

Prosjektplan for «Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt»

Project plan for “Interdisciplinary teams in primary health care: a systematic scoping review”

Plan utarbeidet:

22.9. – 11.12.2017

Kort beskrivelse/sammendrag

I Stortingsmelding 26 om primærhelsetjenesten (2014-2015) pekes det på at dagens helse- og omsorgstjeneste er organisatorisk fragmentert og at vi trenger bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester og sterkere satsning på forebygging. For å oppnå dette foreslås opprettelsen av flerfaglige primærhelseteam som et ledd i en mer overordnet plan for samorganisering av allmennlegene. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet mottok i denne forbindelse et forslag fra Trondheim kommune og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen ved Uni Research Helse om å utarbeide en oversikt over forskningslitteratur om virkninger av, holdninger til og erfaringer med tverrfaglige team i primærhelsetjenesten.

Short description/summary in English

Stortingsmelding 26 on primary health care (2014-2015) pointed out that current health care is organizationally fragmented and that we need better collaboration and coordination across current agencies and greater focus on prevention. One of the measures proposed to achieve this, is the establishing of interdisciplinary primary health care teams as part of a more general plan for the co-ordination of general practitioners. In this connection, the Department of Health Services at the Norwegian Institute of Public Health received a proposal from the municipality of Trondheim and the Research Unit for General Practice at UNI Research Health in Bergen to conduct a literature review of studies of impact of, attitudes to and experiences with establishing interdisciplinary teams in primary health care.

Prosjektkategori og oppdragsgiver

Produkt (programområde): Systematisk oversikt

Tematisk område: Primærhelsetjenesten

Oppdragsgiver/bestiller. (med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter):	Trondheim kommune / rådmannens fagstab; Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen, Uni Research Helse
Prosjektledelse og medarbeidere	
Prosjektleder:	Louise Forsetlund
Prosjektansvarlig (gruppeleder):	Seksjonsleder Gunn E. Vist
Interne medarbeidere:	Gunn E. Vist, Gyri Hval Straumann
Eksterne medarbeidere:	Laila Hov, VID vitenskapelige høyskole Aase Aamland, AFE, Bergen
Plan for erstatning ved prosjektdeltakers fravær:	Ved eventuelt fravær vil prosjektgruppen suppleres med andre forskere.

Mandat

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet mottok to forslag til oversikter over temaet tverrfaglige team fra henholdsvis Trondheim kommune og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen. Problemstillingene for forslaget fra Allmenntmedisinsk forskningsenhet var «Hva sier forskningsbasert kunnskap om ulike modeller for oppbygging og drift av PHT-team?» og «Hva slags erfaringer og resultater kan PHT-team vise til?» Problemstillingene for Trondheim kommune var «Hva er kunnskapsgrunnlaget for etablering av primærhelseteam og oppfølgingsteam? Hvilken sammensetning og organisering gir beste resultat? For hvilke målgrupper og/eller oppgaver egner det seg best?»

Siden disse to forslagene hadde noe forskjellig ordlyd og formål, men hadde til felles en bred og eksplorerende tilnærming til samme tema, har vi forsøkt å omforene innholdet av de to forslagene, slik at de i første omgang kan besvares med samme type oversikt. En eventuell oppfølging av spesifikke spørsmål som skulle gjenstå ved prosjektets slutt vil kunne diskuteres med forslagsstillerne.

Mål

Vårt formål er her å utarbeide en systematisk kartleggingsoversikt over hvilken type forskning som finnes på temaet tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Kartleggingen vil vise hvilke aspekter ved tverrfaglige team det har blitt forsket på – eller ikke forsket på, terminologi, hvor forskningen er gjort, hvilke design som har blitt brukt, hvilke pasientgrupper som har deltatt og hvilke utfall man har lagt vekt på.

Bakgrunn

I flere stortingsmeldinger om helsetjenesten de siste årene (1, 2, 3) anbefales tverrfaglige tilnærminger slik som etablering og bruk av tverrfaglige team, innen en rekke områder. Som eksempler innen primærhelsetjenesten nevnes områder som diabetes, kols, rehabilitering, habilitering, demens, lindrende behandling, alderspsykiatri, psykisk helse og rus. I St.meld. 26 (1) foreslås primærhelseteam og oppfølgingsteam som enkelttiltak innenfor en større sammenheng - fysisk samorganisering av fastleger med andre helsetjenesteutøvere. Det antas i meldingen at opprettelse av tverrfaglige primærhelseteam vil gi en mer tilgjengelig og proaktiv helsetjeneste og gi muligheter for en bedre opplæring av pasientene. Videre fastslås det at et primærhelseteam vil bidra til bedre koordinering av tjenestene, gi større bredde i tjenestetilbudet og gi mulighet for bedre arbeidsdeling mellom personellgrupper og derved bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Kunnskapsgrunnlaget for disse antagelsene i Stortingsmeldingen er imidlertid uklart. Det er dessuten et åpent spørsmål hvordan teamet skal arbeide sammen for å oppnå et mer pasientsentrert fokus, bedre koordinering av tjenester, felles målsettinger, hvordan det skal ledes eller hvilke profesjoner som skal delta. Det er derfor mange uavklarte spørsmål både når det gjelder prosess, virkninger og hvordan teamene skal settes sammen og hva som er viktige suksessfaktorer for en vellykket implementering.

I St.meld. 26 (1) defineres primærhelseteam slik: «Et primærhelseteam er en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv.» Det er ellers vanlig å skille mellom flerfaglig og tverrfaglig samarbeid (4, 5). Flerfaglig arbeid karakteriseres ved at flere profesjoner fra hvert sitt faglige perspektiv arbeider parallelt mot pasienten, men med lite kommunikasjon mellom de ulike profesjonene. Hver yrkesutøver møter som oftest pasienten alene. De ulike yrkesutøverne kan også ha samarbeidsmøter, men da uten pasienten tilstede (5). Dette har vært den vanlige måten å arbeide på i primærhelsetjenesten. I takt med endringer i pasientpopulasjonen til flere eldre og flere med sammensatte og kroniske sykdommer, der legen alene ikke kan stå for alle nødvendige tjenester, har tendensen gått mot idéen om et mer tverrfaglig samarbeid og da særlig de siste tjue årene (5, 6). I begrepet 'tverrfaglig samarbeid' ligger at representanter fra de ulike profesjonene i teamet skal ha et felles definert mål, avklart rollefordeling, ha hyppige samarbeidsmøter om en pasient og at de møter pasienten sammen. I et slikt møte snakker man om diagnose, diskuterer behandling, prognose, aktiv oppfølging, hva pasienten synes er viktig, oppgavefordeling og målsetting. Det er også meningen at teamet skal gi pasienten opplæring og støtte til egenmestring av egen sykdom. Tilnærmingen skal være pasientsentrert og det er legen som skal lede teamet (6, 7).

I internasjonal litteratur, som er det vi vanligvis forholder oss til i forbindelse med en systematisk oversikt, vil den tilsvarende termen til tverrfaglige team være 'interdisciplinary primary care teams'. Vi forventer imidlertid også å møte begreper som 'primary care teams', 'multidisciplinary teams', 'interprofessional teams', 'family care teams', 'geriatric teams' o.l.

Antagelig vil disse begrepene brukes om både det vi vil kalle flerfaglige og tverrfaglige team (5). I vår kategorisering av studiene vi identifiserer vil vi forsøke å skille mellom disse to tilnærmingene og kun inkludere studier som eksplisitt undersøker virkninger av å jobbe tverrfaglig, i motsetning til flerfaglig, i primærhelsetjenesten. Dette er med forbehold om at det ut i fra beskrivelsene av tiltakene er mulig å gjøre et slikt skille. Er vi i tvil vil studien inkluderes.

Tverrfaglige team er et enkeltstående tiltak i en større organisatorisk sammenheng, men det er også i seg selv et sammensatt tiltak med mange komponenter. Generelt sett vet vi at mange faktorer vil ha innvirkninger på hva som blir utfallet av slike komplekse tiltak. Vi vil derfor forvente ulike virkninger av tiltaket avhengig av hva som har vært de bakenforliggende samspillende faktorene og øvrig kontekst. Kvalitative studier kan hjelpe oss å forstå hvorfor lovende tiltak ikke virker som forventet i praksis, eventuelt hva som er identifisert som viktige faktorer i de som virker. Kvalitative studier kan også belyse problemstillingen fra flere sider, slik som hvordan pasienter opplever helsetjenesten eller hvordan praktikere tenker om det å arbeide i et team. Slike studier kan hjelpe oss i å videreutvikle og kvalitetssikre funksjonen av det tverrfaglige teamet.

Formålet med denne kartleggingsoversikten var å identifisere og beskrive forskningslitteratur om virkninger av, erfaringer med og sammensetninger av tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Slike studier kan dreie seg om forskning på effekter av tverrfaglige team, helsepersonells og pasienters erfaringer og holdninger, hvilke faktorer som kan påvirke hvordan tverrfaglige team fungerer eller på bruk og sammensetning av forskjellige typer team.

Metoder og arbeidsform

En kartleggingsoversikt er en systematisk og transparent metode for å kartlegge den forskningen som er blitt gjort innen et felt. Et internasjonalt nettverk for utvikling av retningslinjer for god rapportering av forskning arbeider med en retningslinje for hvordan en kartleggingsoversikt skal rapporteres, men denne er ennå ikke publisert (8). Vi vil derfor følge det rammeverket for utføring av kartleggingsoversikter som er trukket opp av Arksey og O'Malley (9) og Joanna Briggs Institute (10). Dette innebærer at vi ikke vil gjøre noen kvalitetsvurdering av de enkelte studiene, ei heller gjøre noen felles oppsummering eller metaanalyse av selve resultatene fra studiene.

Inklusjonskriterier

Populasjon/målgruppe Pasienter uansett diagnose(r) i primærhelsetjenesten

Intervensjon/fenomen av interesse Tverrfaglige team.

Sammenligning	For kvantitative studier, tiltak definert som tradisjonell primærhelsetjeneste eller andre tiltak.
Utfall (effekt mål)	Vi vil beskrive alle utfall som er målt i de ulike studiene.
Studiedesign	Når det gjelder kvalitativ forskning vil vi først undersøke om det finnes relevante systematiske oversikter. Hvis slike ikke kan identifiseres, vil vi søke etter primærstudier innen feltet. For kvantitativ forskning vil vi inkludere systematiske oversikter uansett design og primærstudier med følgende design: randomiserte kontrollerte studier (inkludert klyngeforsøk), avbrutte tidsseriestudier med minst tre måletidspunkter før og etter tiltaket er iverksatt, ikke-randomiserte kontrollerte forsøk og kontrollerte før-etterstudier. De to sistnevnte studiedesignene samt klyngeforsøk må ha minst to enheter hver i både tiltaks- og kontrollgruppen.
Språk	Vi vil ikke begrense søket med hensyn på språk. Dersom vi identifiserer publikasjoner på andre språk enn skandinavisk og engelsk, vil vi liste disse i egen tabell og vurdere på grunnlag av sammendrag om artiklene skal oversettes i forbindelse med en senere systematisk oversikt.

Søkestrategi

Én av våre forskningsbibliotekarer (GHS) vil utarbeide algoritmene for litteratursøket i henhold til de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er satt, i samarbeid med prosjektleder. Disse vil fagfellevurderes av en annen forskningsbibliotekar. Forskningsbibliotekaren (GHS) vil utføre søket. Litteratursøket vil bli gjennomført i Cochrane Central, MEDLINE, EMBASE og CINAHL. Vi vil også søke etter pågående studier i International Clinical Trials, WHO: (<http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>) og Clinical trials (<http://clinicaltrials.gov>) og PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>) etter eventuelt pågående systematiske studier.

Utvelgelse av studier

To personer vil uavhengig av hverandre både velge ut de referansene fra litteratursøket som ut fra tittel og sammendrag virker relevante på bakgrunn av inklusjonskriteriene og vurdere om disse studiene skal inkluderes eller ekskluderes etter å ha innhentet og lest artiklene i fulltekst. Ved eventuelle uenigheter i denne prosessen vil vi konferere med en tredje person.

Data-ekstraksjon

To personer i forskerteamet vil i samarbeid hente ut beskrivende data fra inkluderte studier. Ved uenighet vil vi trekke inn en tredjeperson. Fra systematiske oversikter over kvantitative studier vil vi trekke ut data om forfatter, årstall, problemstilling/målsetting, inklusjonskriterier, tidsperiode for litteratursøk, populasjon, antall inkluderte studier og hvor de er gjennomført og med hva slags design. Fra primærstudier vil vi trekke ut data om forfatter og år, opphavsland, problemstilling/målsetting, design, antall deltagere, data om populasjon, beskrivelse av intervensjonen, kontrollintervensjon, utfall som er målt og tidspunkt for målingen. For systematiske oversikter over kvalitative studier vil vi hente ut følgende data: Forfatter og år, problemstilling/målsetting, tidsperiode for litteratursøk, data om populasjon og setting.

I kartleggingsoversikter ansees data-ekstraksjonsprosessen å være iterativ. Det vil si at hvilke data som trekkes ut kan endre seg ut fra hva man etter hvert som studier inkluderes, anser som mest hensiktsmessig i forhold til formålet.

Rapportering av resultater

Vi vil benytte et flytdiagram for å vise hvordan de inkluderte artiklene ble valgt ut. Vi vil sortere studiene i hovedkategorien type forskningsspørsmål, det vil si kvalitativ eller kvantitativ forskning. For kvantitative studier vil hvilke sammenligninger som ble gjort - type team og hva det ble sammenlignet med, type populasjon og utfall være sorteringskategorier. Vi vil beskrive studiene i tabeller og tekst.

Aktiviteter, milepæler og tidsplan

Oppgave	Ansvarlig	Startdato	Kalender- tid i dager	Sluttdato	Reelt tidsforbruk i mnd-verk (overføres budsjettet)
Skrive prosjektplan		27.11.2017	10	08.12.2017	
Fagfellevurdering av prosjektplan		08.12.2017	10	18.12.2017	
Få godkjent prosjektplan		19.12.2017	3	21.12.2017	
Søke etter litteratur		21.12.2017	5	05.01.2018	
Velge ut studier		08.01.2018	40	17.02.2018	
Hente ut data		18.02.2018	50	25.05.2018	
Skrive utkast rapport		28.05.2018	30	29.06.2018	
Fagfellevurdering av rapport		02.07.2018	24	03.08.2018	
Skrive ferdig rapport		06.08.2018	15	21.08.2018	
Godkjenne og publisere		22.08.2019	30	21.09.2018	

Publikasjon/formidling

Prosjektet skal resultere i en systematisk kartleggingsoversikt som vil bli publisert på norsk i Folkehelseinstituttets rapportserie. En eventuell utarbeiding også av en engelskspråklig artikkel vil diskuteres og eventuelt søkes publisert i et internasjonalt tidsskrift.

Risikoanalyse

*Hvert elements risikofaktor er **produktet av sannsynlighet og konsekvens**.*

Vurderingen angis med graderingene liten, middels og stor.

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENS	RISIKOFAKTOR
Sykdom	Liten	Ytterligere tidsbruk må påregnes	Liten

Tiltak for å begrense risikoelementenes sannsynlighet og konsekvens:

– For konsekvensene av sykdom vil tiltaket være å engasjere flere forskere.

Referanser/litteratur

1. Meld.St. 26 (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm20142015002600odddpdfs.pdf> (27.11.17).
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf> (27.11.17).
3. Meld.St. 16 (2010 – 2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600odddpdfs.pdf> (27.11.17).
4. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
5. Jessup RL. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Australian Health Review* 2007;31:330-331.
6. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-572.
7. Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, Genevro J. Creating patient-centered team-based primary care. AHRQ Pub. No. 16-0002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.
8. Tricco A, Straus S, Moher D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): executive summary. The Equator Network, 2015. http://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2009/02/Executive-summary_ScR_Dec-9.pdf (05.12.2017).
9. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodologies*. 2005;8:19-32.
10. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015. http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v1.pdf (27.11.2017).

Indeksering for hjemmesiden

Fastleger, Tverrfaglige team

Relaterte prosjekter/publikasjoner

Forsetlund L, Holte HH, Ding Y, Lidal IB. Samorganisering av fastleger med andre primærhelsetjenester: en systematisk oversikt. [Co-organization of general practitioners with other primary health care services: a systematic review.] Rapport –2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/samorganisering-av-fastleger-med-andre-primarhelsetjenester-rapport-2017-v2.pdf> (22.11.2017).

Danielsen K, Bakke T. Kartlegging av måleinstrument til måling av brukererfaringer med samhandling. Notat fra Kunnskapssenteret 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.

https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2011/notat_2011_kartlegging-av-maleinstrument-til-maling-av-brukererfaringer-med-samhandling.pdf (22.11.2017).

Oxman AD, Bjørndal A, Flottorp S, Lewin S, Lindahl AK. Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander . Notat – 2008. ISBN 978-82-8121-238-1.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/integrated-health-care-for-people-with-chronic-conditions> (29.09.2016).