å dekke opp for et manglende ledd mellom sykehus og kommune ved å skape kommunale sengeplasser som ville gi pasientene et behandlingstilbud i kommunen, kunne brukes til observasjon før en eventuell sykehusinnleggelse og brukes i etterkant av en innleggelse for rehabilitering og etterbehandling. Disse plassene ble kalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold eller kommunale akutte døgnplasser (KAD). Eksempler på pasienter som vil tjene på å bli værende i kommunen er kronisk syke med forverrelser, personer under smertebehandling, pasienter med behov for palliativ behandling og pasienter med ernæringssvikt. I følge samhandlingsreformen var potensialet for utnyttelsen av slike sengeplasser stort da anslag fra 2007 viste at hver syvende somatiske sykehusseng var opptatt av pasienter som enten var utskrivningsklare eller aldri hadde trengt sykehusinnleggelse hvis tilbudet i kommunen var bedre. Samhandlingsreformen har utløst en massiv oppbygning av intermedieærheter over hele landet. I det følgende omtales ulike varianter av lokale intermedieært tilbud.

2.3 Lokalmedisinsk senter

Et lokalmedisinsk senter er et sted der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om helsetjenestene til pasienter før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus (6). Dette er et nytt begrep som ble lansert i samhandlingsreformen, men samme funksjon har tidligere blant annet blitt kalt distriktsmedisinsk senter, sykestue, intermedieæravdeling og halvannenlinje tjeneste for enheter som utfører oppgaver i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (7).

Staten har etter samhandlingsreformen gitt tilskudd til opprettelse av lokalmedisinske sentre (6). Kommunene må selv bestemme hvilke funksjoner et slikt senter skal ha ut ifra deres behov. Meningen er å samlokalisere kommunale helsetjenester med desentraliserte spesialisthelsetjenester slik at det kommer pasienten til gode. Tanken er at dette også vil forsterke fagmiljøene i kommunen og bidra til rekruttering av helsepersonell.

2.4 Kommunale akutte døgnplasser

Som et ledd i samhandlingsreformen ble det en plikt for alle kommuner å opprette øyeblikkelig hjelp døgnplasser (5). Helsereformen tok sikte på å bruke lovgivning som et virkemiddel for gjennomføringen av opprettelsen av de kommunale døgnplassene (2). Det ble derfor opprettet en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som trådte i kraft 1.1.2012, denne loven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (8). Den nye loven har mer fokus på samhandling mellom helsetjenestene i kommunen og pasientforløp. Kommunenes plikt til å opprette akutte døgnplasser trådte i kraft 1.1.2016 (9). I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er det lovfestet at kommunen skal tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold til pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til (10).

Kommunene velger selv hvordan de vil organisere tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD) og hvilke pasientkategorier som inkluderes (11). Pasienter som blir lagt inn på øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal være undersøkt av innleggende lege og det skal være vurdert at kommunen kan yte et forsvarlig tilbud til pasienten. Det er i hovedsak to pasientkategorier som dette tilbudet er aktuelt for. Den ene er kronisk syke pasienter med forverrelser, det kan for eksempel være pasienter med KOLS, hjertesvikt, astma eller diabetes. Disse vil fra tid til annen trenge innleggelser på grunn av forverrelser. Den andre gruppen er pasienter med akutte, avklarte lidelser som for eksempel infeksjoner, steinsmerter, fall og mindre alvorlige tilfeller av hjernerystelse. Slike pasienter vil kunne diagnostiseres og behandles med allmennt medisinske hjelpemidler, og trenger ikke nødvendigvis behandling på sykehus. En tredje gruppe som kan være aktuell for innleggelse på slike sengeplasser er pasienter med uavklart diagnose, som kan ligge til observasjon i kommunen før en eventuell innleggelse på sykehus.

2.5 Sykestuer

I sykehusloven av 1969 er en sykestue definert som «en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.» (12)

I Finnmark har det vært tradisjon for sykestuedrift fra 1850-tallet til i dag (12). Etter andre verdenskrig ble sykestuene oppbygd og satset på, ikke bare i Finnmark, men i hele distrikts-Norge. I 1972 var det 64 sykestuer i Norge fordelt på 15 fylker, med til sammen 1005 sengeplasser. Fra 1970 ble det satset stort på sykehusene, og sykestuene ble redusert i antall og de gjenværende mistet sengeplasser. Mange sykestuer ble nedlagt av økonomiske grunner. I 2001 var det 90 sykestuesenger igjen i landet, halvparten av disse var i Finnmark, resten i Troms og Buskerud (13). Finnmark og Hallingdal har på grunn av lange avstander og spredt befolkning holdt fast på sykestuedrift hvor de lokale allmennlegene har hatt den medisinske ledelsen.

I Ivar Aaraas sitt doktorgradsarbeid fra 1990-årene ble sykestuedriften i Finnmark grundig beskrevet. Han fant at sykestuene hovedsakelig ble brukt til korttidsopphold for pasienter med akutte lidelser og de fleste ble utskrevet til hjemmet (12). Typiske sykestuediagnoser var kreft, hjerneslag, brudd og luftveissykdommer, og det var de lokale allmennpraktikerne som hadde det medisinske ansvaret. Aaraas konkluderte med at sykestuene førte til bedre helsetjenester i distriktene og var kostnadsbesparende sammenlignet med alternative tilbud.

Sykestua i Nordkapp hadde i 1996 tre sengeplasser med gjennomsnittlig liggetid på fem døgn (14). Gjennomsnittsalderen på pasientene var 58 år. De største diagnosegruppene var hjerte- og karsykdommer, muskel-/skjelettlidelser, luftveissykdommer, sykdommer i fordøyelsessystemet og psykiske lidelser. Innenfor det første døgnet ble 20 % sendt hjem og 22 % sendt til sykehus. 58 % hadde opphold i sykestuen på lenger enn ett døgn.

Sykestuedriften ved Hallingdal sjukestugu er nylig beskrevet i Øystein Lappegards doktorgradsarbeid fra 2016 (7). Sykestua ligger i Ål kommune, en av seks kommuner i Hallingdal. Til sammen har de seks kommunene ca. 20.500 innbyggere (2015, (7)). Hallingdal har også mange tilreisende. Hallingdal sjukestugu er en somatisk døgnavdeling med 14 senger, og er et tilbud før, i stedet for og etter sykehusbehandling. I 2009-2010 var det 605 innleggelser på sykestua, med gjennomsnittlig oppholdslengde på 6,3 dager (15). Typiske diagnoser for inneliggende pasienter var infeksjoner, skader, hjertesvikt, KOLS, smerter, svimmelhet/synkope, nedsatt allmenntilstand og palliativ og terminal pleie. Det er også tilbud om dagbehandling med dialyse og cellegiftbehandling (7). Det finnes i tillegg en poliklinikk med ambulerende spesialister fra Ringerike sykehus, og Hallingdal sjukestugu

driftes av helseforetaket. Fra sykestua er det ca. to timer i bil til nærmeste lokalsykehus som er Ringerike sykehus.

Alta sykestue er den største av sykestuene i Finnmark og er i størrelse og funksjon lik Hallingdal sjukestugu (7). Alta kommune har 20.500 innbyggere (2016, (16)), og fra Alta er det ca. to timers reisevei med bil til lokalsykehuset i Hammerfest. På sykestua i Alta er det ni sykestueplasser inkludert én observasjonsplass (KAD) (17). Sykestueplassene kan brukes til utredning, behandling og observasjon, og opphold er uten tidsbegrensning. Pasienter kan kun legges på observasjonsplassen (KAD) frem til neste formiddag. Typiske diagnoser for sykestua er KOLS-forverring, pneumoni, urinveisinfeksjoner, hjertesvikt, dehydrering, nedsatt allmentilstand, lettere psykiske lidelser, lettere hjernerystelse, diabetes, sår, obstipasjon, og i tillegg pasienter med behov for palliativ behandling. Sykestua har legevisitt med allmennlege på dagtid fem dager i uken og har blant annet mulighet til å gi intravenøs væske- og medikamentbehandling, blodtransfusjoner, oksygenbehandling og fysikalsk behandling. Pasienter kan utredes med skjelettrøntgen, blodgass, blodprøver og urinprøver. Sykestuen har også visitt med indremedisiner én dag per uke. På nettene og i helgene står den lokale legevakten for legetilsyn ved behov.

2.6 Andre intermediærenheter i Norge

Man kan skille mellom begrepene sykestue og sykestuefunksjon (13). Forskjellige typer enheter kan ha en sykestuefunksjon, i den forstand at de fyller oppgaven til et manglende ledd i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor sykehusene blir for spesialiserte og sykehjemmene for dårlig bemannet og utstyrt til å gi pasientene et fullgodt tilbud. Andre enheter enn sykestuer kan også fylle en sykestuefunksjon. Eksempler på det er observasjonssenger i sykehjem eller kommunale akutte døgnplasser (KAD). Felles for disse typene er at de ofte har tidsbegrensning på tiden pasienter kan være inneliggende, noe sykestuer som oftest ikke har.

Steigen kommune har ca. 2500 innbyggere (18), og 240 km til nærmeste sykehus (19). Kommunen har på grunn av den lange avstanden til sykehus i en årrekke hatt et intermediaært tilbud for sine innbyggere (19). Dette tilbudet har de kalt for PreOb, som står for «Prehospital observasjons- og behandlingsseng». Dette er en observasjonsseng lokalisert i

et sykehjem som blir brukt før og i stedet for sykehusinnleggelse, med maksimal liggetid på tre døgn per innleggelse. Pasienter har blitt observert og fått allmenmedisinsk utredning før de har blitt sendt til sykehus, og de har kunnet vært innlagt for behandling av enkle tilstander der sykehusinnleggelse ikke har vært nødvendig. Etter opptil tre døgn blir pasientene enten utskrevet til hjemmet, henvist til sykehus eller overført til et annet kommunalt tilbud (20).

På Fosen i Sør-Trøndelag har syv kommuner gått sammen om etableringen av Fosen distriktsmedisinske senter (2). Her er det opprettet en observasjonsenhet som fungerer som et intermedieartilbud til pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse. Pasientene kan innlegges for observasjon, enkel behandling eller etterbehandling i inntil 36 timer. En retrospektiv studie utført ved Fosen DMS for innleggelser mellom 2006 og 2009 viste at syv av ti pasienter innlagt i observasjonsseng ble sendt hjem innen 36 timer, og at antallet reinnleggelser var lavt (21). Studien konkluderte med at innleggelse i kommunal observasjonsseng er et alternativ til innleggelse i sykehus.

2.7 Eksempler på intermediearenheter i utlandet

Sykestuer har lang tradisjon i Storbritannia og har de seneste årene blitt reaktualisert på grunn av en politikk som ønsker å bringe helsetjenestene nærmere pasientene (22).

Definisjonene på «community hospital» varierer, men felles er at allmennleger har den medisinske ledelsen og at institusjonene er lokalisert nærmere pasientene. Det forekommer også spesialistdrevne plasser, sykepleierledede plasser, føde- og barselstuer, poliklinikker, dag-enheter og tverrfaglige team i sykestuene. Andre navn på sykestuer i Storbritannia er «cottage hospital» og «general practitioner hospital». Pasienter ved to sykestuer i England hadde i 1994 og 1992 gjennomsnittlig liggetid på henholdsvis 21 og 14 dager (23). I 2001 hadde de aller fleste sykestuene i England under 50 senger hver. Majoriteten av pasientene var eldre mennesker.

Et nytt begrep i Storbritannia er “intermediate care” som innebærer et vidt spekter av omsorgstyper for pasienter (24). Målet med intermedieær omsorg i Storbritannia er å hindre unødvendige sykehusinnleggelser, raskere rehabilitering etter sykdom, bidra til gunstig utskrivelsestidspunkt og gjøre pasientene mindre avhengige av helsevesenet. Tanken er å

demme opp for et økende behov for helsetjenester som kommer med stadig økende antall eldre. Pasienter som gis et intermediært tilbud er de som ellers ville hatt unødvendige innleggelser, vært på sykehjem eller hatt unødvendig lange sykehusopphold hvis ikke tilbudet hadde vært der. Intermediær omsorg er pasientsentrerte og helhetlige tverrfaglige tilbud som gis i pasientens hjem, i sengeavdelinger eller i dag-sykehus. Det er tidsbegrenset opp til seks uker og skal helst ikke gis lenger enn 1-2 uker av gangen. Alt skal foregå etter en strukturert individuell behandlings- og omsorgsplan.

Nederland dannet sitt første allmennlegedrevne sykehus i Amsterdam i 1996 (25). Evaluering av dette viste at det hovedsakelig ble brukt til eldre pasienter med lavt daglig funksjonsnivå og lav helse relatert livskvalitet med et korttidsbehov for hjemmesykepleie eller innleggelse i sykehus eller sykehjem.

2.8 Uttrykt skepsis fra geriatrien

Samhandlingsreformens mål om massiv oppbygning av intermediærenheter hovedsakelig ment for akutt syke, eldre pasienter har mottatt kritikk fra geriatrisk hold. Geriater Bruun Wyller presiserte i Tidsskriftet i september 2014 at multisyke eldre med polyfarmasi og nyoppstått svikt i evnen til å tenke klart, holde seg oppreist eller ta vare på seg selv ikke skal legges inn i intermediærseng, men motta spesialisert omsorg i akuttgeriatrisk avdeling for å redde leveår og funksjon (26). Han fryktet at økt tilgang på lokale akuttsenger kunne føre til høyere terskel for innleggelse av akutt syke eldre i sykehus. Han bemerket også at observasjonssengene på Fosen hadde blitt brukt til pasienter med diagnoser (hjerneslag eller TIA) som ikke falt inn under innleggelseskriteriene, noe som ikke var i tråd med nasjonale retningslinjer.

2.9 Formål

Samhandlingsreformen og den nye kommunehelsetjenesteloven med plikt for alle kommuner å opprette intermedieertilbud har medført en massiv oppbygning av døgninstitusjoner utenfor sykehus. I utlandet, og spesielt Storbritannia, har intermedieerenheter også fått et økende politisk fokus de siste årene. Det har blitt uttrykt bekymring fra geriatrisk hold om akutt syke eldre vil få behandling på riktig nivå.

Når intermedieertilbud nå har blitt pålagt alle kommuner og dette bygges ut i stor skala, er det på sin plass å stille spørsmålet om hva forskningsgrunnlaget er for et slikt tilbud. Lovnadene er store om bedring av pasientforløpene og avlastning av sykehusene, men hva vet vi om slike institusjoners påvirkning på pasientforløpene? Og hva er kunnskapsgrunnlaget for kvalitet i intermedieerenheter? Et annet viktig spørsmål er om oppbygningen av kommunale døgnplasser utenfor sykehus er kostnadssvarende for samfunnet.

Utgangspunktet for oppgaven er intermedieeravdelinger og sykestuer som ligner sykestuene i Alta og Hallingdal. Vi ønsker å besvare spørsmålet; hva vet vi om kvalitet, økonomi og pasientforløp i sykestuene? Formålet med denne oppgaven er å lage en systematisk oversikt over forskning på sykestuer med vekt på kvalitet, økonomi og pasientforløp.

I kommende deler av rapporten vil første søke- og seleksjonsprosessen beskrives. Deretter vil resultatene presenteres i en narrativ analyse innenfor emnene kvalitet, økonomi og pasientforløp. Til slutt følger diskusjonsdelen, konklusjonen, referanselisten og vedleggene.

3 Materiale og metode

3.1 Studiedesign

En systematisk oversikt med bruk av PRISMA-retningslinjene (27) ble laget for å søke systematisk etter litteratur om sykestuer og favne bredt om eksisterende kunnskap innenfor temaene kvalitet, økonomi og pasientforløp (28).

3.2 Søkeprosessen

Det ble først gjort søk i PubMed for å finne engelske synonymer til ordet «sykestue».

Synonymene som ble funnet var:

- Municipality acute ward
- Cottage hospital
- Community hospital
- Intermediate care
- General practitioner bed
- General practitioner hospital
- Primary care hospital

Hvert synonym ble kombinert med «general practitioner» og ni land (Norge, Sverige, Finland, Island, Skottland, Canada, Irland, England/UK, Australia). Disse landene ble valgt ut fordi de er vestlige land som kan ha enheter som ligner sykestue i Norge. Alle unntatt England/UK og Australia var med i Recruit and Retain i Northern Periphery Programme, et prosjekt igangsatt av EU for rekruttering av leger til rurale strøk. Se søkestrategi i vedlegg 2.

For hvert søkebegrep ble det registrert antall treff (tabell 1). Det ble så gjort en første seleksjon av artikler ved at alle treffene ble gjennomgått, og basert på titler ble alle artikler som ikke omhandlet sykestue eller lignende enhet ekskludert.

Søket ble startet i august 2016, alle søk ble lagret i PubMed. Alle søk ble gjennomgått på nytt 25. og 26. april 2017. Søket ble avsluttet 26. april 2017.

Tabell 1 – Treff og antall utvalgte artikler for synonymene

Søkeord	Municipality acute ward	Cottage hospital	Community hospital	Inter-mediate care	General practitioner bed	General practitioner hospital	Primary care hospital
Antall treff	65	178	2289	380	759	170	52
Antall artikler*	5	99	267	114	142	125	4

**Samme artikkel kan forekomme i forskjellige søk*

3.3 Inklusjon og eksklusjon

Søkene resulterte i 394 unike artikler som omhandler sykestue eller lignende institusjon.

Abstraktene til disse ble gjennomgått for å finne artikler som omhandler kvalitet, pasientforløp og økonomi i sykestuene. Det var ikke strikte kriterier for disse temaene da vi ønsket å favne forskningen bredt.

Inklusjonskriterier oppsummert i PICOS:

- P (patient) – Pasienter som trenger innleggelse
- I (intervention) – Innleggelse i medisinske sengeplasser i sykestue
- C (comparison) – Innleggelse i sykehus, sykehjem eller omsorg hjemme
- (outcome) – Pasientforløp, kvalitet, økonomi
- S (setting) – Intermediærenhet med allmennlege

Vi inkluderte artikler som omhandlet kvalitet, økonomi og pasientforløp med forskning på intermediærenheter med medisinsk ledelse av allmennleger og med somatiske/medisinske døgnplasser. Spesialister kunne bidra til legearbeidet, men allmennlegene skulle ha hovedansvaret. Artikkelen som ble inkludert var skrevet på engelsk eller norsk.

Vi ekskluderte forskning på enheter med psykiatriske og kirurgiske sengeplasser, enheter som hovedsakelig hadde pediatrike og obstetriske pasienter, og der intermediæravdelingen var et dagtilbud. Vi ekskluderte forskning som kun hadde data fra tidligere enn 1990. Forskning på enheter som ikke ble ledet av leger, for eksempel sykepleie-enheter ble ekskludert. I tillegg ble forskning på intermediærenheter med medisinsk ledelse av

spesialister, for eksempel geriatere, ekskludert. Vi ønsket kun å inkludere artikler med skikkelige studiedesign, derfor ble brev og kasuistikker ekskludert.

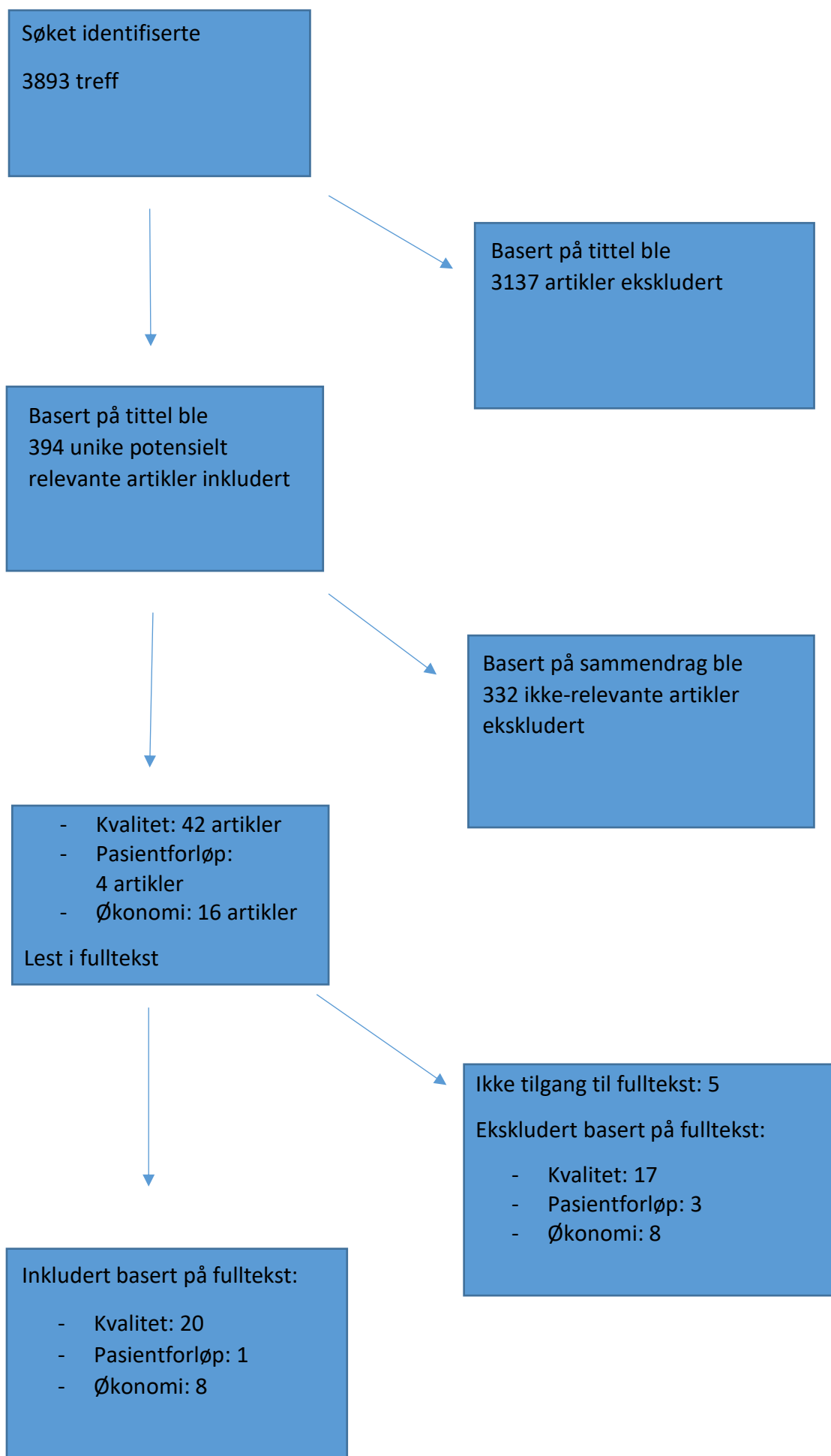
Artiklene ble gjennomgått av forfatteren, der det var tvil om artikler skulle inkluderes vurderte to veiledere dem i tillegg.

Seleksjonsprosessen med inklusjon og eksklusjon av artikler framgår av figur 1.

3.4 Analyse

På grunn av stor heterogenitet blant de inkluderte artiklene ble resultatene gjort rede for i en narrativ analyse. Artiklene ble kategorisert innenfor de tre temaene kvalitet, økonomi og pasientforløp, og i analysen ble det skilt mellom kvantitative og kvalitative studier. For hvert tema var målsetningen å gi en oversikt over intervensjoner, sentrale utfallsmål og hovedfunn i kvantitative studier, samt informanter og sentrale kategorier/tema i kvalitative studier.

Figur 1 – Inklusjon og eksklusjon av artikler



5 Resultater

5.1 Kvalitet

De inkluderte artiklene som omhandlet kvalitet i sykestuene brukte kvantitative og kvalitative metoder for å undersøke reinnleggelser, daglig funksjonsnivå, forbruk av helsetjenester, mortalitet, livskvalitet, morbiditet og pasientopplevd tilfredshet.

5.1.1 Kvantitative studier

Resultatene av de kvantitative studiene under temaet kvalitet er gjengitt i tabell 2 og hovedfunnene følger i teksten heretter.

5.1.1.1 Reinnleggelser

Fem studier undersøkte reinnleggelser av pasienter som hadde vært innlagt i sykestue for samme sykdom og sammenlignet med kontrollgruppe i sykehus. Kun én av disse fant et mer negativt resultat for sykestuepasientene (29). Én studie fant færre reinnleggelser hos de som hadde vært innlagt i sykestue (30). De tre resterende studiene fant ingen signifikante forskjeller mellom sykestue og sykehus når det gjaldt reinnleggelser (31-33).

5.1.1.2 Daglig funksjonsnivå

Daglig funksjonsnivå ble undersøkt i tre studier med oppfølging fra tre måneder til ett år uten funn av statistisk signifikante forskjeller mellom sykestuepasienter og pasienter som fikk ordinære former for omsorg (32, 34, 35).

5.1.1.3 Forbruk av helsetjenester

Syv av studiene undersøkte forbruk av primær- og/eller spesialisthelsetjenester i etterkant av innleggelsene på sykestuene, oppfølgingen varte fra tre til tolv måneder. Fire studier fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sykestuegruppene og kontrollgruppene når det gjaldt forbruk av kommunale helsetjenester (31, 32, 34, 36). En studie fant signifikant færre pasienter i sykestuegruppen som hadde fått hjemmetjenester, men ingen forskjell mellom gruppene i bruk av sykehjem (30). En annen fant signifikant større forbruk av hjemmetjenester i kommunen med tilgang til sykestue sammenlignet med kommunen uten, og signifikant mer bruk av sykehjem i kommunen uten sykestue (33). Det var en studie som ikke fant forskjeller i forbruk av primærhelsetjenester mellom pasientene som hadde vært innlagt på sykestue og pasientene som hadde fått alternative former for omsorg, utenom

kontakt med allmennlegen (35). Flere i sykestuegruppen hadde hatt kontakt med allmennlegen 3 måneder etter innleggelsen, men denne studien var utført på en sykestue der pasientens allmennlege la inn pasienten og hadde ansvaret under innleggelsen. Når det gjaldt spesialisthelsetjenester var det fem studier uten funn av statistisk signifikante forskjeller i antall sykehusinnleggelser (32-36). To studier fant signifikant kortere oppholdstid i sykehus for sykestuegruppene (32, 33), og én ingen forskjell i oppholdstid (36). En studie fant at sykehusgruppen hadde større forbruk av tilleggsundersøkelser som for eksempel billeddiagnostikk og flere utskrevne medikamenter enn sykestuegruppen (31).

5.1.1.4 Mortalitet

Tre studier fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i antall døde (30-32). Studien fra Trondheim med 12 måneders oppfølging fant derimot signifikant høyere mortalitet i sykehusgruppen (36).

5.1.1.5 Tilfredshet

To studier undersøkte pasientopplevd tilfredshet og fant statistisk signifikant mer positive opplevelser med sykestue sammenlignet med sykehus og andre alternative former for omsorg. I den ene studien kom sykestuene best ut på generell tilfredshet, sykepleie, organisering og standard (37). Den andre studien fant signifikante forskjeller i favør sykestua når det gjaldt kommunikasjon, informasjon, personale, pleien og fasilitetene (35). Ingen av studiene om tilfredshet hadde noen faktorer der sykehus og andre omsorgsformer kom bedre ut enn sykestue.

Tabell 2 neste side – Oversikt over kvantitative studier under temaet kvalitet

Forfatter (Publisert) (Referanse)	Studie design Sted	Formål	Pasient	Intervensjon	Kontroll	Utfall	Hovedfunn
Lappegard et al. (2014) (34)	RCT Norge Hallingdal	Undersøke om sykestueinnleggelse gir helsemessige konsekvenser	n = 33 Randomisert til sykestue	Innleggelse Hallingdal sjukestugu Oppfølging 1 år	n = 27 Randomisert til innleggelse sykehus (passet innleggelseskriterier for sykestua)	1 Daglig funksjonsnivå 2 Forbruk av helse-tjenester	1,2 Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene, men positiv trend i intervensjonsgruppen (2: Sykehus, sykestue, poliklinikk, røntgen, sykehjem, hjemmesykepleie, fastlege)
Garåsen et al. (2007) (30)	RCT Norge Trondheim	Sammenligne intermediær behandling i sykehjem med forlenget tradisjonell behandling på sykehus	n = 72 Pas. ≥ 60 år, randomisert til intermediær-enhet etter maks. 24 timer på sykehus	Behandling på intermediær-enhet Oppfølging 26 uker	n = 70 Randomisert til forlenget behandling på sykehus (passet inklusjonskriteriene)	1 Reinnleggelser 2 Hjemmetjenester 3 Død 4 Sykehjem	1,2 Signifikant færre reinnleggelser og signifikant flere som ikke trengte hjemmetjenester i intervensjonsgruppen. 3,4 Ikke signifikant forskjell i antall døde, behov for sykehjem
Lampela et al. (2009) (29)	Retro-spektiv registerbasert kohorte Finland	Vurdere kvalitet (reinnleggelser) på behandling av KOLS-forverring i helsesenter	n = 14 865 KOLS-pasienter > 44 år Innlagt med KOLS-forverring i helsesenter 1996-2004	Innleggelse helsesenter med KOLS-behandling ledet av allmennlege	n = 28 423 KOLS-pasienter >44 år, KOLS-forverring, innlagt i lungeavd./medisinsk avd. i sykehus 1996-2004	Reinnleggelser	Odds ratio for reinnleggelse innen syv dager er 1,74 (KI 1,4 -2,3) for menn i intervensjonsgruppen sammenlignet med pasienter i kontrollgruppen
Aaraas et al. (1998) (38)	Retro-spektiv ekspert-panel-studie Norge Finnmark	Undersøke om opphold i sykestue ga forlenget eller forverret sykdomsforløp eller permanent tap av helse. Var rask innleggelse i sykestue positivt?	n = 73 Overført til sykehus etter midlertidig opphold i sykestue	Vurderinger av henvisning fra allmennlege, sykehusjournal og epikrise fra sykehus		1 Sannsynlig permanent helsetap, forverring, forlenging av sykdomsforløp 2 Sannsynlig positiv helseeffekt	1 Sykestueoppholdet hadde sannsynlig negativ helseeffekt hos to pasienter. 2 Det hadde positiv helseeffekt hos seks pasienter. Konklusjon: Sykestue er ikke «pasientfelle».
Boston et al. (2001) (35)	Pro-spektiv ikke-randomisert komparativ studie England London	Sammenligne eldre pasienter innlagt i allmennlege-enhet med eldre innlagt i andre ordinære former for omsorg	n = 67 Pasienter > 65 år innlagt i allmennlege-enhet (sykestue) i London	Innleggelse sykestue Oppfølging 3 måneder	n = 60 Pasienter som fylte kriteriene for innleggelse i sykestue, men ble innlagt i ordinære enheter (sykehus, sykehjem, kommunale enheter)	1 Mental og fysisk funksjon 2 Forbruk av helse- og sosialtjenester 3 Pasientopplevd tilfredshet	1 Mental og fysisk funksjon var statistisk lik mellom gruppene. 2 Forbruk av helse- og sosialtjenester var statistisk lik, men sykestuegruppen hadde oftere møtt sin allmennlege 3 mnd. etter innleggelsen. (signifikant forskjell). 3 Pasienter i sykestue hadde signifikant høyere grad av tilfredshet.

Heaney et al. (2006)	Integrert tematisk litteratur-oversikt	Finne og vurdere eksisterende forskning om sykestuer («community hospitals»)				Litteratur fra 1984–2005. 113 inkluderte artikler, flest fra UK.	Mye synsing og lite robuste studier. De fleste som ble lagt inn på sykestue var eldre. Lite studier om effektivitet.
(22)	England						
James et al. (2010)	Tverrsnittsstudie	Undersøke prevalensen av trykksår i ortopediske sengeposter og sykestuer («community hospitals»)	Pasienter innlagt ortopedisk sengepost (n = 581) eller sykestue (n = 615)			Prevalens trykksår	Ortopediske avdelinger: 13,9 % Sykestuer: 26,7 %
(39)	Wales						
Dahl et al. (2015)	Ikke-randomisert kontrollert observasjonsstudie	Sammenligne pasienter skrevet ut til kommune med intermedier-enhet med pasienter skrevet ut til kommune uten intermedier-enhet.	n = 209 Pasienter ≥ 60 år utskrevet til kommune med intermedier-enhet etter sykehusinnleggelse. (110 av disse utskrevet til intermedier-enhet)	Utskrivelse fra sykehus til kommune med intermedier-enhet	n = 119 Pasienter ≥ 60 år utskrevet til kommune uten intermedier-enhet	1 Dager på sykehus 2 Antall akutte innleggelser 3 Reinnleggelser 4 Forbruk av kommunale helse-tjenester 5 Daglig funksjonsnivå 6 Mortalitet	1 Intermediær-gruppen hadde statistisk signifikant kortere varighet på sykehusinnleggelsene og i gj. snitt 4,2 færre sykehusdager ilt. av ett år enn kontroll-gruppen. 2,3,4,5,6 Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.
(32)	Norge Nord-Trøndelag			Oppfølging 1 år			
Dahl et al. (2015)	Registerbasert retrospektiv kohorte	Undersøke bruk av helsetjenester og risiko for reinnleggelser i kommune med intermedier-enhet sammenlignet med kommune uten intermedier-enhet, før og etter oppstart av intermedier-enheten i kommune 1.	Befolkningen ≥ 60 år i kommune 1 med intermedier-enhet 2005-2012 n = 3710-4701		Befolkningen ≥ 60 år i kommune 2 uten intermedier-enhet 2005-2012 n = 2641-3334	1 Lengde på sykehusopphold 2 Reinnleggelser i sykehus 3 Bruk av sykehus (antall innleggelser) 4 Forbruk av primærhelse-tjenester	1 Lengden på sykehusopphold for befolkningen i kommune 1 ble raskt redusert etter oppstart av intermedier-enheten. 2,3 Ingen statistisk signifikante forskjeller i antall reinnleggelser eller innleggelser 4 Statistisk signifikante forskjeller: Pasienter i kommune 1 brukte mer hjemmebaserte tjenester. Pasienter i kommune 2 brukte flere langtidsplasser i sykehjem.
(33)	Norge Nord-Trøndelag						

Garåsen et al. (2007)	RCT med 12 måneders oppfølging	Sammenligne resultater etter 12 måneders oppfølging av pasienter som hadde vært innlagt på sykestue med pasienter som hadde vært innlagt på sykehus	n = 72 Pasienter ≥ 60 år innlagt på sykehus og randomisert til behandling i inter-mediær-enhet (sykestue)	Opphold på sykestue med behandling og observasjon Oppfølging 12 måneder	n = 70 Pasienter ≥ 60 år innlagt på sykehus, randomisert til videre behandling på sykehuset	1 Sykehus-innleggelser 2 Behov for hjemmetjenester 3 Langtids-sykehjemsplass 4 Mortalitet 5 Antall dager i sykehus	1,2,3 Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene 4 Statistisk signifikant flere i sykehusgruppen døde i løpet av 12 måneder 5 Ingen statistisk signifikante forskjeller
(36)	Norge Trondheim						
Round et al. (2004)	Prospektiv kohorte	Sammenligne kliniske utfall for eldre pasienter 6 måneder etter innleggelse på sykestue eller sykehus	n = 136 Pasienter ≥ 70 år innlagt med akutt sykdom i sykestue og behandlet der	Oppfølging 6 måneder	n = 118 Pasienter ≥ 70 år innlagt akutt medisinsk eller geriatrisk avdeling på sykehus og behandlet der (som kunne vært på sykestue)	1 Endring livskvalitet 2 Mortalitet 3 Re-innleggelser 4 Sykehjem 5 Under-søkelser (eks. CT), medisiner	1, 2, 3, 4 Ingen statistisk signifikante forskjeller 5 Signifikant flere utskrevne medisiner og utførte tilleggsundersøkelser på sykehusgruppen
(31)	England Devon						
Hamilton et al. (2002)	Tverrsnittstudie	Undersøke ernæringen som gis i sykestuer (community hospitals)					Utilstrekkelig mengde energi, fiber og vitamin D. 98 % av pasientene trengte assistanse til å spise.
(40)	England						
Millar et al. (2017)	Tverrsnittstudie	Undersøke prevalensen av PIP (Potentially inappropriate prescribing) i 3 inter-mediær-enheter	74 pasienter ≥ 65 år innlagt i 3 inter-mediær-enheter	Oppfølging i 8 uker		PIP = PIM/PPO PIM = Potensielt upassende medikamenter PPO = Potensielt manglende medikamenter	Innleggelse: PIM blant 71,6 % av pasientene, PPO blant 60,8 %. Utskrivelse: PIM hos 73,3 % PPO hos 50 %. Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom innleggelse og utskrivelse.
(41)	Nord-Irland		30 pasienter utskrevet i perioden				
Lappesgard et al.	Observasjonsstudie	Undersøke pasientopplevd tilfredshet i sykestue sammenlignet med sykehus	n = 27 Randomisert til behandling på sykestue	Sykestue	n = 22 Randomisert til behandling på sykehus (passet innleggelseskriterier for sykestue)	Tilfredshet med: 1 Generell tilfredshet 2 Informasjon 3 Legetjeneste 4 5 Pårørendes opplevelser 6 Sykepleie 7 Standard	1 Signifikant forskjell favør sykestue 2,3,4 Ingen signifikante forskjeller 5, 6, 7 Signifikante forskjeller i favør sykestua
(37)	Norge Hallingdal						

5.1.2 Kvalitative studier

Fem kvalitative studier tok for seg pasienter og pårørendes opplevde kvalitet i sykestuene og tre kvalitative studier undersøkte helsepersonells syn på kvalitet i sykestuene. Resultatene av de kvalitative studiene under emnet kvalitet er gjengitt i tabell 3.

5.1.2.1 *Pasientopplevd kvalitet*

Pasientene var fornøyde med sykestuene og når de sammenlignet med sykehus kom sykestuene uten unntak best ut. I hovedsak trakk pasientene og de pårørende fram faktorer som at det var mindre fysiske og organisatoriske forhold i sykestuene, at det var en god atmosfære og de følte at ansatte hadde bedre tid til dem og var mer tilgjengelig enn på sykehus. Det var veldig positivt at sykestuene var lokale slik at det var nært til pårørende, og at sykestuene hadde kjennskap til lokale forhold. De opplevde kontinuitet i møte med personalet, og de satte pris på at sykestuene hadde en avslappet og hjemlig atmosfære. Av negative faktorer ble det i flere studier nevnt støy, men det hadde sammenheng med om pasienten lå på enkelt- eller flermannsrom. De fleste pasientene følte seg trygge, men noen mente at sykestuene hadde dårligere utstyr og kompetanse enn sykehus og følte derfor at faglig kvalitet var dårligere enn på sykehus.

5.1.2.2 *Helsepersonells synspunkter*

Helsepersonell og andre ansatte mente at sykestuene fungerte som forlengelse av sykehuset og buffer for kommunen med å bygge bro mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Å være i krysspress mellom to nivåer kunne være utfordrende; sykestua må ta unna de som blir skrevet ut fra sykehuset, men også ha pasientene innlagt lenge nok til at de reelt er klare for utskrivning. De mente at pasientene fikk et mer helhetlig tilbud på sykestuene og at kjennskapen både til pasientene og det lokale tilbudet kom pasientene til gode.

Tabell 3 – Resultatene av de kvalitative studiene under temaet kvalitet

Forfatter (Publisert) (Referanse)	Informanter Sted	Positive faktorer med sykestue	Negative faktorer med sykestue
Lappegard et al. (2014) (37)	6 pasienter med erfaring fra både sykestue og sykehus Norge Hallingdal	Mindre fysiske og organisatoriske forhold med en avslappet og hjemlig atmosfære. Kontinuitet og gode forhold mellom ansatte og pasienter. Nærhet til familie og et godt rykte i lokalmiljøet. Helhetlig tilnærming til pasienten, de fikk lengre tid på innleggelse og følte seg trygge.	Manglet bad på hvert rom
Lappegard et al. (2014) (37)	9 ansatte i tilknytning til sykestue (leger, sykepleiere, administrasjon, politiker, pasientrepresentant) Norge Hallingdal	Godt rykte blant befolkningen, stabile ansatte med godt arbeidsmiljø. Innbyggerne føler eierskap til sykestua. Tverrfaglig arbeid som avklarer pasientens medisinske og fysiske tilstand mer enn på sykehus. Kontinuitet i behandlingen. Godt samarbeid med sykehuset.	Suksessen er individavhengig og er avhengig av stabile ansatte, noe som gjør sykestua sårbar.
Payne et al. (2007) (42)	18 eldre pasienter fra 68-90 år og 11 pårørendes erfaringer med terminal pleie i sykestuer England	Renere, mer komfortabel og mer fleksibel enn sykehus. Snille, vennlige og omsorgsfulle sykepleiere. Lokalt, nært til pårørende. Fornøyd med stedet, fasilitetene og atmosfæren. Pårørende kunne komme og gå så ofte de ville, og sitte uforstyrret.	Dårligere utstyr og færre prosedyremuligheter enn sykehus. Støy. Ikke enerom til alle. Lite informasjon til pårørende.
Hawker et al. (2006) (43)	51 etterlatte pårørendes erfaringer med terminal pleie i sykestuer England	Lokal, kort avstand til pårørendes hjem, gratis parkering. Vennlig, ren, behagelig og uformell atmosfære. Fine uteområder. Kontinuitet (samme personale over tid). Veldig fornøyd med den terminale pleien. Vennligere personale og bedre atmosfære enn på sykehus.	Noen ble varslet om mulig død flere ganger, andre fikk ikke vært sammen med pasienten på dødstidspunktet. Jobbet for mange helseassistenter der. De faglærte sykepleierne var ofte opptatte med kontorarbeid og møter. Mye støy i omgivelsene, spesielt TV-er.
Dahl et al. (2014) (44)	24 personer: Helsepersonell i sykehus, intermediearenhet og primærhelsetjenesten i to kommuner (en med og en uten intermediearenhet) Norge Nord-Trøndelag	Mer positive erfaringer med utskrivelse av eldre fra sykehus til kommunen via intermediearenhet. Pasientene var i bedre helsetilstand når de kom hjem og mange klarte seg helt uten hjemmesykepleie. Intermediearenheten ble sett på som en forlengelse av sykehuset og buffer for kommunen. Den reduserte koordinasjonsutfordringer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og lettet presset på begge. Kommunikasjonen mellom helsetjenestene angående pasienten var bedre med intermediearenhet.	Noen kommunikasjonsutfordringer knyttet til overføringer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten følte at kommunikasjonen med intermediearenheten angående felles pasienter ikke var god nok. Vanskelig å balansere rollen med å ta imot pasienter tidlig nok fra sykehuset og ha de lenge nok inne til rehabilitering. Press fra sykehuset om å ta imot pasienter. Mottok pasienter uten god nok informasjon fra sykehuset.

Kongsvik et al. (2016)	20 personer med tilknytning til 3 lokalmedisinske sentre (LMS): Ledere ved LMS og sykehjem, IT, leder for LMS-nettverk, koordineringseksperter, pasientrepresentant, kommune-representanter, pasientombud	LMS bygger bro mellom helsetjenestene og medierer informasjon i mellom dem. Bedre dialog mellom tjenestene som gir bedre koordinasjon i forbindelse med overføringer. Har kjennskap både til pasientene og det lokale tilbudet. Mer fokus på funksjon. Minsker behovet for kommunale helsetjenester. Styrker kompetansen til kommunalt helsepersonell. Styrker pasientsikkerheten.	Finnes lite kunnskap om uønskede hendelser i LMS fordi de følger kommunale reguleringer for kvalitetskontroll, som ikke følger nasjonale eller regionale standarder. Forskjellig tilgang til pasientjournaler, én interkommunal LMS hadde ett journalsystem for hver kommune og ingen tilgang til sykehusets journal. Andre LMS har tilgang til sykehusets journalsystem pluss kommunens.
(45)	Norge		
Leonardsen et al. (2016)	27 pasienter 50-90 år som hadde vært innlagt i KAD over 24 timer (maks. liggetid 72 timer) med erfaring fra sykehus	Trygg på faglig kvalitet, like god klinisk oppfølging som på sykehus. Lokalt, nært til hjem og pårørende. Komfortabelt, rolig, lite, stille, avslappende og hjemlig miljø. Ansatte med bedre tid og større mulighet for observasjon og oppfølging enn på sykehus. Opplevde at ansatte var mindre stresset enn på sykehus. Mindre venting enn på sykehus.	Manglende utstyr (ultralyd, røntgen) sammenlignet med sykehus. Ikke like god kompetanse som på sykehus. Stressende og støyende miljø, ikke alle fikk enerom.
(46)	Norge Østfold		
Martinsen et al. (2015)	12 pasienter 65-87 år innlagt intermedieær-enhet etter sykehusopphold, som skulle reise hjem etter rehabilitering	Tatt imot på en vennlig måte. God, hjemlig atmosfære. Mer tilfreds med omsorgen enn på sykehus. Mer tilgjengelig og hjelpsomt personale. Personale som motiverte pasientene til trening. Individualisert omsorg.	Kunne oppleves vanskelig å spise sammen med andre. Selv om det var deres eget valg, ble det forventet at de hadde felles måltider.
(47)	Danmark		

5.2 Økonomi

Temaet økonomi i sykestuene kan belyses på forskjellige måter. Under temaet økonomi ble det inkludert syv kvantitative og én kvalitativ studie, disse er ikke inkludert i tabell, men gjengis heretter. I det følgende omtales kostnadsanalyser først, deretter studier av forbruk av sykestue- og sykehussenger. Til slutt er en studie som reflekterer over ulik henvisningspraksis til sykestue, sykehus og sykehjem inkludert under dette temaet, da dette indirekte sier noe om forbruk av helsetjenester. Forbruk av helsetjenester var også et kvalitetsmål i de kvantitative studiene under temaet kvalitet. De fleste studiene der fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sykestue- og sykehusgruppene.

Garåsen et al. gjorde en kostnadsanalyse fra Trondheim der formålet var å sammenligne kostnadene i sykehus og i intermedieæravdeling i sykehjem (48). Pasienter var randomisert til behandling på sykehus eller intermedieæravdeling fra august 2003 til mai 2004. De fant at gjennomsnittskostnaden var kr 73 417 per pasient (95 % KI kr 52 992–93 843) for sykehusgruppen og kr 39 650 (95 % KI kr 30 996–48 304) for intermedieærgruppen. Ved beregning av kostnadene inngikk all behandling av sykdommen som førte til innleggelsen, inkludert korttids- og rehabiliteringsplasser og reinnleggelser innen 60 dager etter utskrivelse. Samlede gjennomsnittlige kostnader per observasjonsdag per pasient var kr 802 (95 % KI kr 641–962) for sykehusgruppen og kr 606 (95 % KI kr 450–761) for intermedieærgruppen. Forskjellene var statistisk signifikante. I tillegg var det statistisk signifikant forskjell i kostnadene ved reinnleggelser etter utskrivning, som var lavere for intermedieærgruppen enn for sykehusgruppen. Det var ikke signifikante forskjeller i sykehuskostnader i løpet av oppfølgingsåret, og heller ikke signifikant forskjell i kostnadene til langtidsopphold i sykehjem.

Hakkaart-van Roijen et al. publiserte i 2004 en kostnadsanalyse fra et allmennlegedrevet sykehus (sykestue) i Amsterdam i Nederland (49). Gjennomsnittlig kostnad per pasient per dag i sykestue ble beregnet til €144, som var 58 % lavere enn tilsvarende kostnad i lokal- eller universitetssykehus. Innleggende allmennleger mente at 62 % av pasientene ville blitt innlagt på sykehus eller i sykehjem og 35 % ville ha forblitt hjemme med hjemmesykepleie hvis det ikke hadde vært sykestue tilgjengelig. Siden det ikke var ledige plasser på sykehjem i området i studieperioden ble alle i den første gruppen analysert under sykehus som alternativ. Disse kostet i gjennomsnitt €1259 mindre per opphold i sykestue sammenlignet

med sykehus. For pasientene som ville forblitt hjemme var det €305 billigere per opphold å ha pasienten innlagt på sykestue enn å ha hjemmesykepleie, da ble kun kostnaden for oppholdet beregnet, ikke legekontakt og prosedyrer (som pasienten ikke ville hatt hjemme heller).

En studie fra Nord-Irland undersøkte innleggelser i to sykestuer i perioden oktober 1990 til september 1991 (50). Det ble til sammen lagt inn 509 pasienter i perioden. De innleggende allmennlegene anslo at 86 % av pasientene ville blitt sendt til sykehus om de ikke hadde tilgang til sykestue, 5 % ville blitt lagt inn på sykehjem og like mange sendt hjem. Det manglet data for 3 % av pasientene. Studien anslo besparelsene ved å ha sykestue tilgjengelig til henholdsvis £297,419 og £47,473 for pasientene i hver av sykestuene sammenlignet med utnyttelse av alternativene.

Aaraas et al. studerte innleggelser i sykestuene i Finnmark i løpet av åtte uker i 1992 (51). I løpet av perioden ble 415 pasienter innlagt, 76 av disse ble overført til sykehus, og dermed var det 339 som kun ble behandlet i sykestuene. Av de 339 pasientene ville sykehus vært alternativet for 63 %, sykehjem for 9 % og 28 % ville forblitt hjemme om ikke sykestuene hadde vært til stede. For de 76 pasientene som ble overført til sykehus ville det utgjort 475 ekstra liggedøgn i sykehus om ikke sykestuene hadde vært til stede. Kostnadsanalysen beregnet den totale årlige kostnaden for sykestuene inkludert transport til 32,243 millioner NOK. Om ikke sykestuene hadde vært til stede og alternativene hadde blitt utnyttet ville den totale årlige kostnaden inkludert transport blitt 35,920 millioner NOK. Konklusjonen var at sykestuene var kostnadsbesparende.

Aaraas et al. undersøkte også om populasjoner med tilgang til sykestue hadde lavere forbruk av sykehustjenester enn populasjoner uten sykestue (52). Dataene viste at andelen innleggelser i sykehus var 26 % lavere for menn og 28 % lavere for kvinner i kommuner med sykestue sammenlignet med kommuner uten sykestue. Forskjellen var statistisk signifikant i alle aldersgrupper. Innleggelsesraten var signifikant lavere for ni av ti typiske «sykestuediagnoser» i kommuner med sykestue sammenlignet med kommuner uten sykestue. Pasienter fra kommuner med sykestue hadde færre dager der de opptok sykehussenger enn pasienter fra kommuner uten sykestue, 38 % og 52 % lavere rate for henholdsvis menn og kvinner.

En studie fra England med data fra 1992-1993 sammenlignet populasjoner med tilgang til sykestue (community hospital) med populasjoner uten slik tilgang (53). De fant at den totale bruken av senger, både sykehus og sykestue, var 7 % høyere i populasjonene med sykestue sammenlignet med populasjonene uten. Når de ekskluderte kirurgiske senger og kun tok med medisinske, geriatriske og sykestuesenger var den totale bruken av senger 11 % høyere i populasjonene med sykestuetilgang. Når de bare så på bruken av lokalsykehus, var denne 13 % lavere i populasjonene med tilgang til sykestue. Bruken av kirurgiske senger i sykehuset var 2 % lavere i populasjonene med tilgang til sykestue sammenlignet med de uten tilgang.

Swanson et al. gjorde en studie fra kommuner med KAD-enheter hvor de sammenlignet antall somatiske sykehusinnleggelser to år før (2010) og tre år etter (2014) opprettelsen av KAD-enheter (54). Introduksjonen av KAD-enheter var assosiert med en svak, men statistisk signifikant reduksjon i sykehusinnleggelser. Reduksjonen var signifikant for hele populasjonen (-1,2 %), men større for pasienter ≥ 80 år (-1,9 %). Kommuner med tilstedeværende lege på KAD-enheten 24 timer i døgnet, syv dager i uka hadde størst endring i innleggelsesratene (-8,1%).

Lappegard et al. undersøkte variasjonen i henvisningsmønstre til sykehus, lokale sykehjem og den felles sykestua blant de seks kommunene i Hallingdal. Det viste seg at praksisen var svært forskjellig mellom kommunene (55). Et fokusgruppeintervju med leger fra kommunene kom fram til at de avgjørende faktorene for ulik henvisningspraksis var pasientens kliniske tilstand og demografiske og sosioøkonomiske forhold i kommunene. Avstanden til sykehus og sykestue var ulik, noe som påvirket hvor pasientene ble sendt. Det var unaturlig å sende pasienten til sykestue når det betydde at pasienten måtte reise fra hjemkommunen i motsatt retning av sykehuset. Noen kommuner hadde et godt lokalt tilbud i sykehjemmet som pasientene foretrakk. I tillegg hadde den innleggende allmennlegens kjennskap til de forskjellige tilbudene mye å si for hvor pasienten ble lagt inn. Yngre og mer uerfarne leger hadde større tendens til å sende pasienten til sykehus. Pasientene og pårørende stolte også mer på det lokale tilbudet om det var en erfaren lege som anbefalte innleggelse der.

5.3 Pasientforløp

Det var kun én inkludert studie som kun omhandlet samhandling og pasientforløp i tilknytning til sykestuer, resultatene fra denne er gjengitt her. To kvalitative studier gjort på ansatte under temaet kvalitet hadde resultater med elementer av pasientforløp i tillegg til kvalitet (44, 45).

En kvalitativ studie fra England undersøkte erfaringer med overføringer av skrøpelige, eldre pasienter fra akutte sykehusavdelinger til kommunehelsetjenesten eller sykestuer ved å intervju helsepersonell og pasienter (56). 17 ansatte fra de forskjellige helsetjenestene og fire pasienter ble personlig intervjuet. I tillegg ble ni fokusgrupper med til sammen 36 ansatte fra sykehusavdelinger og sykestuer intervjuet. Ansatte på sykehus bemerket at på grunn av manglende kapasitet ble mange utskrivningsklare pasienter ventende på sykehuset på plass for rehabilitering i sykestuer og på kommunal helsehjelp. Noen ble værende så lenge mens de ventet på sykestueplass at de ble ferdig rehabilitert og kunne reise direkte hjem fra sykehuset. Ansatte i sykestuene mente at presset på å frigjøre senger i sykehusene gjorde at pasienter ofte ble sendt for tidlig til rehabilitering og de opplevde noen ganger at pasienter var for syke og måtte sendes i retur til sykehuset. Enkelte pasienter ble sendt fra avdeling til avdeling innad i sykehuset mens de ventet, noe som påvirket rehabiliteringen negativt. Daglige tverrfaglige møter mellom personell på sykehuset og sykestuer hadde forbedret kommunikasjonen angående pasientene, men flere ansatte fra både sykehus og kommune følte at de ikke forsto hverandres ressurser og roller. Personell i kommunene uttrykte misnøye med sykehusets evne til å planlegge utskrivelser, og de mente de fikk dårlig informasjon om pasientene. De følte at sykehuset noen ganger holdt tilbake informasjon om pasientene på de tverrfaglige møtene fordi de var redde for at sykestuene skulle nekte å ta pasientene imot. De syntes også leger på sykehuset var vanskelige å få kontakt med, og at dokumenter var mangelfulle. Forskjellige journalsystemer vanskeliggjorde kommunikasjonen, og de pårørende kunne bli spurt om den samme informasjonen flere ganger. Sykehusets personell uttrykte ikke negative syn på kommunikasjonen, de var mer bekymret for at kapasiteten i sykestuene og kommunene ikke var god nok til å ta unna for det store presset avdelingene deres opplevde. Ansatte mente at på grunn av tidspress rakk de ikke involvere pasienten og pårørende så mye som de skulle ønske i planleggingen av overføring. Flere pasienter uttrykte at de fikk lite informasjon om overføring til sykestue, de

fikk beskjed om at de skulle utskrives fra sykehuset like før det skjedde. Pasientene følte seg ikke involvert i beslutningstakingen angående overføringer. Ansatte i sykestuer hadde også inntrykk av at pasientene visste lite om at de skulle overføres til sykestue. Oppsummert var utfordringene knyttet til overføringer av skrøpelige eldre innenfor et vertikaldelt helsevesen knyttet til kommunikasjonen mellom ansatte i de ulike nivåene, manglende forståelse for hverandres roller og kapasitetsproblemer.

6 Diskusjon

Resultatene tyder på at innleggelser i sykestue for en selektert gruppe pasienter er likeverdige med sykehus når det gjelder reinnleggelser, daglig funksjonsnivå og forbruk av helsetjenester. Det var heller ikke høyere mortalitet blant sykestuepasientene. Pasientene var mer fornøyde med innleggelser på sykestue sammenlignet med sykehus. Pasientene opplevde blant annet at mindre organisatoriske forhold, tilgjengelige ansatte med bedre tid, nærheten til lokalmiljøet, kontinuitet og en avslappet og vennlig atmosfære var positive faktorer forbundet med sykestue. Innleggelser på sykestuer ser ut til å være kostnadsbesparende sammenlignet med alternativene, og befolkninger med tilgang til sykestue har mindre bruk av sykehus. Det ble funnet lite forskning på pasientforløp. I den ene studien vi fant rapporterte helsepersonell at det fortsatt var utfordringer knyttet til kommunikasjon og rolleforståelse mellom nivåene, i tillegg til dårlig kapasitet. Det er med andre ord ikke gitt at sykestuer fører til bedre pasientforløp.

Det ble i denne systematiske oversikten gjort et bredt søk med flere synonymer som genererte mange treff. Søket og inklusjonskriteriene gikk ut ifra definisjonen på sykestuer som enheter drevet av allmennleger. Studier av enheter med medisinsk ledelse av spesialister ble derfor ekskludert, selv om de i funksjonsform lignet sykestue. Dette kan ha gjort at forskning med utfall og resultater som kunne vært relevant, kan ha blitt ekskludert. Sykestue og lignende enheter kan gå under mange navn og det er derfor mulig at noen synonymer mangler i søkestrategien. I tillegg varierer definisjonen av ordene fra land til land, noe som gjør et slikt søk utfordrende. Et eksempel er begrepet «community hospital» som i Canada ligner på lokalsykehus, men i England betyr sykestue. Det ble kun søkt i én database, PubMed, og treffene og artiklene ble i hovedsak gjennomgått av én person, noe som kan gi utvelgessskjevhet. Det var ikke på forhånd strikte kriterier for temaene kvalitet, økonomi og pasientforløp, seleksjonen av artikler ble derfor utført med betydelig innslag av skjønn. Kvaliteten på dokumentasjonen kan helhetlig anses som lav. Av de inkluderte studiene var det kun to randomiserte kontrollerte studier med til sammen 202 deltakere og én litteraturoversikt. Resten av studiene var observasjonsstudier og deskriptive studier. Den inkluderte tematiske litteraturoversikten fra England (22) konkluderte med et lavt antall robuste studier, noe som sammenfaller med våre funn. Funnene i studiene innenfor de tre

emnene kvalitet, økonomi og pasientforløp samsvarer i stor grad med hverandre. Konsistensen må derfor anses som god. De aller fleste studiene er gjort på eldre mennesker, som gjør at resultatene ikke uten videre kan generaliseres til en yngre befolkning. Det kan for eksempel tenkes at yngre pasienter har andre preferanser for kvalitet enn eldre. De inkluderte studiene var gjort i Norge, Danmark, Finland, Nederland og Storbritannia (UK) som sier oss noe om hvor man finner allmennlegeenheter og gir oss en pekepinn på hvor i verden funnene kan gjelde. Vi må derfor være forsiktige med å generalisere til land med vesentlig annen organisering av helsetjenesten. En velkjent utfordring med sykestueforskning er å ha mange nok deltakere til å få presise effektestimater. Sykestuene er ofte små enheter med et nokså lavt antall innlagte pasienter hvert år. De fleste inkluderte studiene hadde få deltakere, noe som gir større usikkerhet over presisjonen av resultatene.

Studiene om kvalitet brukte reinnleggelser, bruk av helsevesenet, mortalitet, antall dager i sykehus, funksjonsnivå, livskvalitet, morbiditet, pasientopplevd kvalitet og helsepersonells erfaringer som kvalitetsmål. Det var lite forskning på livskvalitet og morbiditet, kun tre deskriptive studier og ett observasjonsstudium hadde ett eller begge av disse utfallene. Når det gjaldt pasientopplevd kvalitet brukte de kvantitative og de kvalitative studiene forskjellige mål på kvalitet. Det var kun to studier som rapporterte pasientopplevd tilfredshet med kvantitativ metode, disse målte tilfredshet med blant annet informasjon, personalet, fasilitetene og organiseringen. De kvalitative studiene målte kvalitet med tilfredshet med atmosfæren, nærhet til lokalmiljøet, personalet, forholdene.

Den pasientopplevde kvaliteten var bedre i sykestuene enn på sykehus. Pasientene opplevde blant annet at en ren, vennlig og avslappet atmosfære, kontinuitet i møte med ansatte, bedre oppfølging og vennlige, tilgjengelige og hjelpsomme ansatte var positive faktorer som gjorde at de var mer fornøyd med sykestue enn med sykehus. Helsepersonells erfaringer var blant annet at stabile ansatte, godt arbeidsmiljø og en helhetlig tilnærming til pasienten var faktorer som ga kvalitet i sykestuene. Disse gode resultatene inviterer til å spørre om sykehusene kan ha noe å lære av sykestuene. Pasienter og pårørende setter pris på et lokalt tilbud, men mange av de andre faktorene som trekkes fram sier kanskje noe om kvalitetssvikt i sykehusene. Bør ikke tilgjengelige, vennlige og hjelpsomme ansatte være en selvfølge uansett hvor man er innlagt? Lokalisasjonen nært pårørende og kjennskap til de lokale forholdene er et fortrinn for sykestuene som sykehuset vanskelig kan matche når vi

ser bort fra pasienter som bor i sykehusets nærområde. For andre faktorer som for eksempel god atmosfære og helhetlig behandling kunne man tenke seg at sykehusene kan bli bedre. De gode erfaringene med sykestuer har vært tungtveiende argumenter for å bygge opp lignende institusjoner i stor skala. At sykehusene også kan ha noe å lære av disse erfaringene har knapt fått noen oppmerksomhet.

Når det gjelder økonomi var det ingen studier som tok høyde for at store deler av sykehusets utgifter vil løpe selv om noen pasienter legges inn i sykestue i stedet for sykehus, i og med at driften av sykehuset uansett må opprettholdes. I disse studiene har man stort sett beregnet og sammenlignet gjennomsnittskostnader for begge typer institusjoner. Dermed kan kostnadsbesparelsene være overestimert. Pasientforløp var det emnet med færrest forskningsartikler. Det må derfor anses som et område som vi vet svært lite om.

Når det gjelder kommunale akutte døgnplasser (KAD), som er gradvis implementert i kommunene etter 2012, vet vi enda lite om hvordan disse brukes. En studie fra Østfold viste at fastleger uttrykte en usikkerhet og mistillit til tilbudet (57). De syntes det var vanskelig å bestemme om pasienten passet inn på KAD, og følte seg ofte usikre på om pasientens tilstand var tilstrekkelig medisinsk avklart. KAD representerte en større risiko på grunn av mer ansvar for pasientene som ble lagt inn der enn på sykehus. De fleste legene så på KAD som et nytt behandlingsnivå som dekket et annet behov enn sykehuset, og de følte press fra mange kanter om å bruke KAD-plassene. Mange hadde lagt inn pasienter på KAD som ellers ville forblitt hjemme.

Resultatene tyder på at innleggelser på intermedieærnheter i stedet for sykehus er kostnadsbesparende. Det vi derimot vet lite om, er i hvilken grad intermedieærseengene virkelig erstatter sykehusinnleggelser. Med opprettelsen av nok et innleggelsestilbud, er det en mulighet for at den totale sengebruken i befolkningen øker og at samfunnets kostnader egentlig ikke reduseres så mye. Kun én studie fra tidlig nittital i England undersøkte den totale bruken av senger i en befolkning med tilgang til sykestue (53). Den viste at befolkningen med tilgang til sykestue hadde sammenlagt større total bruk av sykehus- og sykestuesenger. Dette er grunnlag for å forske videre på, og noe man bør vite noe om når viktige beslutninger tas med økonomi som en viktig faktor.

Når det gjelder pasientforløp så er det på det rene at når sykestue brukes som en mellomstasjon enten før eller etter sykehusinnleggelse vil det føre til flere overføringer for pasienten og involvering av et større antall helsepersonell. Hypotetisk kan det være ugunstig for pasienten med enda et ledd i helsetjenesten som de skal innom, med rom for feilkilder i informasjonsflyt og økt belastning på pasienten. Studien om pasientforløp ved overføringer av pasienter viste at det var utfordringer knyttet til kommunikasjonen mellom nivåene og forståelsen av hverandres roller. Både samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven gir store forhåpninger om at kommunale døgnplasser skal bedre pasientforløpene, men det forskningsmessige grunnlaget for dette er svakt. Dette er et paradoks all den tid oppbyggingen av KAD er et så sentralt element i samhandlingsreformen. I verste fall gir et ekstra mellomledd negative konsekvenser for pasientene. Det er dermed et viktig tema som bør forskes mer på.

Geriatere har uttrykt bekymring for om seleksjonen av pasienter til KAD er god nok, og om økt antall intermedieenheter vil bety nedbygging av det geriatriske tilbudet (26). En ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 skrev i sin rapport om helsetjenester til syke eldre at intermedieenheter som alternativ til innleggelse bare kan brukes i nøye utvalgte tilfeller der man har en stabil pasient med avklart diagnose og fravær av akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet (58). Et slikt avklart sykdomsbilde ses sjelden hos eldre over 80 år, og oppbygging av intermedieenheter ville ifølge ekspertgruppen ikke erstatte geriatrisk spesialisthelsetjeneste (58). Følgelig bør ikke syke, skrøpelig eldre med behov for en bred geriatrisk vurdering legges inn i intermedieenheter. De inkluderte studiene i denne oversikten har studert nøye utvalgte populasjoner som passet innleggelseskriteriene for sykestuene. Det at de mest skrøpeligste eldre ble ekskludert fra studiene kan være en av grunnene til de gode resultatene man finner for kvalitet.

7 Konklusjon

Vi finner en del forskning på kvalitet, noe om økonomi og svært lite om pasientforløp. For en selektert pasientgruppe er innleggelse i sykestue/intermediærenhet et likeverdig eller bedre alternativ med hensyn på reinnleggelser, mortalitet, funksjonsnivå, forbruk av helsetjenester og pasientopplevd kvalitet. Intermediærenheter kan være kostnadsbesparende sammenlignet med alternative former for omsorg. Når det gjelder pasientforløp, har vi svært lite forskningsbasert kunnskap. Kvaliteten på dokumentasjonen anses som lav, da det ble funnet få RCT-er, kun én litteraturoversikt og flest observasjonsstudier og kvalitative studier.

8 Referanser

1. Regjeringen. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (2015-2016) [updated 21.04.17. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec2>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen Regjeringen.no: Regjeringen; 2009 [updated 17.04.2017. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
3. Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007;7:133.
4. Eriksen BO, Almdahl SM, Hensrud A, Jaeger S, Kristiansen IS, Murer FA, et al. Assessing health benefit from hospitalization. Agreement between expert panels. Int J Technol Assess Health Care. 1996;12(1):126-35.
5. Regjeringen. Samhandlingsreformen i kortversjon 2014 [updated 18.04.2017. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>.
6. Regjeringen. Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) (2010-2011) [updated 23.04.17. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec5#KAP5-2>.
7. Lappegard Ø. Acute admissions at Hallingdal sjukestugu: Doktorgrad, University of Oslo; 2016. ISBN 978-82-8333-273-5
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2012 [updated 19.04.17. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>.
9. Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen - IS-2483 2015 [updated 18.04.17. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf>.
10. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011 [updated 18.04.17. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
11. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell 2016 [updated 19.04.17. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf>.
12. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark - en studie av bruk og nytteverdi [Doktorgrad]: Universitetet i Tromsø; 1998.
13. Statens helsetilsyn. Sykestuefunksjonen - The missing link? 2001 [updated 21.04.17. Available from:

<https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf>.

14. Langfeldt E, Aaraas I. [The use of cottage hospitals' beds in Nordkapp]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2000;120(6):695-9.
15. Lappegard O, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. Scand J Public Health. 2012;40(4):309-15.
16. Statistisk sentralbyrå. Kommunefakta Alta 2016 [updated 21.04.17. Available from: <http://www.ssb.no/kommunefakta/alta>.
17. Andersen PV. Informasjon om Alta sykestue - e-mail til leger i Alta. 2016.
18. Statistisk sentralbyrå. Kommunefakta Steigen 2016 [updated 19.04.17. Available from: <http://www.ssb.no/kommunefakta/steigen>.
19. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Prehospital observasjonsenhet v/Steigentunet 2009 [updated 19.04.17. Available from: http://www.nsdm.no/kvalitetssikring_av_rutiner_og_retningslinjer_ved_prehospital_observasjons-og_behandlingsenhet_preob_ved_steigentunet .
20. Skodvin KG, Aaraas IJ, Forshei AK, Hagen KB, Jonsbu M. [Emergency tasks of nursing homes in small communities]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2012;132(7):792-4.
21. Jensvold M, Seim A. [Pre-hospital observation as an alternative to emergency hospitalisation]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2014;134(18):1749-54.
22. Heaney D, Black C, O'Donnell C A, Stark C, van Teijlingen E. Community hospitals--the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review. BMC Public Health. 2006;6:309.
23. Young J, Donaldson K. Community hospitals and older people. Age Ageing. 2001;30 Suppl 3:7-10.
24. Millar AN, Hughes CM, Ryan C. "It's very complicated": a qualitative study of medicines management in intermediate care facilities in Northern Ireland. BMC Health Serv Res. 2015;15:216.
25. Moll van Charante E, Hartman E, Yzermans J, Voogt E, Klazinga N, Bindels P. The first general practitioner hospital in The Netherlands: towards a new form of integrated care? Scand J Prim Health Care. 2004;22(1):38-43.
26. Wyller TB. [An evidence-based collaboration reform?]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2014;134(18):1727.
27. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ. 2009;339:b2700.
28. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J. 2009;26(2):91-108.
29. Lampela P, Saynajakangas O, Jokelainen J, Keistinen T. Differences in COPD-related readmissions to primary and secondary care hospitals. Scand J Prim Health Care. 2009;27(2):80-4.
30. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007;7:68.

31. Round A, Crabb T, Buckingham K, Meizner R, Pearce V, Ayres R, et al. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. *Fam Pract.* 2004;21(2):173-9.
32. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older--a controlled observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:351.
33. Dahl U, Johnsen R, Saetre R, Steinsbekk A. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients--a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:48.
34. Lappegard O, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital - health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract.* 2014;15:198.
35. Boston NK, Boynton PM, Hood S. An inner city GP unit versus conventional care for elderly patients: prospective comparison of health functioning, use of services and patient satisfaction. *Fam Pract.* 2001;18(2):141-8.
36. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health.* 2008;36(2):197-204.
37. Lappegard O, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med.* 2014;119:27-35.
38. Aaraas I, Melbye H, Eriksen BO, Irtun O. Is the general practitioner hospital a potential "patient trap"? A panel study of emergency cases transferred to higher level hospitals. *Scand J Prim Health Care.* 1998;16(2):76-80.
39. James J, Evans JA, Young T, Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. *Int Wound J.* 2010;7(3):147-52.
40. Hamilton K, Spalding D, Steele C, Waldron S. An audit of nutritional care delivered to elderly inpatients in community hospitals. *J Hum Nutr Diet.* 2002;15(1):49-58.
41. Millar A, Hughes C, Ryan C. Evaluating the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults in intermediate care facilities: a cross-sectional observational study. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(3):527-35.
42. Payne S, Hawker S, Kerr C, Seamark D, Roberts H, Jarrett N, et al. Experiences of end-of-life care in community hospitals. *Health Soc Care Community.* 2007;15(5):494-501.
43. Hawker S, Kerr C, Payne S, Seamark D, Davis C, Roberts H, et al. End-of-life care in community hospitals: the perceptions of bereaved family members. *Palliat Med.* 2006;20(5):541-7.
44. Dahl U, Steinsbekk A, Jenssen S, Johnsen R. Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital - a qualitative study of health professionals' experiences. *Int J Integr Care.* 2014;14:e011.

45. Kongsvik T, Halvorsen K, Osmundsen T, Gjosund G. Strengthening patient safety in transitions of care: an emerging role for local medical centres in Norway. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:452.
46. Linqvist Leonardsen AC, Del Busso L, Abrahamsen Grondahl V, Ghanima W, Barach P, Jelsness-Jorgensen LP. A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services. *Scand J Prim Health Care.* 2016;34(3):317-24.
47. Martinsen B, Norlyk A, Lomborg K. Experiences of intermediate care among older people: a phenomenological study. *Br J Community Nurs.* 2015;20(2):74-9.
48. 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;128(3):283-5.
49. Hakkaart-van Roijen L, Moll van Charante EP, Bindels PJ, Yzermans CJ, Rutten FF. A cost study of a general practitioner hospital in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2004;10(2):45-9.
50. McGilloway S, Mays N, Kee F, McElroy G, Lyons C. The role of the general practitioner hospital in inpatient care. *Ulster Med J.* 1994;63(2):176-84.
51. Aaraas I, Sorasdekkam H, Kristiansen IS. Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway. *Fam Pract.* 1997;14(5):397-402.
52. Aaraas I, Forde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark county in north Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(4):243-6.
53. Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? *J R Soc Med.* 1996;89(12):681-7.
54. Swanson JO, Hagen TP. Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open.* 2016;6(12):e012892.
55. Lappegard O, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract.* 2013;14:87.
56. Baillie L, Gallini A, Corser R, Elworthy G, Scotcher A, Barrant A. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. *Int J Integr Care.* 2014;14:e009.
57. Leonardsen AL, Del Busso L, Grondahl VA, Ghanima W, Jelsness-Jorgensen LP. General practitioners' perspectives on referring patients to decentralized acute health care. *Fam Pract.* 2016;33(6):709-14.
58. Aaraas IJM, Bjørn H, Olsen A, Rinnaas I, Wyller TB, Bing-Jonsson PC, Folgerø T, Tveito L. Helsetjenester til syke eldre - Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010. omsorgsdepartementet H-o; 2010.

9 Vedlegg 1 – Søkestrategi

9.1 Søk i Pubmed

Municipality acute ward

- Municipality acute ward Norway
- Municipality acute ward* Norway
- Municipality acute ward Sweden
- Municipality acute ward* Sweden
- Municipality acute ward Finland
- Municipality acute ward* Finland
- Municipality acute ward Iceland
- Municipality acute ward* Iceland
- Municipality acute ward Scotland
- Municipality acute ward* Scotland
- Municipality acute ward Canada
- Municipality acute ward* Canada
- Municipality acute ward Ireland
- Municipality acute ward* Ireland
- Municipality acute ward (UK OR England)
- Municipality acute ward* (England OR UK)
- Municipality acute ward Australia
- Municipality acute ward* Australia
- Municipality acute ward (General practitioner)
- Municipality acute ward* (General practitioner)

Cottage hospital

- Cottage hospital (General practitioner)
- Cottage hospital* (General practitioner)
- Cottage hospital Norway
- Cottage hospital* Norway
- Cottage hospital Sweden
- Cottage hospital* Sweden
- Cottage hospital Finland
- Cottage hospital* Finland
- Cottage hospital Iceland
- Cottage hospital* Iceland
- Cottage hospital Scotland
- Cottage hospital* Scotland
- Cottage hospital Canada
- Cottage hospital* Canada
- Cottage hospital Ireland
- Cottage hospital* Ireland
- Cottage hospital (UK OR England)
- Cottage hospital* (UK OR England)
- Cottage hospital Australia
- Cottage hospital* Australia

Community hospital

- "Community hospital" general practitioner
- (Community hospital* AND General practitioner) NOT ("Community hospital" AND General practitioner)
- "Community hospital" Norway
- (Community hospital* AND Norway) NOT ("Community hospital" AND Norway)
- "Community hospital" Sweden
- (Community hospital* AND Sweden) NOT ("Community hospital" AND Sweden)
- "Community hospital" Finland
- (Community hospital* AND Finland) NOT ("Community hospital" AND Finland)
- "Community hospital" Iceland
- (Community hospital* AND Iceland) NOT ("Community hospital" AND Iceland)
- "Community hospital" Scotland
- (Community hospital* AND Scotland) NOT ("Community hospital" AND Scotland)
- "Community hospital" Canada
- (Community hospital* Canada) NOT ("Community hospital" Canada)
- "Community hospital" Ireland
- (Community hospital* Ireland) NOT ("Community hospital" Ireland)
- "Community hospital" (UK OR England)
- ((Community hospital* AND (UK OR England))) NOT ("Community hospital" AND (UK OR England))
- "Community hospital" Australia
- (Community hospital* AND Australia) NOT ("Community hospital" AND Australia)

Intermediate care

- "Intermediate care" General practitioner
- "Intermediate care" Norway
- "Intermediate care" Sweden
- "Intermediate care" Finland
- "Intermediate care" Iceland
- "Intermediate care" Scotland
- "Intermediate care" Ireland
- "Intermediate care" (UK OR England)
- "Intermediate care" Canada
- "Intermediate care" Australia

General practitioner bed

- General practitioner bed General practitioner
- General practitioner bed* General practitioner
- General practitioner bed Norway
- General practitioner bed* Norway
- General practitioner bed Sweden
- General practitioner bed* Sweden
- General practitioner bed Finland
- General practitioner bed* Finland
- General practitioner bed Iceland
- General practitioner bed* Iceland
- General practitioner bed Scotland
- General practitioner bed* Scotland
- General practitioner bed Canada
- General practitioner bed* Canada
- General practitioner bed Ireland
- General practitioner bed* Ireland
- General practitioner bed (UK OR England)
- General practitioner bed* (UK OR England)
- General practitioner bed Australia
- General practitioner bed* Australia

General practitioner hospital

- "General practitioner hospital"
General practitioner
- General practitioner hospital* General practitioner
- "General practitioner hospital"
Norway
- General practitioner hospital* Norway
- "General practitioner hospital"
Sweden
- General practitioner hospital* Sweden
- "General practitioner hospital" Finland
- General practitioner hospital* Finland
- "General practitioner hospital" Iceland
- General practitioner hospital* Iceland
- "General practitioner hospital"
Scotland
- General practitioner hospital*
Scotland
- "General practitioner hospital"
Canada
- General practitioner hospital* Canada
- "General practitioner hospital" Ireland
- General practitioner hospital* Ireland
- "General practitioner hospital" (UK OR
England)
- General practitioner hospital* (UK OR
England)
- "General practitioner hospital"
Australia
- General practitioner hospital*
Australia

Primary care hospital

- "Primary care hospital" General
practitioner
- Primary care hospital* General
practitioner
- "Primary care hospital" Norway
- Primary care hospital* Norway
- "Primary care hospital" Sweden
- Primary care hospital* Sweden
- "Primary care hospital" Finland
- Primary care hospital* Finland
- "Primary care hospital" Iceland
- Primary care hospital* Iceland
- "Primary care hospital" Scotland
- Primary care hospital* Scotland
- "Primary care hospital" Canada
- Primary care hospital* Canada
- "Primary care hospital" Ireland
- Primary care hospital* Ireland
- "Primary care hospital" (UK OR
England)
- Primary care hospital* (UK OR
England)
- "Primary care hospital" Australia
- Primary care hospital* Australia

10 Vedlegg 2 – GRADE-evalueringer

Referanse:		Design: RCT	
Lappegard Ø., Hjortdahl P.		GRADE	Høy
Acute admissions to a community hospital - health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway.		Anbefaling	Sterk
BMC Fam Pract. 2014 Dec 10;15:198.			
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke om akutte innleggelser ved Hallingdal sjukestugu får helsemessige konsekvenser for pasienten sammenlignet med innleggelser ved Ringerike sykehus.	RCT. Inklusjonsperiode på to år fra 1.5.2010 Inklusjonskriterier: Pasienter som oppfylte kriterier for innleggelse ved Hallingdal sjukestugu (HSS), var innbygger i en av seks kommuner i Hallingdal, og innleggende lege hadde samtykke fra Ringerike sykehus (RS) om innleggelse på HSS. Eksklusjonskriterier: Pasienter med skader eller akutt sykdom som trengte sykehusinnleggelse, psykiatri, fødsler. Passende pasienter ble spurt om de ville delta.	60 pasienter ble inkludert i studien i løpet av to år. Randomisert til to grupper: 1) 33 pasienter til HSS 2) 27 pasienter til RS Ingen statistiske forskjeller mellom gruppene når det gjaldt kjønn, alder, lengde på oppholdet, mortalitet eller reinnleggelser. To pasienter i gruppe 1 ble overført til RS i løpet av de to første dagene pga. progresjon av sykdom. Komplett resultat av NEADL-spørreskjema forelå i gruppe 1) For 27 av 33 pasienter 2) 21 av 27 pasienter Ni personer døde under perioden, hos tre pasienter var det praktiske problemer med å samle inn data. Funksjonsnivå ved innleggelse gjennomsnittlig score NEADL 1) 43,96 2) 40,43 Ingen statistisk signifikante forskjeller i daglig funksjon. Ett år etter utskrivelse gjennomsnittlig score NEADL 1) 45,86 2) 38,57 Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i endring av daglig funksjon. Pasientenes forbruk av helsetjenester i oppfølgingsåret: Antall dager innlagt, henvisninger til poliklinikker, røntgenundersøkelser → Ingen statistisk signifikante forskjeller Statistisk signifikant forskjell i henvisning til poliklinikk ved HSS. De som var innlagt ved HSS ble oftere henvist dit. Innleggelse sykehjem, hjemmesykepleie, bruk av fastlege → Ingen signifikante forskjeller.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet med studien klart formulert? Ja • Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja • Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja • Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei • Var guppene like ved starten? Ja • Ble gruppene behandlet likt? Ja • Hva er resultatene? Ingen statistisk signifikant forskjell i endring av daglig funksjon eller forbruk av helsetjenester mellom gruppene. • Hvor presise er resultatene? Bra • Kan resultatene overføres til praksis? Ja • Ble alle utfallsmål vurdert? Ja • Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja Hva diskuterer forfatterne som Styrke – De som takket nei til randomisering ønsket innleggelse ved HSS. Svakhet – Lavt antall deltakere Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja, som styrker. Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ingen statistisk signifikante forskjeller, plausibelt da gruppene var like.
Konklusjon			
<i>Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder helsemessige konsekvenser.</i>	Randomisering: Dataprogram randomiserte til HSS eller RS. Til RS var det to timers kjøretur. Godkjent av REK. Helsemessige konsekvenser ble dokumentert på to måter:		
<i>Akutte innleggelser og behandling på sykestue kan være et godt alternativ for en utvalgt gruppe pasienter.</i>	1) Pasientens funksjon «activity of daily living» ble undersøkt med en norsk versjon av NEADL spørreskjema under innleggelsen og 12 måneder senere. 2) Helsestatus ble dokumentert med innsamling av data om mortalitet, overføring til sykehus, reinnleggelser og forbruk av primær- og spesialisthelsetjenester i løpet av året etter innleggelsen. Statistikk utført med SPSS.		
Land			
Norge			
År datainnsamling			
2010-2012			

Referanse: James J., Evans J.A., Young T., Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. Int Wound J. 2010 Jun;7(3):147-52		Design: Deskriptiv tverrsnittsstudie	
		GRADE	Lav
		Anbefaling	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke prevalensen av trykksår i ortopediske sengeposter og «community hospitals» (sykestuer) i Wales.	Prevalens av trykksår ble undersøkt i ortopediske avdelinger og sykestuer (community hospitals) i Wales. EPUAP-metode (European Pressure Ulcer Advisory Panel) for innsamling av data om trykksårprevalens. Kjønn, alder, behandlingssted, sårbarhet for trykksår (Braden score), inkontinens, alvorlighet av trykksår, anatomisk sted, trykkavlastning.	Alle ortopediske avdelinger i Wales undersøkte prevalens av trykksår hos 581 pasienter mellom 2.-6. juli 2007. 25 % av alle «community hospitals» undersøkte prevalens av trykksår hos 615 pasienter fra 21. april til 2. mai 2008. 38,4 % av pasientene i ortopediske avdelinger og 65,2 % i sykestuer var ≥ 80 år. Pasienter i ortopediske avdelinger virket mer sårbare for utvikling av trykksår (typetall Braden score: 23), mens i sykestuer var det litt mindre sårbarhet (typetall Braden score: 19).	<ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? Ja • Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen? Ja • Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart formulert? Ja • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja • Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? Nei • Er svarprosenten høy nok? Ja • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle? Ja • Er datainnsamlingen standardisert? Ja • Er dataanalysen standardisert? Ingen dataanalyse • Hva er resultatet i denne studien? Se resultater • Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Ingen statistikk • Kan resultatene overføres til praksis? Ja • Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja
Konklusjon	Ved tilfeller der pasienter hadde flere trykksår ble det verste trykksåret registrert.	Prevalens av trykksår: Ortopediske avdelinger: 81 pasienter (13,9 %) (Svar manglet for 11 pasienter) Sykestuer: 162 pasienter (26,7 %) (Prevalensen i åtte sykestuer ble ikke rapportert)	
Land		De fleste trykksår var i kategori I eller II. 91 Kategori I trykksår: 33 i ortopediske avdelinger 58 i sykestuer	
År datainnsamling		Alvorlige trykksår (kategori III og IV) affiserte 78 pasienter: 19 i ortopediske avdelinger 59 i sykestuer	
Land			
Wales (UK)			
År datainnsamling			
2007 og 2008			

Referanse: Lappegard Ø., Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway Soc Sci Med. 2014 Oct;119:27-35			Design: Tverrsnitt + kvalitativ	
			GRADE	Lav
			Anbefaling	Sterk
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
<p>Evaluere den opplevde kvaliteten ved en intermediearenhet av pasienter og ansatte, sammenligne med lignende tilbud ved sykehus. Identifisere generaliserbare faktorer som påvirker opplevelsen av kvalitet ved intermediearenheter.</p>	<p>Pasientenes opplevelser ble dokumentert med spørreskjema, pasientintervju og intervju av en fokusgruppe. Godkjent av REK.</p> <p>1) Spørreskjema To grupper randomisert til behandling ved Hallingdal sjukestugu (HSS) (gruppe A) eller Ringerike Sykehus (RS) (gruppe B) svarte på spørreskjema angående hvordan de opplevde kvaliteten på oppholdet. PasOpp-skjema med tre ekstra spørsmål.</p> <p>2) Intervju Dataene ble analysert med SPSS. To pasienter fra hver gruppe (A,B,C) ble intervjuet. Semistrukturert intervju. (Gruppe C er de som takket nei til randomisering)</p> <p>3) Fokusgruppe Intervju av fokusgruppe med ni personer bestående av et bredt utvalgt mennesker som har innsikt i fordeler og ulemper med HSS. Leger, sykepleiere, administrasjon, politikere, pasientrepresentant. To timers semistrukturert intervju.</p>	<p>Ingen signifikante forskjeller mellom gruppe A, B og C når det gjelder sammensetning eller sosiodemografiske data.</p> <p>1) Spørreskjema Gruppe A (n = 27), gruppe B (n = 22) Ingen statistisk signifikant forskjell på 5 %-nivå når det gjaldt informasjon, legetjeneste eller slektningers opplevelse. Statistisk signifikant forskjell på helhetlig pasienttilfredshet, pasienter ved HSS var mer fornøyde enn ved RS. Forskjell på sykepleietjenester, mer fornøyd ved HSS. Sterk signifikant forskjell når det gjaldt organisering i favør av HSS. Signifikant forskjell på standarden, favør av HSS.</p> <p>2) Pasientintervju Små forhold på HSS, kontinuitet og gode forhold mellom ansatte og pasienter, nærhet til familie og bekjente, avslappet og hjemlig atmosfære, HSS hadde godt rykte blant de lokale, manglet bad på hvert rom. Helhetlig tilnærming til pasientens helse på HSS, lengre tid på innleggelser på HSS, trygghet på at leger sendte dem fra HSS til sykehus når det behøvdes. Ingen tydelige forskjeller mellom gruppene.</p> <p>3) Fokusgruppeintervju HSS har et godt rykte, befolkningen stoler på HSS. Ansatte var stabile. HSS er kjent for godt arbeidsmiljø. Arbeidet på sykestua er tverrfaglig. Pasientens medisinske tilstand ble mer avklart på HSS enn sykehus. Allmennlegene har det medisinske ansvaret, de arbeider fulltid ved HSS, det fungerer bra, men er sårbart for mye avhenger av individer. Godt samarbeid mellom HSS og RS. Innbyggere i Hallingdal føler eierskap til HSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? Ja • Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen? Ja • Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart formulert? Ja • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja • Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? Ja • Er svarprosenten høy nok? Ja • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle? Ja • Er datainnsamlingen standardisert? Ja • Er dataanalysen standardisert? Ja • Hva er resultatet i denne studien? Se resultater • Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Nei • Kan resultatene overføres til praksis? Ja • Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja <p>Svakheter: Lokalt var det et positivt bilde av HSS, resultatene er derfor ikke åpenbart generaliserbare for andre institusjoner og helsesystemer. De fleste respondentene var eldre pasienter, resultatene må derfor tolkes som en respons fra en eldre populasjon.</p>	
Konklusjon	<p><i>Pasientopplevd kvalitet i sykestue er like god eller bedre enn pasientopplevd kvalitet i sykehus. Studien viser kvalitetsfaktorer som er viktige for pasienter. Flere av faktorene er generaliserbare for andre institusjoner og er nyttige for planlegging av pasientsentrert omsorg.</i></p>			
Land	Norge			
År datainnsamling	2010-2013			

Referanse: 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 May 2;7:68.			Design: RCT	
			GRADE	Høy
			Anbefaling	Sterk
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
<p>Å teste hypotesen om at intermediær behandling på en sykestue sammenlignet med tradisjonell forlenget behandling på sykehus vil redusere morbiditet i form av reinnleggelser, forbruk av hjemmetjenester og langvarig sykehjemsopphold uten å øke mortalitet og antall dager i institusjon.</p>	<p>RCT Godkjent av REK.</p> <p>Inklusjonskriterier: 1) Pasienter ≥ 60 år henvist til sykehus med akutt sykdom eller akutt forverring av kjent kronisk sykdom 2) trenger sannsynligvis innleggelse i mer enn 3-4 dager 3) innlagt fra eget hjem 4) forventet å kunne reise til hjemmet etter utskrivelse.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Alvorlig demens, psykiatri som trenger spesialisert omsorg 24 timer per døgn.</p> <p>Blindet randomisering. ADL ble scoret på alle pasienter. Statistiske analyser med SPSS.</p> <p>Oppfølging 26 uker.</p> <p>Utfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall reinnleggelser for samme sykdom • Behov for kommunal hjemmetjeneste • Behov for sykehjem • Antall dager i institusjon • Mortalitet 	<p>140 pasienter inkludert, randomisert: 70 til sykehus, 72 til sykestue (intervensjonsgruppe). 64 pasienter ble overført fra sykehus til sykestue innen 24 timer etter innkomst sykehuset, 8 pasienter som var randomisert til sykestue ble på sykehuset pga. forverring, de ble analysert i intention-to-treat.</p> <p>Utfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reinnleggelser: 14 pasienter i intervensjonsgruppen, 25 i sykehusgruppen. OR 2,77 (KI 1,18-6,49). Statistisk signifikant forskjell. Færre reinnleggelser i intervensjonsgruppen. • Hjemmetjeneste: Seks måneder etter utskrivelse trengte 38 i intervensjonsgruppen og 44 i sykehusgruppen hjemmetjenester. OR 1,21 (KI 0,59-2,52) Ikke signifikant forskjell. 18 i intervensjonsgruppen og 7 i sykehusgruppen trengte <i>aldri</i> kommunal hjelp etter innleggelsen. OR 0,31 (KI 0,11-0,88). Statistisk signifikant forskjell i favør intervensjon. • Sykehjem: 7 pasienter fra intervensjonsgruppen og 5 fra sykehusgruppen trengte sykehjem. OR 2,19 (KI 0,51-9,40) Ikke statistisk signifikant forskjell. • Ikke statistisk signifikant forskjell i antall dager i institusjon (innleggelse, rehabilitering og reinnleggelser) mellom gruppene. Statistisk signifikant forskjell i antall dager primærinnleggelse, lavest i sykehusgruppen. Statistisk signifikant forskjell i antall reinnleggingsdager i favør intervensjonsgruppen. • Mortalitet: Ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på mortalitet i løpet av seks måneder. 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet med studien klart formulert? Ja • Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja • Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja • Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei/ja • Var gruppene like ved starten? Ja • Ble gruppene behandlet likt? Ja • Hva er resultatene? Sykestue er et godt alternativ for denne pasientgruppen. • Hvor presise er resultatene? Bra • Kan resultatene overføres til praksis? Ja, lik populasjon, men alle ble diagnostisert på sykehuset. • Ble alle utfallsmål vurdert? Ja • Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja, mest sannsynlig billigere med intermediær. <p>Hva diskuterer forfatterne som</p> <p>Styrke – Uselektert populasjon. Alle fikk lik behandling før randomisering.</p> <p>Svakhet – Usikkert hvilke faktorer som er suksessfaktorer.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja, både og.</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja.</p>	
Konklusjon	<p><i>Intermediær behandling på sykestue reduserer antallet reinnleggelser og øker antallet pasienter som er uavhengig kommunal hjelp sammenlignet med forlenget behandling på sykehus.</i></p>			
Land	Norge			
År datainnsamling	2003-2004			

Referanse: Millar A., Hughes C., Ryan C. Evaluating the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults in intermediate care facilities: a cross-sectional observational study. Int J Clin Pharm. 2017 Mar 17		Design: Tverrsnittsstudie	
		GRADE	Lav
		Anbefaling	Sterk
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke prevalensen av PIP (Potentially inappropriate prescribing) av medikamenter hos eldre pasienter i tre intermediærenheter i Nord-Irland over åtte uker.	Inklusjonskriterier: 1) ≥ 65 år 2) Innlagt i intermediærseng 3) Forskrevet ≥ 1 fast medikament Pasienter ble inkludert over åtte uker. Data ble hentet ut fra pasientenes journal og medikamentkurve.	74 pasienter ble inkludert. De fleste var henvist til intermediærenhet fra sykehus for rehabilitering. Pasientene hadde i gjennomsnitt forskrevet 10,4 faste medikamenter. 95,9 % av pasientene hadde forskrevet polyfarmasi (≥4 medikamenter) ved innleggelse. 30 pasienter ble utskrevet under studieperioden, og kunne følges fra innleggelse til utskrivelse.	<ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? Ja • Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen? Ja • Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart formulert? Ja • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja • Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? Forskerne undersøkte alle. • Er svarprosenten høy nok? Ja • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle? Ja • Er datainnsamlingen standardisert? Ja • Er dataanalysen standardisert? Ja • Hva er resultatet i denne studien? Se resultater • Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Ja • Kan resultatene overføres til praksis? Ja • Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja
Konklusjon	Tilfeller av PIP (Potentially inappropriate prescribing) ble identifisert ved å analysere pasientdata opp mot START/STOPP-kriterier.	STOPP identifiserte 147 PIM blant 71,6 % av pasientene ved innleggelse intermediærenhet. Ved utskrivelse hadde 73,3 % av pasientene 54 PIM. Ingen statistisk signifikant forskjell mellom innleggelse og utskrivelse. CNS-medikamenter utgjorde den største gruppen PIM ved innleggelse, GI-medikamenter ved utskrivelse.	
<i>Potensielt upassende medikamenter og potensielt manglende medikamenter ble identifisert hos et betydelig antall pasienter ved innleggelse i og utskrivelse fra tre intermediærenheter i Nord-Irland. Intermediær-pasientene er ofte eldre med høye nivåer av komorbiditet og komplekse medikamentregimer.</i>	PIP (Potentially inappropriate prescribing) inneholder PIM (potentially inappropriate medicines) og PPO (potential prescribing omissions). Det vil si, medikamenter som er upassende og burde vært seponert (PIM) og medikamenter som burde vært startet opp (PPO). De første finner man i STOPP (Screening tool of older people's prescriptions), de andre i START (screening tool to alert doctors to right treatment).	START identifiserte 95 PPO blant 60,8 % av pasientene ved innleggelse. Ved utskrivelse 34 PPO blant 50 % av pasientene. Ingen signifikant forskjell mellom innleggelse og utskrivelse. Største gruppen PPO ved begge tidspunkter var muskelskjelettmedikamenter, den hyppigste mangelen var Vitamin D- og kalsium-supplement og bisfosfonater.	
Land	Studien brukte START/STOPP versjon 1.	Pasientfaktorer assosiert med PIP: <ul style="list-style-type: none"> • Økende alder • Økende komorbiditet • Økende kompleksitet på medikamentregime • Økende antall forskrevde medikamenter 	
År datainnsamling			
2014			

