

Alternative akuttinnleggelser i Hallingdal, – gis rett behandling på rett sted til rett tid?

Et litteraturstudium som retter søkelys mot hvilke metoder som har vært brukt for å evaluere akuttinnleggelser ved «alternative sykehusløsninger» i Norge og internasjonalt.

Nikolai Munz Bakketun



Studentoppgave

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO 24.10.2014

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Engelsk sammendrag (abstract)	4
Introduksjon, bakgrunn og noen begreper	5
Om samhandlingsreformen, alternative akuttinnleggelser og sjukestugu i Hallingdal	
Problemstilling, hensikt og mål	6
To problemstillinger, én kunnskapsoversikt	
Egen læring knyttet til litteraturstudium	
Metode	7
Valg av databaser	
Inklusjonskriterier: PICO	
Tabell 1 - Sammenhengen mellom PICO og MeSH	
MeSH og valg av emneord	
Søkestrategi og begrensninger	
Sortering og håndtering av innhentet litteratur	
Resultater	12
Sortering og håndtering av innhentet litteratur	
Kvalitetsvurdering	
Omtale av hver enkelt artikkel	
Diskusjon	21
Hvordan kan alternativer til akuttinnleggelser på sykehus evalueres?	
Medisinskfaglige og politiske avveininger møtes	
Er «unødvendige» innleggelser et problem?	
Hvorfor alternativer til sykehus?	
Utfordringer med å evaluere fortid	
Hva med å evaluere nåtid og fremtid?	
Metodiske innvendinger mot denne oppgaven	
Konklusjon	25
Referanser	26
Vedlegg	27
Vedlegg 1 - Oversikt over relevante MeSH-termer slik de defineres i PubMed	

Forord

I løpet av medisinstudiet skal alle studenter levere en oppgave om et tema man står fritt til å velge selv. Målet er å få et innblikk i forskningsmetode, samt å kunne gjøre et dypdykk inn i et fagfelt av interesse. Jeg har valgt å jobbe under problemstillingen «Alternative akuttinnleggelser i Hallingdal». Både fordi mine interesser fører meg inn i skjæringspunktet der allmennmedisin møter samfunnsmedisin og akuttmedisin, men også fordi jeg har tilknytning til Hallingdal fra tidligere.

Takk til mine veiledere, Per og Øystein, for at dere tok meg så godt i mot. Spesiell takk til Per, som umiddelbart tok seg tid til å bli kjent med meg gjennom lang prat over cherrytomater, og for at du sporenstreks ringte Øystein for å få til et samarbeid. Og Øystein ønsket meg umiddelbart velkommen. Den type behandling jeg har fått av dere møter man dessverre sjelden som medisinstudent.

Per Hjortdahl er professor i medisin og jobber ved avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.

Øystein Lappegard er kommuneoverlege i Ål, og holder på med doktorgradsarbeid om akuttinnleggelser ved kommunale intermedieærplasser.

Abstract

Background: An important guideline for the Norwegian health-care systems evolution in recent years, has been a political reform known as «the coordination reform». This reform emphasizes the importance of offering patients adequate, timely and localized care, and to avoid unnecessary or inappropriate hospital admissions. One of the suggested strategies to achieve these goals, is offering alternatives to traditional hospital solutions. Some of the alternatives that are being looked at, are community hospitals, cottage hospitals and various other solutions offering an intermediate level of care. Although many of these alternatives have been in place for years, research has yet to show conclusive benefits or drawbacks and more research on the topic is needed.

Aim: To search existing literature for which research methods that previously has been used to evaluate emergency-admissions to alternative hospital solutions.

Material and methods: Medline, Embase, Swemed+, and Cochrane databases were searched through with a selection of keywords based on «emergency admissions» and «alternatives to hospital care». All research designs were included. Language limitations was set to English and Scandinavian.

Results: 3354 articles were found. A significant proportion had methodological weaknesses and were thus excluded. 23 articles were selected for further reading based on relevant titles and abstracts. Some of the evaluation-methods that most commonly have been used are various protocols and checklists, focus groups with an expert panel of reviewers, randomized controlled trials, and questionnaires.

Conclusion: All of the studies were written in their own particular area of interest, making them problematic to compare with each other. The medical aspects are often challenged by economical and political concerns. The most suitable evaluation method therefore depends on which aspects are being looked at. Before any final conclusions can be drawn in either medical or political matters, further research on the topic is needed.

Introduksjon, bakgrunn og noen begreper

Samhandlingsreformen slår fast at pasienter skal ha rett behandling på rett sted til rett tid (1). Dette innebærer blant annet at flere av helsevesenets oppgaver forskyves mot primærhelsetjenesten i kommunene fremfor hos spesialisthelsetjenesten. Det legges også vekt på at helsetjenester skal flyttes nærmere der folk bor, og at pasientene i større grad enn tidligere skal være aktivt medvirkende i egen behandling. Denne målsetningen definerer den fremtidige utviklingen for helsetjenestene i Norge, og står som et alternativ til en utvikling med stadig mer sentraliserte og spesialiserte tilbud.

Antall sykehusinnleggelser er tenkt redusert ved at kommunehelsetjenesten skal kunne tilby ulike tilpassede behandlingsalternativer for pasienten. Sykehus skal være forbeholdt pasienter som krever et behandlingsnivå utover det kommunehelsetjenesten kan tilby. Sykehuset blir dermed bare en av flere behandlingsaktører i helsevesenet, og forbeholdes alvorlig sykdom.

En av legens mange arbeidsoppgaver er å avgjøre hvilket omsorgsnivå en pasient behøver. I et spekter der sykehus representerer høyeste omsorgsnivå, og hjem (uten videre oppfølging) representerer det laveste, må legen ta stilling til hvor i dette spekteret pasients behov ligger.

Samhandlingsreformen fremholder at kommunene skal kunne tilby helsetjenester før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse (1). Altså et «mellomnivå» som ligger under sykehusnivå, men over hjemmenivå. Internasjonalt brukes ofte betegnelsen «intermediate care» (dette er en noe bredere definisjon enn den norske «intermediæravdelingen») om dette mellomnivået, og det finnes flere eksempler på ulik oppbygning og bruk av slike løsninger.

Akutte innleggelser til andre instanser enn sykehus er uvanlig i Norge i dag (2). Kanskje skyldes det at det ikke finnes så mange eksempler på mellomnivå-løsninger slik helsevesenet er bygget opp i dag. Et annet spørsmål som melder seg er om slike mellomnivå-løsninger gir et fullgodt alternativ til det sykehusene kan tilby.

Hallingdal Sjukestugu (HSS) på Ål, er et eksempel på et mellomnivå-alternativ. HSS hører til Ringerike-sykehus (RS), men tar i mot enkelte pasientgrupper som et alternativ til innleggelse på RS. Erfaringer fra HSS publisert i artikkelen «Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal Sjukestugu», indikerer at det er gjennomførbart å gi en selektert pasientgruppe et alternativ til sykehusinnleggelse (2).

Der det i dag finnes eksempler på bruk av mellomnivå-løsninger og alternativer til akuttinnleggelser på sykehus, blir det viktig å undersøke hvorledes disse fungerer. Ikke bare for å evaluere om pasientene får rett behandling, men også for å evaluere om utviklingen av helsevesenet i denne retningen bør fortsette, slik samhandlingsreformen legger til rette for. Hvordan bør en slik evaluering foregå, og hvordan har liknende løsninger vært evaluert tidligere?

Gjennom et litteratursøk, har denne oppgaven til hensikt å kartlegge hvilke evalueringsmetoder som har vært brukt ved alternativer til sykehusinnleggelser tidligere, både i Norge og i verden.

Problemstilling, hensikt og oppgavens mål

I samråd med mine veiledere Per Hjortdahl og Øystein Lappegard, ble oppgavens problemstillinger formulert og drøftet. Vi ble enige om to problemstillinger. En overordnet problemstilling belyser hva Per og Øystein holder på med et større arbeide på, og som denne oppgaven står i kontekst til:

«Alternative akuttinnleggelser i Hallingdal – gis rett behandling på rett sted til rett tid?»

Min oppgave, er mer fokusert og belyser bare en liten del av dette spørsmålet:

«Hvilke metoder har vært brukt for å evaluere akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger» i Norge og internasjonalt?»

Målet med denne oppgaven er å utføre et omfattende litteratursøk, og sammenfatte i en oversikt hvilke metoder som har vært brukt for å evaluere alternative akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger

I tillegg melder det seg en problemstilling knyttet til å skulle utføre et omfattende litteratursøk. Like viktig for meg som å skulle svare på de ovenfornevnte spørsmål, har det vært å lære hvordan dette best gjøres. Innen en rekke fagområder, blant annet forskningsmetodikk, oppbygning av ulike forskningsdatabaser, bruk av ulike søkemotorer og programvare, har jeg måttet lære mye. I bakhodet har jeg derfor hatt en tredje type problemstilling,

«Hvordan utføre et litteratursøk, og hvordan lage en god sammenfatning av dette?»

Metode

Litteratursøket ble utført i følgende databaser:

MEDLINE, EMBASE og SWEMED+

Samt de tre Cochrane-databasene:

CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews),

DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effect),

CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials)

Begrunnelse for valg av databaser

MEDLINE regnes for å være «hoveddatabasen» og et utgangspunkt for de fleste litteratursøk innen medisinske felt. MEDLINE er den databasen som inneholder flest publikasjonen fra den engelskspråklige verden og har sin hovedtyngde innen biomedisin.

EMBASE har sin tyngde fra europeiske publikasjoner både innen biomedisin, farmakologi, men også mye annet.

SWEMED+ dekker særlig godt nordeuropeiske og skandinaviske publikasjoner, og fanger også opp mindre tidsskrifter i tillegg til store publikasjoner.

COCHRANE-databasene består av:

CDSR som inneholder systematiske oversikter.

DARE inneholder kvalitetsvurderte systematiske oversikter over effekt og tiltak i helse og sosialtjenesten.

CENTRAL har de randomiserte kontrollerte studiene.

Til sammen dekker disse databasene svært bredt. Utdypende omtale av databasene som er valgt finnes på helsebiblioteket.no sine nettsider.

Det norske «Kunnskapssenteret» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) er et organ under Helsedirektoratet med mål om å fremme og formidle kunnskap (3). Ettersom noen av deres publikasjoner omhandler «Alternativer til sykehusinnleggelse», ble disse i tillegg inkludert. Kunnskapssenteret publiserer ikke sine resultater i tradisjonelle forskningsdatabaser slik som er nevnt over (foruten enkelte Cochrane-oversikter en sjelden gang), og vil dermed ikke fanges opp i noen av de tidligere nevnte databasene. Publikasjonene som er inkludert var tilgjengelige ved å søke på «alternative sykehusinnleggelser» på nettsidene kunnskapssenteret.no

Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene ble gitt ved å formulere problemstillingen etter PICO-modell*.

Populasjonen/pasientgruppe: **Akuttinnleggelser**

Akutte innleggelser, men der sykehus ikke er eneste alternativ. Altså der en typisk allmennlege, legevaktlege eller annen lege vurderer at pasienten må tilses på et høyere omsorgsnivå, men der dette ikke nødvendigvis er sykehus. Det er dette som ligger i «alternative akuttinnleggelser».

Begrensninger: etter diskusjon med veiledere ble det bestemt å utelate følgende pasientgrupper/problemstillinger:

- Fagspesifikke problemstillinger inne blant annet gynekologi, obstetikk og pediatri. Det er de generelle medisinske problemstillingene som er av denne oppgavens interesse.
- Pasienter som tilskrives alternative sykehusløsninger i påvente av annen behandling (venterom-funksjon).

Intervensjon/tiltak: **Alternative sykehusløsninger**

Med dette menes eksempelvis «sykestuer», «lokalmedisinske sentre», eller andre synonymer for løsninger som representerer et omsorgsnivå mellom legekontor/legevakt og sykehus. Det finnes en rekke ulike navn og løsninger for slike alternativer både i Norden og internasjonalt. Dette på bakgrunn av de ulike landenes språk, og forskjellige lands ulike organisering av sine helsevesen.

Utfallet/resultatmålet: **Evalueringsmetoder**

Her er alle ulike metoder som tidligere har vært brukt til å evaluere akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger av interesse.

*PICO som metode omtales på www.kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering.

PICO-spørsmål og tilhørende emneord kan sammenfattes i følgende oversikt (Tabell 1)

(P) - Populasjon / Pasientgruppe	(I) - Intervensjon	(C) – Kontroll / Sammenlikning	(O) – Utfall / Resultat
<p>Akuttinnleggelser (medisinske problemstillinger)</p> <p><i>Problemstillinger knyttet til: «akutt sykdom» og «innleggelsesnivå»</i></p> <p><i>÷ Problemstillinger innen gynekologi/obstetrikk/pediatri</i></p> <p><i>÷ Pasienter som tilskrives alternative sykehusløsninger i påvente av annen behandling (venterom-funksjon)</i></p>	<p>«Alternative sykehusløsninger»</p> <p><i>(f.eks. «community hospitals, rural hospitals og andre dekkende synonymer)</i></p>	<p>Sykehus</p> <p><i>(tradisjonelle sykehusløsninger, vanlige sykehus)</i></p>	<p>Evalueringsmetoder/ forskningsdesign</p> <p><i>(som er egnet til å evaluere akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger)</i></p>
<p>Emneord - MeSH Acute disease, /patient admission, /patient selection</p> <p>Fritekst acute admissions /emergency admissions</p>	<p>Emneord - MeSH Community hospitals, /rural hospitals, /halfway houses, /intermediate care facilities, /community health services, /hospital bed capacity under 100, /general practice</p> <p>Fritekst GP-hospitals, /cottage hospitals</p>	<p>Emneord - MeSH</p>	<p>Emneord - MeSH</p> <p>Data Collection /Focus Groups /Outcome and Process Assessment (Health Care) /Pilot Projects /Questionnaires /Health Care Surveys /Comparative Effectiveness Research /Clinical Audit /Medical Audit /Evaluation Studies as Topic</p>

Tabell 1 - Sammenfatning av PICO og tilhørende MeSH-emneord. Se også vedlegg 1 for definisjoner på hvert emneord

Emneord og MeSH

Valg av emneord er en kartleggingsprosess. Som nevnt er det en utfordring at det finnes en rekke forskjellige synonyme navn, spesielt knyttet til «alternative sykehusløsninger». For å kartlegge dette bedre, gjorde jeg først et usystematisk søk basert på ulike varianter av fritekst. Etter hvert som jeg fikk relevante treff, skrev jeg ned hvilke emneord som var brukt, og leste i tillegg foreslåtte artikler basert på relevans som igjen ga nye emneord. Ved å drive slike «snowballing», fant jeg emneord som var gjengangere i litteraturen. I videre arbeid med oppgaven, har jeg oppdaget at jeg kunne brukt «Science citation index» for å få fram alle siteringer relatert til nøkkelartikler. Dette hadde kanskje ført til en mer fullstendig avdekking av all litteratur om emnet, men samtidig kunne oppgaven lett blitt alt for stor.

«MeSH» (Medical subject headings), er et indekseringssystem som benyttes av alle større forskningsdatabaser for å standardisere vokabular og definisjoner. MeSH-termer er organisert i et forgreningssystem med et systematisk hierarki og tilhørende definisjon. Dette har den fordelen at hvis man finner ett emneord «en gren», kan man slå opp i en database og finne dennes definisjon, samt finne ut hvilken som er den overordnede «grenen». I tillegg kan man finne parallelle «grener», altså de synonymene jeg visste at fantes, men ennå ikke visste hva var. Fordelen er at man raskt kan finne alle aktuelle emneord og synonymer til et tema. De emneordene jeg ikke fant ved «snowballing» fant jeg ved å lese definisjoner i MeSH databasen. Fullstendige definisjoner på de MeSH-terminene jeg valgte, ligger vedlagt i slutten av oppgaven (vedlegg 1).

Etter å ha kartlagt hvilke MeSH-termer som fanger opp problemstillingen ble det supplert med noen nøkkelord i fritekst. Dette fordi eldre artikler ofte ikke er indeksert etter MeSH, og at feilindeksering forekommer. Oppgavens problemstilling krever ikke litteratur av spesielt ny dato, det viktigste er litteraturens relevans til problemstillingen.

En utfordring ved alle litteratursøk er å favne bredt nok til å få med alle relevante artikler, men samtidig ikke favne så bredt at man får med irrelevante treff (søkets «sensitivitet»). Gjennom utprøving av ulike kombinasjoner av søkeordene, fant jeg ut at det brukes så mange forskjellige betegnelser for «evalueringsmetoder» at jeg gikk glipp av artikler fordi disse enten var indeksert med andre emneord eller MeSH enn det jeg hadde kartlagt, eller ikke indeksert med slike emneord i det hele tatt. En for stor presisering av hva jeg ønsket å ha med gjorde søket spesifikt, men på bekostning av sensitiviteten. Mange artikler omhandler ikke «evalueringsmetoder» i stor nok grad, eller nevner ikke dette ofte nok til at indekseringen fanger dette opp, men mange artikler kan likevel være relevante. Utgangspunktet for søkelinjen jeg tenkte meg, fulgte PICO-inndelingen (minus kontroll-delen som her ikke tilfører noe):

«Akuttinnleggelser» + «Alternative sykehusløsninger» + «Evalueringsmetoder»

Siden dette utelukket for mange treff, ble «evalueringsmetoder» fjernet fra søkestammen. Ved å beholde «Akuttinnleggelser» og «Evalueringsmetoder» ble det langt flere treff. Denne løsningen ga et større etterarbeid ved at flere artikler måtte leses før selektering. Til gjengjeld ble flere relevante artikler fanget opp (høy sensitivitet, men moderat/lav spesifisitet).

Alle de ovenfor nevnte forskningsdatabasene, bruker MeSH som system for kategorisering av emneord. Det gir fordelen av å kunne bruke den samme søkelinjen/«stammen» i alle databasene.

Forskningsbibliotekarer ved Rikshospitalet bidro til å se over og komme med supplerende innspill til valg av emneord og søkestrategi.

Universitetet i Oslo sin internettilgang eller VPN er brukt ved alle søk, slik at flest mulige lisenser skal ha vært tilgjengeliggjort.

Søkestrategi

Formuleringen av søket ble gjort på følgende måte:

Emneordene som omhandler synonymer til «**alternative sykehusløsninger**» ble listet opp og kombinert med **OR** mellom hvert emneord. Emneordene som omhandler synonymer til «**akuttinnleggelseser**» ble listet opp og kombinert med **OR** mellom hvert emneord.

Synonymene for «**alternative sykehusløsninger**» og «**akuttinnleggelseser**» ble kombinert med **AND**.

«Stammen» i søket ser da slik ut:

1. Hospitals, Community/
2. Hospitals, Rural/
3. Halfway Houses/
4. Intermediate Care Facilities/
5. Community Health Services/
6. Hospital Bed Capacity, under 100/
7. General Practice/
8. Acute disease/
9. Patient admission/
10. patient selection/
11. cottage hospital*
12. GP-Hospital*
13. Acute admission*
14. emergency admission*
15. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 11 or 12
16. 8 or 9 or 10 or 13 or 14
17. 15 and 16
18. Obstetrics/
19. Gynecology/
20. Pediatrics/
21. 18 or 19 or 20
22. 17 not 21
23. limit 22 to (danish or english or norwegian or swedish)

Begrensninger: gynekologi/obstetrikk/pediatri ble utelukket. I etterkant ser jeg at dette i praksis ikke hadde noen betydning, det hadde blitt det samme antallet artikler å forholde seg til. Det var nok heller et uttrykk for (rent teknisk) å lære å begrense, heller enn at det i dette tilfellet var en relevant begrensning.

Språk ble begrenset til engelsk, dansk, svensk og norsk.

Studiedesign: Alle. Hovedsakelig primærstudier/enkeltstudier, men også kunnskapsoppsummeringer med inngående metodebeskrivelse vil kunne være av interesse. RCTer kan betraktes som en evalueringsmetode i seg selv, men jeg valgte å inkludere også disse i søket.

Resultater

Sortering og håndtering av innhentet litteratur

Søket ble utført og avsluttet den 30.06.2013 i samtlige databaser. Til sammen 3354 treff. Resultatene ble importert i Endnote x7.2. Duplikater ble luket ut. Grovsortering basert på relevant tittel ble utført i første omgang, deretter etter abstract. Hvis ikke tittel eller abstract inneholdt, eller ga inntrykk av å inneholde «akutt sykdom», og «alternativ sykehusløsninger», ble de forkastet. Der jeg har vært i tvil har artikkelen blitt inkludert for nøyere gjennomlesing. Det store flertall av ekskluderte artikler omhandlet ingen, eller bare ett av inklusjonskriteriene i kombinasjon med forskjellige andre temaer. Enkelte publikasjoner manglet abstract eller tilgjengelig fulltekst og falt dermed også utenom. Antall treff fordelt seg på de ulike databasene slik tabellen under viser. 23 Artikler ble plukket ut for å studeres i fulltekst.

Databaser / treff	Totalt antall treff	Relevant tittel	Relevant abstract	Vurderes i fulltekst
Medline	916	42	37	6
Embase	704	36	28	1
SweMed+	600	102	55	7
Cdsr	126	30	30	2
Dare	48	4	2	0
Central	772	13	13	2
Kunnskapssenteret				5
Totalt antall artikler som vurderes				23

Kvalitetsvurdering: Mitt mål med den innhentede litteraturen er i denne sammenhengen ikke å vurdere om resultatene i studiene er til å stole på eller ikke, men å se på hvilke evalueringmetoder som er brukt, og dernest drøfte kvaliteten av de ulike metodene. Det er derfor ikke utført noen grundig kvalitetsvurdering av studiene, annen enn om det er brukt en metode som er relevant for å evaluere alternative akuttinnleggelser. Studier som ikke inneholdt en utfyllende methodedel, der det klart fremgår hvilken evalueringmetode som ble brukt, ble forkastet.

Artiklene som vurderes i fulltekst omtales nå hver for seg. Fra hver artikkel ekstraheres nøkkeldata etter følgende modell:

Forfattere, tittel, og år

Studiedesign: (primærstudie, kunnskapsoppsummering, RCT...)

Alternativ til sykehusinnleggelse: (sykestue, GP-hospital, sjukestuge...)

Pasientgruppen bestod av: (akutte innleggelser...)

Evalueringsmetode: (for å evaluere dette alternativet til sykehusinnleggelse brukes... eks. spørreskjema, intervju...)

Kommentar: F.eks. mangelfull metode, e.l.

Oppsummering med omtale av hver enkelt artikkel

Coast, Inglis, Morgan, Gray, Kammerling, Frankel 1995

«The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission?» (4)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Ulike alternativer foreslås

Pasientgruppen bestod av: Akutte innleggelser

Evalueringsmetode: Allmennleger gikk gjennom ensides oppsummeringer av journalene basert på kliniske og sosiale fakta om de innlagte pasientene. De skal så svare på om de tror pasientene kunne vært innlagt på et lavere nivå, og i så fall hvor.

Kommentar: Forløper til studien over («alternatives to hospital care...» coast 96). ISD-A nevnes som et verktøy for å bedømme alvorlighet av sykdom, og hvor stort behovet for sykehus-tilbudet de mottar er.

Coast, Inglis, Frankel 1996

«Alternatives to hospital care: what are they and who should decide?» (5)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Ulike alternativer foreslås

Pasientgruppen bestod av: Akutte innleggelser

Evalueringsmetode: 3 ulike «paneler» (allmennleger med og uten erfaring med GP-beds, samt indremedisinere) av leger gikk gjennom forhåndslagde ensidige oppsummeringer (kliniske og sosiale fakta) av journalene til de innlagte pasientene. De skal så svare på om de tror pasientene kunne vært innlagt på et lavere nivå, og i så fall hvor.

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Coast, Peters, Inglis 1996

«Factors Associated with Inappropriate Emergency Hospital Admission» (6)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Studien åpner for spørsmålet, men gir ingen svar.

Pasientgruppen bestod av: Akutte innleggelser

Evalueringsmetode: ISD-A benyttes for å bedømme om innleggelsen er «appropriate» eller ikke. Dette er 22 kriterier / punkter som brukes i samråd med sykehusjournal for å si noe om alvorlighetsgrad og nødvendighet av opphold i sykehus.

Kommentar: Studien bedømmer faktorer som er relatert til «inappropriate» akuttinnleggelser ved hjelp av logistisk regresjon. Omtaler ikke egentlig alternative sykehusløsninger, men tar opp spørsmålet om det kunne være mulig.

Aaraas, Melbye, Eriksen, Irtun 1997

«Is the general practitioner hospital a potential “patient trap”? A panel study of emergency cases transferred to higher level hospitals» (7)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: GP-hospital

Pasientgruppen bestod av: Tar utgangspunkt i pasienter som først har ligget inne på et GP-hosp., og deretter blitt overført akutt til sykehus. Har disse pasientene tatt skade, eller hatt fordel av oppholdet?

Evalueringsmetode: «Ekspertpanel» - bestående av allmennlege, indremedisiner og kirurg vurderte hvert tilfelle i ettertid. Anonyme innleggelsesskriv, sykehusjournal, og epikrise ble gjennomgått, og panelet klassifiserte hvert tilfelle som enten «potensielt permanent skadelig», «potensielt forlenget forløp» eller «potensielt positivt»

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Trommald, Aaserud, Bjørndal 2000

«Observasjonsposter – like godt tilbud til lavere kostnader?» (8)

Studiedesign: Systematisk oversikt over RCTer

Alternativ til sykehusinnleggelse: Observasjonsposter ved sykehus

Pasientgruppen bestod av: Brystsmertepasienter og astma-pasienter (henvist for innleggelse)

Evalueringsmetode: RCT der en så på helseeffekt i form av dødelighet og/eller kardiale komplikasjoner. I en av studiene vurderte man også pasienttilfredshet. Direkte sykehuskostnader ble målt i de tre brystsmertestudiene samt i astmastudien, mens liggetid ble oppgitt i to av undersøkelsene

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Langfeldt, Aaraas, 2000

«Bruken av sykestueplassene i Nordkapp» (9)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: «Sykestue» i Nordkapp. 3 Sengeplasser

Pasientgruppen bestod av:

- Observasjon og behandling av pasienter som ville blitt sendt til sykehus om ikke sykestuealternativet hadde vært tilgjengelig
- Undersøkelse og stabilisering før videre forsendelse til sykehus
- Pasienter fra sykehus som måtte ha forlenget sitt opphold om ikke sykestue fantes

Evalueringsmetode:

Utdrag fra artikkelen: *«Lege og sykepleier definerte på et eget kort ved innleggelsen om pasienten ble plassert i sykestueplass eller kommunal korttids plass. Pasientopplysningene ble siden registrert på data og kvartalsvis innberettet til fylkeshelsesjefen som standardisert beleggstatistikk for de tre sykestueplassene. Kvartalsrapportene inneholdt ikke navn, men opplysninger om innleggingsdato, fødselsdato, antall liggedøgn, kjønn og diagnosekode. I tillegg var det opplysninger om totalt antall pasienter innlagt i perioden, totalt antall liggedøgn, og pasientbelegg i prosent. Det registreres kun en hoveddiagnose ved innleggelsen. Denne undersøkelsen bygger retrospektivt på kvartalsrapportene. For alle pasientene ble journalen gjennomgått manuelt. Ved journalgjennomgangen registrerte vi om pasienten ble overført til sykehus, ble tilbakeført til sykestue, ble hjemsendt eller døde.»*

Kommentar: Altså en manuell gjennomgang av journaler der man krysser av for hva som skjer med pasienten videre. Mangelfullt om hvordan dette ble gjort (svak metodedel), og det fremgår ikke hva som deretter skjer med pasienten. Artikkelen beskriver hvordan sykestuemodellen har fungert deskriptivt, heller enn å evaluere.

Donald, Jay, Linsell, Foy 2001

«Defining the appropriate use of community hospital beds» (10)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Community hospitals sammenliknes med regionsykehus.

Pasientgruppen bestod av: Alle innleggelser over en definert tidsperiode, ikke bare akutte.

Evalueringsmetode: CHAEP (Community hospital tilpasset variant av AEP). Målet med studien er å se om CHAEP kan benyttes for å evaluere «appropriateness», og samtidig sammenlikne CHAEP brukt på community hospitals med AEP brukt på regionssykehus. CHEAP er 21 spørsmål/kriterier hvorav 10 er felles med AEP.

Kommentar: Som så mange andre studier som er opptatt av «appropriateness» er målet kun å finne ut av om innleggelsen er riktig eller gal.

Gruen, Weeramanthri, Knight, Bailie 2003

«Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings» (11)

Studiedesign: Kunnskapsoppsummering som omhandler ulike polikliniske spesialist-tilbud (specialist outreach clinics). Beskriver studier av polikliniske tilbud mtp. tilgang, kvalitet, helse-resultater, brukertilfredshet, bruk av tjenester og kostnader. Det er ingen evalueringmetoder å trekke ut, ettersom evalueringen/analysen foregår på et «meta-plan»

Evalueringmetode: Tilfører ingen ting om evalueringmetoder

Kommentar: Forkastes.

Rasmussen, Gjørup 2003

«Can hospital admission of acutely ill internal medicine patients be replaced by admission to an intermediate care unit?» (12)

Kommentar: PDF viste seg å kun være abstract, og fulltekst er ikke tilgjengelig. Det fremgår likevel at europeisk AEP brukes som metode. Forkastes.

Young, Sharan 2003

«Medical assessment and direct admissions to a community hospital» (13)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Community hospital

Pasientgruppen bestod av: Ikke-akutte pasienter med behov ut over hjemmehjelp, men som ikke hadde spesifikke behov knyttet til sykehus fasiliteter.

Evalueringmetode: Forfatteren gikk alene gjennom et spesialutformet ark for hver pasient som ble lagt inn. På dette arket var det punkter der en skulle registrere om pasienten hadde hatt noen form for tilsyn før innleggelse, innleggelseskrev, årsak til innleggelse, tid og dato for mottak i sykestue, og om pasienten ble overført til større sykehus i løpet av tiden.

Kommentar: Ikke akutte pasientgrupper. Svakheter i designet. Kun én person gjennomgår og stort avvik i gjennomførelsen fra slik de hadde tenkt.

Eikeland, Garåsen, 2005

«Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser?» (14)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Studien kartlegger hva innleggende leger og sykehusleger ved St. Olavs hospital tror kunne vært det beste alternativet til sykehusinnleggelse, og om disse gruppens meninger er sammenfallende.

Pasientgruppen bestod av: Alle øyeblikkelig hjelp- innleggelser ved medisinsk, kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling.

Evalueringmetode: Spørreskjema

Utdrag fra artikkelen: «Innleggende lege og lege i mottakelsen ble bedt om å fylle ut et skjema for hver pasient. Spørreskjemaet bestod av et enkelt ark. De innleggende legene hadde fått tilsendt skjemaet i forkant av studieuken og ble bedt om å sende skjemaet med pasienten til

sykehus. De mottakende legene fikk utlevert skjemaet sammen med pasientens innkomstpapirer ved journalskriving. Vi registrerte legenes vurdering av hvorfor pasientene ble lagt inn og hvilke alternativer til innleggelse som kunne vært aktuelle.»

og videre:

«De alternative tiltakene som skulle vurderes, var akutt vurdering ved en poliklinikk, innleggelse i en egen observasjonspost, direkte innleggelse i sykehjem eller oppfølging av egen lege.»

Kommentar: Artikkelforfatterne beskriver selv svakheter ved metoden. Utdrag:

«Pasienter som innlegges for øyeblikkelig hjelp, er en mangartet gruppe. Det er vanskelig å trekke klare svar ut av vårt materiale. Metoden har klare begrensninger, da man ikke vil få vite hvilke av disse pasientene som faktisk ville fått dekket sine behov ved en akutt poliklinikk eller på en observasjons- post. I tillegg var svarprosenten, spesielt blant de innleggende legene, lav.» Artikkelen konkluderer med lite sammenfallende oppfatning av beste alternativ til sykehus (legene enes om beste alternativ, men enes ikke om hvilke pasienter det gjelder).

Ishøy, Qvist 2005

«*Uhensigtsmessige indlæggelser på medicinske afdelinger, Appropriateness evaluation protocol.*» (15)

Studiedesign: Primærtstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Artikkelen ser på bruk av en tilpasset versjon av AEP for å vurdere om innleggelse er «uhensigtsmessige» dvs. om et lavere behandlingsalternativ kunne vært tatt i bruk (det foreslås noen hypotetiske alternativer).

Pasientgruppen bestod av: Akutte medisinske innleggelse ved både et mindre lokalsykehus og et sentralsykehus (i Danmark).

Evalueringsmetode: AEP tilpasset til dansk, som verktøy (skjema der man får «poeng» for ulike tilstander som nødvendiggjør sykehusbehandling)

Kommentar: AEP er et redskap som kan brukes til å evaluere akutte innleggelse, men først og fremst med tanke på om innleggelsen er «riktig (appropriate)» eller kunne vært unngått. Hvor pasienten burde vært innlagt, sier den ingen ting om (selv om en enkeltperson i studien uttaler hva han tror kunne vært alternativer).

Garåsen, Windspoll, Johnsen, 2007

«*Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial*» (16)

Studiedesign: RCT

Alternativ til sykehusinnleggelse: «Intermediate care, Community hospital»

Pasientgruppen bestod av: Eldre (>60) som legges inn grunnet akutt forverring av kronisk sykdom. Intervensjonsgruppen til et «community hospital», resten til vanlig sykehus.

Evalueringsmetode: Ved utskrivelse, og etter 6 mnd. gikk forfatteren gjennom alle journaler og sammenliknet følgende kriterier: reinnleggelse, antall dødsfall, antall liggedager, behov for kort eller langtidsplass på sykehjem.

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Garåsen, Windspoll, Johnsen 2008

«Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial» (17)

Kommentar: Dette er 12 mnd. oppfølging av samme gruppe som over. Alt øvrig er likt hva gjelder pasientgruppe, alternativ til sykehusinnleggelse osv.

Shepperd, Doll, Angus, Clarke, Iliffe, Kalra, Ricauda, Wilson 2008

«Hospital at home admission avoidance» (18)

Studiedesign: Systematisk oversikt og metaanalyse av kostnader og effektivitet knyttet til hjemmesykehus som alternativ til vanlig sykehus.

Alternativ til sykehusinnleggelse: Hjemmesykehus

Pasientgruppen bestod av: Alle pasienter over 18 år

Evalueringsmetode: se kommentar

Kommentar: Dette er en studie som evaluerer ordningen «hospital at home» heller enn om pasientene ved et hjemmesykehus får riktig behandling. Min oppgave er å evaluere, om pasienten får riktig behandling på riktig sted, ikke om stedet/ordningen som helhet kan konkurrere med sykehus. Det oversiktene og rct-ene gjør er å evaluere hele grupper mtp. typisk kostnader, effektivitet, brukertilfredshet osv. Dette er tilgrensende problemstillinger.

Teglbjærg 2008

«Selekteret akut indlæggelse på en medicinsk afdeling» (19)

Studiedesign: Primærstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: Artikkelen undersøker hvor stor andel av akutte indremedisinske problemstillinger som kunne vært lagt rett inn på et lav-nivå sykehus (uten akuttmottak eller akuttberedskap).

Pasientgruppen bestod av: Akutte innleggelser på en medisinsk avdeling.

Evalueringsmetode: Ved beslutning om innleggelse konfererer innleggende lege telefonisk med sykehuslege (erfaren lege). Sykehuslegen ble da bedt om å gjøre en vurdering ut fra noen forhåndsdefinerte kriterier, på om pasienten hypotetisk kunne legges inn på et lavere nivå, uten akuttfunksjoner. Sykehuslegen fyller så daglig ut et skjema med dato, pasientdata, henvisningsdiagnose, og noterer viktige hendelser fra oppholdet/sykehusjournal. Ved utskrivelse ble det gjort en ny vurdering på om innleggelsen kunne vært til et lavere nivå. Det viste seg ikke å være tilfellet for de fleste.

Kommentar: Artikkelforfatter konkluderer med at det er svært vanskelig å selektere pasienter som ikke krever akuttfunksjoner (som sykehus kan tilby) på forhånd.

Kristoffersen. 2010

«Unødvendige innleggelser– finns dom?» (20)

Kommentar: Kronikk/artikkel. Usystematisk litteraturgjennomgang. Mangler metodedel. Forkastes.

Vist, Holte, et al. 2010

«Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom – Del 1 En oversikt over systematisk oppsummert forskning» (21)

Studiedesign: En «hurtig-oversikt» over oppsummert forskning.

Alternativ til sykehusinnleggelse: Hjemmesykehus eller hjemmebehandling.

Pasientgruppen bestod av: Eldre personer med kronisk sykdom.

Evalueringsmetode: Oppsummerer resultatet av 11 systematiske oversikter som har omhandlet kombinasjonen av eldre/kronisk syke og hjemmebehandling. Omtaler og trekker resultater/konklusjon ut av hver enkelt.

Kommentar: Oversikter vektlegger stort sett RCTer, og metoden for hvordan de har gått frem kommer ikke frem.

Lindahl, Johansen 2010

«Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom. – Del 2 Publisert forskning om tiltak i kommunehelsetjenesten som kan redusere behov for liggedøgn i sykehus.» (22)

Studiedesign: Kunnskapsoppsummering.

Alternativ til sykehusinnleggelse: «Alle alternativer».

Pasientgruppen bestod av: Eldre og personer med kronisk sykdom.

Evalueringsmetode: Tilfører ingen ting om evalueringsmetoder.

Kommentar: Oppsummerer forskning om tiltak i kommunehelsetjenesten som kan redusere behov for liggedøgn i sykehus. Disse tiltakene er på et mer strukturelt plan, og omhandler ikke på noen måte evaluering av akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger og faller dermed utenom oppgavens interessefelt.

Brudvik, Bakke 2010

«Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom – Del 3 Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere liggedøgn i sykehus» (23)

Studiedesign: Kunnskapsoppsummering

Alternativ til sykehusinnleggelse: «Alle alternativer»

Pasientgruppen bestod av: Eldre og personer med kronisk sykdom

Evalueringsmetode: Tilfører ingen ting om evalueringsmetoder.

Kommentar: Omhandler ikke på noen måte evaluering av akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger og faller dermed utenom oppgavens interessefelt.

Jeppesen, Brurberg, et al. 2011

«Intermediære enheter og "hjemmesykehus" ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring» (24)

Studiedesign: Systematisk kunnskapsoversikt

Alternativ til sykehusinnleggelse: Hjemmesykehus, intermediære enheter og observasjonsposter.

Pasientgruppen bestod av: Akutt kols-forverring

Evalueringsmetode: Tilfører ingen ting om evalueringsmetoder.

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Forsetlund, Graverholt, Mathisen 2013

«Effekter av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem» (25)

Studiedesign: Systematisk oversikt

Alternativ til sykehusinnleggelse: Ulike tiltak

Pasientgruppen bestod av: Sykehjemspasienter

Evalueringsmetode: Effekt av ulike tiltak er vurdert gjennom tilgjengelige RCTer på området. Tilfører ingen ting om evalueringsmetoder.

Kommentar: Intet øvrig å bemerke.

Lillebo, Dyrstad, Grimsmo 2013

«Avoidable emergency admissions?»

Studiedesign: Primærstudium, prospektiv observasjonsstudium

Alternativ til sykehusinnleggelse: 6 alternativer listes opp.

Pasientgruppen bestod av: Akuttinnleggelser

Evalueringsmetode: Utfyllingsblankett/spørreskjema for hver pasient. For hver innleggelse ble innleggende lege spurt om et av seks foreslåtte alternativer kunne forhindre innleggelsen. De seks alternativene som var foreslått var hentet fra samhandlingsreformens forslag.

Kommentar: Skiller seg fra andre studier med sin prospektive vinkling. Basert på «Audit Project Odense» metoden(26).

Resultater oppsummert:

- Det er stort spenn i hvilket aspekt rundt akuttinnleggelsen som vektlegges og evalueres (faglig oppfølging, økonomi, dødlighet...)
- Blant de artiklene som finnes, har mange svakheter eller mangelfull metodedel
- Varianter av spørreskjemaer, sjekklister og ekspertpaneler er de vanligst brukte metodene
- Resultatene viser at det foreligger lite solid forskning på området

Diskusjon

Hvordan kan alternativer til akuttinnleggelser på sykehus evalueres?

Denne oppgaven har som mål å se på ulike metoder for hvordan alternative akuttinnleggelser kan evalueres. Resultatene fra de gjennomgåtte artiklene i denne oppgaven, støtter det en på forhånd kunne mistenke, nemlig at å evaluere dette temaet er utfordrende. Ut fra litteraturen som er gjennomgått, er det vanskelig å trekke noen helhetlige eller entydige konklusjoner. Dette gjelder både spørsmålet om hvorvidt pasienten får riktig behandling, og spørsmålet om det er noen metoder som skiller seg ut i positiv eller negativ retning. Hvordan kan dette ha seg? For å besvare det, må oppgavens problemstilling diskuteres nærmere. Jeg tenkte på forhånd at det var en godt avgrenset problemstilling, men et bredt landskap av spørsmål og nye problemstillinger har åpenbart seg for meg. Metode for å evaluere hva? Spørsmålet må nyanseres. Medisinskfaglig forsvarlighet av alternativer til sykehusinnleggelser er oppgavens avgrensning, men kan man egentlig trekke en slik linje? Før man kan si noe om en metode er god eller ikke, må en ha klart definert hva spørsmålet er. Nøyaktig hva ønsker vi å måle/evaluere? For å vurdere styrker og svakheter ved ulike metoder, må man også kjenne deres riktige bruk og begrensning. En randomisert kontrollert studie (RCT) eller en Cochrane-rapport betraktes som «høyverdig» kunnskap, og er ofte det en først ser etter når man er ute etter oppdatert kunnskap. Men disse studiedesignene kommer likevel til kort ved flere anledninger, for eksempel kan ikke en RCT brukes på én pasientgruppe, spørreskjemaer egner seg ikke til å kartlegge kostnader, osv. Alle metoder har sine begrensninger, og en metodes styrke fordrer riktig bruk. Dette vil jeg eksemplifisere ytterligere i et senere avsnitt, men først vil jeg utdype hva jeg mener med fag og politikk ofte må sees i sammenheng med hverandre, enten vi vil eller ikke.

Medisinskfaglige og politiske avveininger møtes

Som jeg kort nevner i oppgavens introduksjon, er noe av bakgrunnen for denne oppgaven at det de siste 10 - 20 årene har vært en økende interesse for å finne alternativer til sykehusinnleggelser, både innen medisinske fagmiljøer og politisk. Hvorfor er dette et så viktig mål? En kan tenke seg mange gode grunner, men før man dykker ned i litteraturen, mangler det tilsynelatende en klar konsensus av hva som er hovedmålet, og for hvem? De mest åpenbare målene en kan tenke seg, er kanskje kostnadsbesparelser og økt medisinskfaglig kvalitet, men også pasienttilfredshet, praktisk organisering, gjennomførbarhet, samt en rekke andre faktorer spiller inn. De fleste av enkeltstudiene som er tatt med i denne oppgaven tar for seg ett av disse aspektene i større grad enn de andre. Slik må det være, ettersom man må evaluere ett område av gangen, men det blir vanskelig å trekke noen helhetlig konklusjon på mer enn ett område av gangen. Skal man gjøre det, blir nemlig de neste spørsmålene som melder seg fort av politisk snarere enn av medisinskfaglig karakter. Skal kostnadsbesparelser eller faglig forsvarlighet veie tyngst? Er pasienttilfredshet i det hele tatt relevant når den faglige kvaliteten er forsvarlig? Som helsepersonell har nok de fleste klare oppfatninger om svaret på disse spørsmålene, spesielt med det langsiktige perspektivet som legen ofte har. En politiker vil kanskje være av en annen oppfatning. Man kan jo håpe at disse målene sammenfaller, og på noen områder gjør de det, på andre områder ikke. Ytterligere slike konklusjoner hverken kan, eller skal, denne oppgaven forsøke å trekke. Målet mitt med å trekke frem disse spørsmålene, er å peke på at noe av det som gjør det vanskelig å evaluere dette emnet, er at det ikke alltid går klart frem hva som faktisk skal evalueres. Det mangler en klar overordnet og felles målsetning. Og dette får betydninger, også for resultatene som sees i denne oppgaven. «Rent faglige» problemstillinger vil i realiteten alltid måtte forholde seg til politisk rammevilkår. Alle studiene i denne oppgaven handler om litt

ulike aspekter rundt evaluering, og vektlegger i ulik grad balansen mellom fag, økonomi, gjennomførbarhet osv. Så selv om denne oppgaven fra start har vært avgrenset til bare å handle om hvilke metoder som har vært i bruk, så kommer jeg ikke unna at bakgrunnen og sammenheng også blir viktig. Jeg vil nå ta for meg noe av disse sammenhengene.

Er «unødvendige» innleggelser et problem?

En evalueringsmetode det hyppig refereres til i den gjennomgåtte litteraturen er «appropriateness evaluation protocol, AEP»(27), eller modifiserte varianter av denne (ISD-A, CHAEP osv). «Appropriateness» kan i denne betydningen best oversettes til «hensiktsmessighet». Spørsmålet er om sykehusinnleggelse er riktig alternativ, eller kunne vært unngått, til tross for at slike spørsmål på ingen måte er noen eksakt vitenskap. Dette spørsmålet stilles oftest i sammenheng med hvorvidt pasienten kunne vært tilskrevet et annet nivå av omsorg (alternative sykehusløsninger). AEP er et verktøy som ble utviklet for å kunne evaluere nødvendighet av sykehusinnleggelse, vurdert etter objektive kriterier som utgjøres av en sjekkliste. En annen hensikt med AEP er å kartlegge årsak og omfang. Som bakgrunn for utviklingen nevnes kostnadsreduksjon som en viktig drivkraft. AEP sier for eksempel ingen ting om hvilket omsorgsnivå som isteden burde vært brukt, der sykehus ikke er et alternativ. Det tas kun stilling til om innleggelsen kunne vært unngått eller ikke. En innvending til bruken av AEP som evalueringsverktøy er derfor at den kan fremstå som «etterpåkløkk» og at problemet med unødvendige innleggelser pekes på, istedenfor at det løses der og da. I klinisk praksis tilføres det dermed ikke så mye på kort sikt, men det sender et viktig signal til samfunnet om at alternativene må utvikles, slik at disse pasientene etterhvert kan få innleggelsessteder som er mer hensiktsmessig tilpasset deres behov. De konstruktive alternativene uteblir like fullt, eller rettere sagt, det blir opp til noen andre å finne disse løsningene. Kan en dermed slutte at AEP er en svak metode? Nei, for til sitt begrensede formål fungerer godt og gjør det den ble utviklet til. Det er bare det at spørsmålet om en innleggelse kunne vært unngått, i seg selv kanskje ikke er så interessant, uten også et gjennomførbart løsningsforslag. For hva kan en trekke ut av en økt synlighet rundt unødvendige innleggelser? Legevaksleger vil neppe legge inn færre pasienter som en følge. Media kan en få det til å virke som om noe, eller noen gjør noe feil. Kanskje er det tilfellet, og kanskje er det ikke så enkelt. Politisk kan denne vissheten brukes (i mange retninger), og brukes nå som bakgrunn for å belyse et behov for ytterligere omstrukturering via samhandlingsreformen.

Hvorfor alternativer til sykehus?

Noe av bakgrunnen for å endre på ordningen slik den har vært, ser ut til å springe ut fra et slags sentraldogme, at akuttinnleggelser for noen pasientgrupper kan unngås. Argumentene for å tilby alternativer strekker seg fra å kunne tilby den beste medisinske helhetlige behandlingen, øke pasientens tilfredshet, spare samfunnet for unødvendige økonomiske kostnader, osv. I tillegg er det en viktig faktor at sykehusene i Norge har kapasitetsproblemer, og at det har ført til tanken om at noe av presset mot sykehusene kan fjernes ved å fjerne de minst nødvendige akuttinnleggelsene. Utfordringen er da å finne hvilke pasienter (blant mange andre) dette gjelder, og i tillegg en metode for å plukke dem ut.

Utfordringer med å evaluere fortid

Flertallet av artiklene som omhandler evalueringsmetoder av akutte innleggelser er retrospektive, det sees tilbake i tid på innleggelser som har vært. Som tidligere nevnt er det dermed begrenset hva vi kan trekke ut et slikt materiale. Konklusjonene på flere av disse

studiene synes å være, at selv om man kan påvise at mange av disse innleggelsene kunne vært unngått, så er det en stor utfordring å klare å plukke ut hvilke pasienter dette gjelder. Problemet kompliseres ytterligere av flere faktorer. Blant annet har man sammenliknet pasienter innlagt ved alternative sykehusløsninger med pasienter innlagt på sykehus, og ved flere anledninger sett at sykdomsbildet var mer komplisert enn tidligere antatt (13, 14, 16, 17). Det er derfor interessant om et opphold ved en alternativ sykehusløsning egentlig forhindrer, eller bare utsetter en sykehusinnleggelse. I tillegg er det interessant om denne eventuelle «forsinkelsen» påvirker pasientens prognose. Denne problemstillingen er tatt opp blant annet av Langfeldt og Aaraas (7), men det foreligger ikke nok litteratur på området til at det kan trekkes noen endelig konklusjon. Et annet aspekt, er om bredden av diagnostikk som et sykehus kan tilby, gjør at man kan fange opp tilstander som ikke fanges opp andre steder. Omfanget av slike tilfeller ser heller ikke ut til å være godt nok tallfestet i den litteraturen som foreligger.

Hva med å evaluere nåtid og fremtid?

En innleggelse er en prosess, der det foregår et samspill mellom flere av helsevesenets aktører. Hovedaktøren er den innleggende legen, og det er også den legen som sitter med usikkerheten rundt pasientens tilstand og behov. Det vil alltid være vanskeligere for legen å forutsi hva pasienten har behov for nå, og kommer til å ha behov for i fremtiden, enn det er for mottakende lege å bedømme hvorvidt den andre legens avgjørelse var riktig. Derfor bør kanskje oppmerksomhet rettes mot den innleggende legens handlinger?

Ingen av artiklene i denne oppgaven tar for seg evaluering i nåtid. I klinisk praksis ville det vært verdifullt med et monitoreringsverktøy som har en tidshorisont som ligger tettere opp mot innleggelsesprosessen og allerede innlagte pasienter. Dette finnes, men ble ikke fanget opp av denne oppgavens litteratursøk, og omtales derfor heller ikke videre. Eksempler som likevel kan nevnes er «ALERT»(28), «MEWS»(29), «Track and trigger systems»(30)...

Én av artiklene som ble fanget opp av søket har en prospektiv vinkling, og skiller seg dermed ut fra de andre. «Avoidable emergency admissions» av Lillebo og medarbeidere (31). I denne studien bes den innleggende lege fylle ut en blankett/spørreskjema, og der svare på om legen tror sykehusinnleggelsen kunne vært unngått hvis det var tilgang på alternativer. Seks alternativer ble foreslått basert på tiltak foreslått i samhandlingsreformen. Artikkelen understreker at innleggende leges valg, er basert på de faktiske alternativene som er tilgjengelige der og da. Det er en vinkling som er høyst relevant. Gjennom denne og andre studier, begynner man å se konturene av at fremtidige innleggelser ikke er enten/eller (sykehus/ ikke sykehus), men heller vurderingsvalg mellom ulike alternativer. Dette utdypes i en artikkel av Lappegard og Hjortdahl «the choice of alternatives to acute hospitalization» (32). Innleggende lege vil måtte vurdere ulike trinn på en «akutt-trapp» etter en vurdering ut i fra pasientens behov.

Metodiske innvendinger mot denne oppgaven

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg stadig fått nye innsikter og idéer. I slutfasen av arbeidet har jeg noen innvendinger mot eget arbeid.

Søkestrategi: Som jeg beskriver i metodedelen har jeg valgt en todelt søkestrategi basert på emneord i to kategorier, «alternative sykehusløsninger» og «akutte innleggelses». Deretter har jeg vurdert hver enkelt artikkel basert på tittel og evt. abstract. Denne metoden er svært sensitiv, men lite spesifikk. Fordelen er at jeg har fått med omtrent all tenkelig litteratur i de ovenfor nevnte kategoriene, men manuelt har måttet finne hvilke som også har handlet om evalueringmetoder. Dette har tatt mer tid enn det egentlig er rimelig å bruke, og sjansen for menneskelige feil øker når en skumleser flere hundre artikler om dagen. Jeg valgte likevel denne strategien fordi jeg så at et mer spesifikt søk rettet mot evalueringmetoder, ikke bare ga langt færre treff totalt, men også langt færre relevante treff på artikler jeg på forhånd visste at var relevante. Med kunnskap og erfaringer tilegnet på veien, ser jeg i ettertid at det hadde vært mulig å lage en bedre balanse mellom sensitivitet og spesifisitet. Modning gjennom arbeidet har gitt meg større trygghet på at ikke alt fanges opp uansett, og idealet for grundighet har blitt pragmatisk nyansert.

Eksklusjonskriterier: Hovedsakelig ble artikler ekskludert på bakgrunn av å ikke falle inn i noen av problemstillingens kategorier, altså vurdert etter lesing av tittel og evt. abstract. Det medfører dermed også med en viss sårbarhet for feil. Dog tror jeg fullt og fast at et menneske gjør en bedre sorteringsjobb enn et kriteriumsbasert søkemotorprogram i en datamaskin, ettersom konteksten alltid er av betydning. Ulempen er som nevnt ressursbruken i form av tid og anledning. Den problemstilling jeg oftest har møtt, har vært artikler som kanskje ikke svarer helt til inklusjonskriteriene, men som jeg likevel «tror» at kan tilføre noe nyttig. Stort sett har jeg da valgt å inkludere artikkelen, og heller evt. ekskludere senere ved nøyere gjennomlesning. Som det fremgår av resultatene har jeg endt opp med å forkaste mange, blant annet gjelde det alle kunnskapsoppsummeringene fra «Kunnskapsenteret».

Databaser og studiedesign: Valg av databaser står jeg fullt og helt for, de største og internasjonalt viktigste er dekket. Jeg valgte å inkludere alle typer design og artikler, også tidsskriftartikler, RCTer, og kunnskapsoppsummeringer. Det kunne jeg med fordel tenkt bedre gjennom på forhånd. Tidsskriftartikler har vært nyttig bakgrunnsstoff for egen interesse, men burde nok vært holdt unna selve oppgaven. En RCT er i seg selv én måte å evaluere akuttinnleggelses ved alternative sykehusløsninger på, men det har tilført lite å lese gjennom mange slike studier. Med oppgavens spesifikke problemstilling om å fokusere på evalueringmetoder som har vært i bruk, kunne jeg egentlig på forhånd konkludert med at RCT er én av mange metoder. Kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser tilfører den mest solide evidensen tilgjengelig, og er uunnværlige i den store sammenheng. I denne oppgaven derimot, har de egentlig ikke tilført annet enn bakgrunnskunnskap, ettersom fokuset har ligget på evalueringmetoder. Jeg har stadig måttet minne meg selv på at spørsmål som «hvilke alterntativer til sykehus som er de beste?», eller om samhandlingsreformen egentlig har noe for seg osv, faller utenfor denne oppgavens mål.

Konklusjon

Gjennom et systematisk litteratursøk i de internasjonalt største og viktigste forskningsdatabasene, har jeg undersøkt hvilke metoder som har vært i bruk for å evaluere akuttinnleggelser ved ulike alternativer til sykehus. Resultatet av undersøkelsene har først og fremst vist at det foreligger lite solid forskning på området. Av det som foreligger, er det ofte mangler knyttet til metodebeskrivelsene, noe som har vanskeliggjort ekstraksjon av evalueringsmetode. I tillegg er det mange forskjellige utgangspunkter for å evaluere akuttinnleggelser ved alternative sykehusløsninger: medisinske problemstillinger, praktisk gjennomførbarhet, økonomi, pasienttilfredshet osv. Disse vinklingene gjør at det er stort språk i studiedesign, og dermed også vanskelig å trekke slutninger. De metodene som hyppigst har vært anvendt er spørreskjemaer, uttalelser fra «ekspertpaneler» med ulik sammensetning, RCTer og diverse egenutviklede metoder som baseres på gjennomgang av journalopplysninger. Hver metode har sin styrke og svakhet, etter hva formålet med undersøkelsen er. Svaret på problemstillingens spørsmål om hvilke evalueringsmetoder som har vært i bruk blir dermed at svært mange ulike metoder har vært i bruk alt etter hva man har ønsket å evaluere. 23 artikler er trukket frem i denne oppgaven. Fellestrekket er at de gjennom ulike retrospektive vinklinger, hver på sin måte forsøker å trekke slutninger om hvorvidt akutte innleggelser ved ulike alternativ til sykehus har flest fordeler eller ulemper. I et samfunnsperspektiv der en søker å trekke slutninger for å kunne si noe om sykehusorganisering og helsereformer, slik samhandlingsreformen er eksempel på, kan denne oppgaven hovedsakelig bidra gjennom å konkludere med at det er behov for mer forskning på området.

Referanser

1. Stortingsmelding nr 47 2008.
2. Lappegard O, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scandinavian journal of public health*. 2012;40(4): 309-15.
3. Helsedirektoratet. Kunnskapscenteret. <http://www.kunnskapscenteret.no/mer-om-oss/avdelinger-og-seksjoner/avdeling-for-kunnskapsoppsummering>.
4. Coast J, Inglis A, Morgan K, Gray S, Kammerling M, Frankel S. The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(2):194-9.
5. Coast J, Inglis A, Frankel S. Alternatives to hospital care: what are they and who should decide? *Bmj*. 1996;312(7024):162-6.
6. Coast J, Peters TJ, Inglis A. Factors associated with inappropriate emergency hospital admission in the UK. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996;8(1):31-9.
7. 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. *Scandinavian journal of primary health care*. 1998;16(2):76-80.
8. Trommald M, Aaserud M, Björndal A. Observational units - same good service to lower costs? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2000;120(25):3029-34.
9. Aaraas I, Langfeldt E. The use of cottage hospitals` beds in Nordkapp. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2000;120(6):695-9.
10. Donald IP, Jay T, Linsell J, Foy C. Defining the appropriate use of community hospital beds. *British Journal of General Practice*. 2001;51(463):95-100.
11. Gruen Russell L, Weeramanthri Tarun S, Knight Stephen SE, Bailie Ross S. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003; (4).
12. Rasmussen JH, Gjørup T. [Can admission of acutely ill internal medicine patients to an intermediate care unit replace hospital admission?]. *Ugeskrift for Laeger*. 2003;165(48):4640-5.
13. Young J, Sharan U. Medical assessment and direct admissions to a community hospital. *Clinical Governance*. 2003;8(3):213-7.
14. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Are there alternatives to emergency admissions? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2005;125(17):2355-7.
15. Ishøy T, Qvist P, Rasmussen L, Gjørup T, Rasmussen JH, Christau B, et al. Inappropriate admissions to medical departments. Appropriateness Evaluation Protocol. *Ugeskrift for Laeger*. 2005;167(19):2057-60.
16. 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.

17. 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. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(2):197-204.
18. Shepperd S, Doll H, Angus Robert M, Clarke Mike J, Iliffe S, Kalra L, et al. Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2008; (4).
19. Teglbjaerg LLS. Selekeret akut indlaeggelse pa en medicinsk afdeling. UGESKRIFT FOR LAEGER. 2008;170(20):1753 %U <http://www.selskaberne.dk/LF/UFL/2008/20/pdf/VP09070203.pdf>.
20. Kristoffersen JE. Unnecessary admissions - do they exist? *Utposten*. 2010;39(7):30-5.
21. Kunnskapssenteret. Alternativer til innleggelse 1. 2010.
22. Kunnskapssenteret. Alternativer til innleggelse 2. 2010.
23. Kunnskapssenteret. Alternativer til innleggelse 3. 2010.
24. Kunnskapssenteret. Intermediære enheter og "hjemmesykehus" ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring. 2011.
25. Kunnskapssenteret. Effekter av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem. 2013.
26. Munck H, Lindman et al. A nordic collaboration on medical audit: the APO-method for quality development and continuous medical education (CME) in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:2-6. 1998.
27. Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Mould-Quevedo JF, Garcia-Gonzalez JJ, Contreras-Hernandez I, Espinel-Bermudez MC, et al. The hospital appropriateness evaluation protocol in elderly patients: a technique to evaluate admission and hospital stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(2):206-13.
28. Helsebiblioteket. Alert.
29. Una Kyriacos, * Jennifer Jelsma,2 Michael James,3 and Sue Jordan4, Jorge I. F. Salluh E. Monitoring Vital Signs: Development of a Modified Early Warning Scoring (Mews) System for General Wards in a Developing Country. *PLoS One* 2014; 9(1): e87073. 2014.
30. Wolfenden J DA, Holmes A, Davies C, Buchan J. Track and trigger system for use in community hospitals. *Nurs Stand* 2010; 24:35-9. 2010.
31. Lillebo B, Dyrstad B, Grimsmo A. Avoidable emergency admissions? *Emergency medicine journal : EMJ*. 2012.
32. Lappegard O, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Family Practice*, 14:87. 2013.

Vedlegg 1 - Oversikt over relevante MeSH-termer slik de defineres i PubMed

MeSH-er som omhandler **«alternative sykehusløsninger»:**

Hospitals, Community

Institutions with permanent facilities and organized medical staff which provide the full range of hospital services primarily to a neighborhood area.

Year introduced: 1973

Hospitals, Rural

Hospitals located in a rural area.

Year introduced: 1991(1986)

Halfway Houses

Specialized residences for persons who do not require full hospitalization, and are not well enough to function completely within the community without professional supervision, protection and support.

Year introduced: 1967(1965)

Intermediate Care Facilities

Institutions which provide health-related care and services to individuals who do not require the degree of care which hospitals or skilled nursing facilities provide, but because of their physical or mental condition require care and services above the level of room and board.

Year introduced: 1991(1979)

Community Health Services

Diagnostic, therapeutic and preventive health services provided for individuals in the community.

Year introduced: 1967(1965)

Hospital Bed Capacity, under 100

Year introduced: 1991(1980)

General Practice

Patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.

Year introduced: 2011

MesH-er som omhandler

«akutte innleggelser»

Acute Disease

Disease having a short and relatively severe course.

Year introduced: 1968

Patient Admission

The process of accepting patients. The concept includes patients accepted for medical and nursing care in a hospital or other health care institution.

Year introduced: 1978

Patient Selection

Criteria and standards used for the determination of the appropriateness of the inclusion of patients with specific conditions in proposed treatment plans and the criteria used for the inclusion of subjects in various clinical trials and other research protocols.

Year introduced: 1995

MeSH-er som omhandler «evaluerings-metoder»:

Data Collection

Systematic gathering of data for a particular purpose from various sources, including questionnaires, interviews, observation, existing records, and electronic devices. The process is usually preliminary to statistical analysis of the data.

Year introduced: 1980

Focus Groups

A method of data collection and a qualitative research tool in which a small group of individuals are brought together and allowed to interact in a discussion of their opinions about topics, issues, or questions.
Year introduced: 1993

Outcome and Process Assessment (Health Care)

Evaluation procedures that focus on both the outcome or status (OUTCOMES ASSESSMENT) of the patient at the end of an episode of care - presence of symptoms, level of activity, and mortality; and the process (ASSESSMENT, PROCESS) - what is done for the patient diagnostically and therapeutically.
Year introduced: 1979

Pilot Projects

Small-scale tests of methods and procedures to be used on a larger scale if the pilot study demonstrates that these methods and procedures can work.
Year introduced: 1974(1971)

Questionnaires

Predetermined sets of questions used to collect data - clinical data, social status, occupational group, etc. The term is often applied to a self-completed survey instrument.
Year introduced: 1973

Health Care Surveys

Statistical measures of utilization and other aspects of the provision of health care services including hospitalization and ambulatory care.
Year introduced: 1997

Comparative Effectiveness Research

Conduct and synthesis of systematic research comparing interventions and strategies to prevent, diagnose, treat, and monitor health conditions. The purpose of this research is to inform patients, providers, and decision-makers, responding to their expressed needs, about which interventions are most effective for which patients under specific circumstances.
Year introduced: 2010

Clinical Audit

A detailed review and evaluation of selected clinical records by qualified professional personnel to improve the quality of patient care and outcomes. The clinical audit was formally introduced in 1993 into the United Kingdom's National Health Service.
Year introduced: 2008

Medical Audit

A detailed review and evaluation of selected clinical records by qualified professional personnel for evaluating quality of medical care.
Year introduced: 1968

Evaluation Studies as Topic

Studies determining the effectiveness or value of processes, personnel, and equipment, or the material on conducting such studies. For drugs and devices, CLINICAL TRIALS AS TOPIC; DRUG EVALUATION; and DRUG EVALUATION, PRECLINICAL are available.
Year introduced: 2008(1966)