



RAPPORT

2019

SYSTEMATISK KARTLEGGINGSOVERSIKT

Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten

| | |
|-------------------------|--|
| Utgitt av | Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester |
| Tittel | Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt |
| English title | Interdisciplinary teams in primary care: a systematic scoping review |
| Ansvarlig | Camilla Stoltenberg, direktør |
| Forfattere | Louise Forsetlund, prosjektleder, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Gunn E. Vist, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Laila Hov, <i>stipendiat, VID vitenskapelige høyskole</i> Aase Aamland, <i>seniorforsker, Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen, NORCE Norwegian Research Centre AS</i> |
| ISBN | 978-82-8406-033-0 |
| Publikasjonstype | Systematisk kartleggingsoversikt |
| Antall sider | 68(80 inklusiv vedlegg) |
| Oppdragsgiver | Trondheim kommune/rådmannens fagstab; Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen, NORCE Norwegian Research Centre AS |
| Emneord(MeSH) | Patient care teams; Primary health care |
| Sitering | Forsetlund L, Vist GE, Hove L, Aamland AA. Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt. [Interdisciplinary teams in primary care: a scoping review.] Rapport –2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. |

Innhold

| | |
|--|-----------|
| INNHold | 3 |
| HOVEDBUDSKAP | 5 |
| SAMMENDRAG | 6 |
| KEY MESSAGES | 9 |
| EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH) | 10 |
| FORORD | 14 |
| INNLEDNING | 15 |
| Bakgrunn | 15 |
| METODE | 18 |
| Metoder og arbeidsform | 18 |
| Inklusjonskriterier | 18 |
| Litteratursøking | 19 |
| Artikkelutvelging | 20 |
| Dataekstraksjon | 20 |
| Rapportering av resultater | 20 |
| RESULTATER | 22 |
| Resultater av litteratursøket | 22 |
| Beskrivelse av inkluderte studier | 23 |
| Studier om begrepsbruk | 24 |
| Studier om effekter av tiltak | 27 |
| Påvirkningsfaktorer, prosesser og erfaringer i teamsamarbeid | 44 |
| Studier om måleverktøy | 56 |
| DISKUSJON | 59 |
| Hovedfunn | 59 |
| Styrker og svakheter | 60 |
| Kunnskapshull | 60 |
| KONKLUSJON | 62 |
| REFERANSER | 63 |
| VEDLEGG 1 | 69 |
| Ordliste | 69 |
| VEDLEGG 2 | 72 |
| Søkestrategi | 72 |
| VEDLEGG 3 | 77 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Ekskluderte studier | 77 |
| VEDLEGG 4 | 80 |
| Liste over pågående studier | 80 |

Hovedbudskap

I Stortingsmelding 26 om primærhelsetjenesten (2014-2015) foreslås det å opprette tverrfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet mottok i denne forbindelse et forslag fra Trondheim kommune og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen ved NORCE Norwegian Research Centre AS om å utarbeide en oversikt over forskningslitteratur om tverrfaglige team i primærhelsetjenesten.

- Vi utarbeidet en kartleggingsoversikt der vi inkluderte 36 forskjellige typer oversikter over kvantitative og kvalitative studier, seks oversikter over måleverktøy, ti primærstudier og fire artikler med diskusjon av terminologi.
- Populasjonsutvalget i de kvantitative studiene vi inkluderte var voksne med en eller flere kroniske tilstander eller som var alvorlig syke. Populasjonsutvalget i de kvalitative studiene var hovedsakelig helsepersonell som jobbet i team.
- Forskningsstudiene undersøkte flere slags tiltak som kunne styrke teamarbeid, slik som etterutdanningstiltak, praksisbaserte tiltak og organisatoriske forbedringstiltak, samt effekter av tverrfaglige team. Mange var også opptatt av å identifisere påvirkningsfaktorer og prosesser i teamsamarbeid på bakgrunn av helsepersonells erfaringer. Andre var opptatt av begrepsbruk og noen av hvordan ulike begreper hadde blitt målt.

Tittel:

Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt

Publikasjonstype:**Systematisk kartleggingsoversikt**

En systematisk kartleggingsoversikt kartlegger og kategoriserer eksisterende forskning på et tema og identifiserer forskningshull som kan lede til videre forskning

Svarer ikke på alt:

Ingen kvalitetsvurdring av studier
Ingen syntese av resultater

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Trondheim kommune ved rådmannens fagstab; og Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen, NORCE Norwegian Research Centre AS, som også har bidratt til å løse oppdraget.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet desember 2017

Sammendrag

Innledning

I Stortingsmelding 26 om primærhelsetjenesten (2014-2015) foreslås det å opprette tverrfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Teamarbeid er en økende benyttet arbeidsform i organiseringen av helsevesenet i mange land, men det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål knyttet til en slik organiseringsmodell. Formålet med denne kartleggingsoversikten var å identifisere og beskrive forskningslitteratur om tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. En kartleggingsoversikt over forskningskunnskapen viser først og fremst hva slags type forskning som er gjort. Kartleggingen kan bygges videre på for utvikling av prosjektplaner, etablering av tverrfaglige team, evalueringer av eksisterende og nye team og til bruk i den videre diskusjonen om tverrfaglige primærhelseteam i Norge.

Metode

I utføringen av kartleggingsoversikten fulgte vi det rammeverket som er trukket opp av Arksey og O'Malley og Joanna Briggs Institute. I rapporteringen av framgangsmåte og funn fulgte vi en nylig publisert retningslinje for rapportering av kartleggingsoversikter. Inklusjonskriterier var oversikter med tverrfaglig team i primærhelsetjenesten som tema, slik som systematiske oversikter, realistsynteser og integrerte oversikter, uansett hvilke studiedesign de hadde inkludert. Et ytterligere kriterium var primærstudier med følgende design: randomiserte kontrollerte studier, avbrutte tidsseriestudier med minst tre måletidspunkter før og etter tiltaket er iverksatt, ikke-randomiserte kontrollerte forsøk og kontrollerte før-etter-studier. De to sistnevnte studiedesignene måtte ha minst to enheter hver i både tiltaks- og kontrollgruppen. Vi søkte ikke etter primærstudier med kvalitativt studiedesign.

Vi søkte etter litteratur i Cochrane Central, MEDLINE, EMBASE og CINAHL. To forfattere vurderte uavhengig av hverandre referansene fra litteratursøket for inklusjon eller eksklusjon. Studiene ble sortert og klassifisert etter delvis forhåndsbestemte kategorier. Én av forfatterne hentet ut beskrivende data fra inkluderte studier og én annen kontrollerte korrektheten av datauttrekket. Vi sammenstilte og beskrev studiene i tabeller og tekst.

Resultat

Vi inkluderte totalt 56 publikasjoner publisert mellom 2004 og 2019. Av disse var 46 ulike typer oversikter over ulike temaer og 10 studier var primærstudier over effekter av tiltak. Fire av de 46 oversiktene undersøkte begrepsbruken på feltet. Nitten av de andre oversiktene dreide seg om effekter av ulike typer tiltak i forbindelse med bruk av

tverrfaglige team. I syv av disse oversiktene undersøkte forfatterne effektene av ulike typer tiltak for å styrke teamsamarbeidet. Disse dreide seg om etterutdanningstiltak (én oversikt), praksisbaserte tiltak (én oversikt, én primærstudie) og mer organisatoriske forbedringstiltak (fem oversikter, to primærstudier). Tolv av de 19 oversiktene undersøkte effekter av tverrfaglig team som et tiltak i seg selv. I denne kategorien inkluderte vi også syv primærstudier som ikke var inkludert i noen av oversiktene. Mange hadde dessuten vært opptatt av å identifisere påvirkningsfaktorer og prosesser i teamsamarbeid på bakgrunn av helsepersonells erfaringer (17 oversikter). Blant de oversiktene vi inkluderte var også seks oversikter over måleverktøy for måling av ulike utfall.

Tre av de tolv oversiktene som undersøkte effekter av tverrfaglig team for ulike formål, begrenset populasjonen til visse diagnoser (primær hypertensjon, diabetes, slag), ellers var populasjonen hovedsakelig eldre med én eller flere kroniske sykdommer. Noen oversikter rapporterte om positive resultater for noen prosess- og pasientutfall. Resultatene varierte imidlertid ofte fra studie til studie i hver oversikt og mellom oversiktene, for eksempel når det gjaldt pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester. Fem av de i alt 19 oversiktene som undersøkte effekter av et eller annet teamrelatert tiltak, inkluderte studier som hadde målt kostnader. Disse rapporterte at kvaliteten av dokumentasjonen for effekter på kostnader var lav og viste heterogene resultater.

Team ble brukt i legekantoret for alle typer pasienter, til hjemmebesøk hos eldre (geriatrike team), i omsorg ved livets slutt, i sårpleie, i blodtrykksbehandling, til oppfølging av slag- og KOLS-pasienter (kronisk obstruktiv lungesykdom), til legemiddelgjennomgang og i oppfølging av pasienter med risiko for ikke å klare egen legemiddelhåndtering. Det så ut til å være gjort mest forskning på teamsammensettingen allmennlege og sykepleier(e) og allmennlege og farmasøyt. Men det var også team med flere andre yrkesgrupper som sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og leger. I flere oversikter ble det understreket at teamet bør være sammensatt med tanke på formålet. Ingen kunne gi noe nøyaktig svar på hvor mange deltagere et team bør ha. Pasientperspektivet var som oftest fraværende og det er uklart hvordan man tenker seg at pasienten skal involveres for at behandlingen skal kunne kalles pasientsentrert.

Tre oversikter over kvantitative studier og 14 oversikter over kvalitative studier undersøkte påvirkningsfaktorer, prosesser og erfaringer med teamsamarbeid. Det så ut til å være ganske stor enighet på tvers av studier om hvilke faktorer man anså å være viktige for et vellykket teamsamarbeid. Faktorer på systemnivå som ble antatt å påvirke teamprosesser var lover/reguleringer, muligheter for felles lokaler, tilstrekkelig finansiering og godtgjørelser og at teamsamarbeid læres i de ulike yrkesutdanningene. På organisatorisk nivå anså man påvirkningsfaktorene å være støttende ledelse, faste møter, fokus på felles visjoner og mål, evaluering av praksis med feedback, tilrettelegging for god kommunikasjon både formelt og uformelt, rutiner for koordinering, gjennomtenkt sammensetning av teamet, grad av rolleavklaringer men også muligheter for rolleutvikling, faglig utvikling og tilstrekkelig opplæring i teamarbeid. Respekt, tillit, positive holdninger og kommunikasjonsevner og klima for gode diskusjoner ble rapportert som viktige påvirkningsfaktorer på teamnivå. Noen trakk fram profesjongrensener, ulike faglige kulturer og legens autoritet i det tradisjonelle hierarkiet som barrierer mot et godt samarbeid.

De seks oversiktene over måleverktøy målte grad av klinisk, profesjonell, organisatorisk og funksjonell integrering, hvordan helsepersonell opplevde effektiviteten, organiseringen, teamprosessene, koordinering av tjenester og teamsamarbeidet.

Litteraturen var preget av inkonsistent begrepsbruk. Begrepene team og samarbeid antok ulike former og manglet veldefinerte avgrensninger mot andre begreper, som for eksempel tverrfaglig samarbeid (collaboration) generelt. I den grad team og samarbeid ble definert, var det imidlertid allmenn enighet om at ett team består av minst to personer som interagerer og har felles mål. Flere understreket at samarbeid er dynamisk, innebærer komplekse relasjoner og eksisterer i en større sammenheng.

Diskusjon

Ut ifra beskrivelsene av teamene, kan det se ut til at begrepene tverrfaglig og flerfaglig ble brukt om hverandre uten at dette betydde at det nødvendigvis var forskjell i samarbeidsmåter. Det vil si, dette var ikke mulig å skjelve ut i fra beskrivelsene av studiene. Vi inkluderte derfor studier uansett om de hadde benyttet termene tverrfaglig, flerfaglig eller tverrprofesjonell. Temaet var vanskelig å avgrense i litteratursøket. Det var noen ganger uklart om det ble skilt mellom kontinuerlig daglig teamsamarbeid og nødvendig samarbeid mellom profesjoner kun i en aktuell situasjon. Vi savnet også beskrivelser av hvor godt de forskjellige tiltakene som ble testet ut, faktisk hadde blitt implementert.

Eksempler på kunnskapshull i forskningen er hvordan pasientene best kan involveres, effekt- og prosessevalueringer av teametablering og forskning på årsaker til heterogenitet i resultater.

Konklusjon

Det finnes publisert forskning om effekter av flere typer tiltak for å styrke teamsamarbeidet, slik som etterutdanningstiltak, praksisbaserte tiltak og organisatoriske forbedringstiltak. Også effekter av tverrfaglig team som et tiltak i seg selv inngår i forskningen. Oversiktene over effekter av tiltak rapporterte som oftest om blandede funn for målte utfall på prosess- og pasientnivå. Også for kostnader var det blandede funn. Oversiktene over kvalitative studier av hva helsepersonell oppfattet som viktige påvirkningsfaktorer var imidlertid ganske samstemte. Påvirkningsfaktorer som ble rapportert som viktige for et godt teamsamarbeid var tilstrekkelig finansiering, fysisk samlokalisering, god ledelse, felles informasjonssystem og kommunikasjonsrutiner, god uformell kommunikasjon, tilstrekkelig opplæring – også i teamsamarbeid -, fokus på felles visjoner og mål og at det gjøres evalueringer underveis, med tilbakemelding.

Key messages

Stortingsmelding 26 on primary health care (2014-2015) proposed the establishment of interdisciplinary primary health care teams in the municipal health care service. 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 NORCE Norwegian Research Centre AS in Bergen to conduct a review of studies of interdisciplinary teams in primary health care.

- We prepared a scoping review in which we included 36 different overviews of quantitative and qualitative studies, ten primary studies, four articles with discussion of terminology, and six overviews of measurement tools.
- The patient population in the quantitative studies that we included, was adults with one or more chronic conditions or who were seriously ill. The population selected for qualitative studies was mainly health personnel who worked in teams.
- The research studies had investigated several kinds of interventions to strengthen teamwork, such as continuing education interventions, practice-based interventions and organizational improvement interventions, as well as the effects of interdisciplinary teams. Many had also been concerned with identifying influencing factors and processes in team collaboration from the health personnel's experiences. Others had been concerned about use of terminology and some of how different concepts had been measured.

Title:
Interdisciplinary teams in primary care: a scoping review

Type of publication:
Systematic scoping review
A systematic scoping review maps out and categorizes existing research on a topic, identifying research gaps that can guide future research

Doesn't answer everything:
No quality appraisal of studies
No synthesis of results

Publisher:
Norwegian Institute of Public Health

Updated:
Last search for studies:
December 2017

Executive summary (English)

Background

Stortingsmelding 26 on primary health care (2014-2015) proposed the establishment of interdisciplinary primary health care teams in the municipal health care service. Working in teams is an increasingly common way to organize the health care in many countries, but there are still many unanswered questions related to this organization model.

Objective

The objective of this systematic scoping review was to identify and describe research literature on interdisciplinary teams in the primary health care service. A scoping review of the research knowledge shows primarily what kind of research has been done. The mapping may be further used for the development of project plans, planning for the establishment of interdisciplinary teams, evaluations of new and existing teams and for use in further discussions of interdisciplinary primary health teams in Norway.

Method

In the execution of the scoping review we followed the framework drawn up by Arksey and O'Malley and Joanna Briggs Institute. In the reporting of procedures and findings, we followed a recently published guideline for reporting of scoping reviews. Inclusion criteria were overviews with interdisciplinary teams in the primary health care as a theme, such as systematic reviews, realistic syntheses and integrated overviews, regardless of which study design they had included. A further criterion was primary studies with the following design: randomized controlled trials, interrupted time series studies with at least three measurement times before and after the intervention was initiated, non-randomized controlled trials and before-and-after-studies with control. The two latter study designs had to have at least two units each in both the intervention and control groups. We did not search for primary studies with qualitative study designs.

We searched for literature in Cochrane Central, MEDLINE, EMBASE and CINAHL. Two authors independently considered the references from the literature search for inclusion or exclusion. The studies were sorted and classified according to partially predetermined categories. One of the authors extracted descriptive data from included studies and one other controlled correctness of the data extractions. We compiled and described the studies in tables and text.

Results

We included a total of 56 publications published between 2004 and 2019. Of these, 46 were various types of reviews of different themes and 10 studies were primary studies of the effects of interventions. Four of the reviews examined the terminology that had been used in the field. In 19 of the other reviews, the authors investigated the effects of various types of interventions related to team collaboration. In seven of these reviews the authors studied the effects of various types of interventions to strengthen team collaboration. These were continuous education (one overview), practice-based interventions (one overview, one primary study) and organizational improvement interventions (five overviews, two primary studies). Twelve of the 19 reviews tested the effects of interdisciplinary team as an intervention in itself. In this category we also included seven primary studies that had not been included in any of the reviews. Moreover, several review authors were concerned with identifying the influencing factors and processes in team collaboration based on the experiences of health professionals (17 reviews). Among the included reviews were also six reviews of measurement tools for measuring different outcomes.

Three of the twelve reviews that examined the effects of a team intervention for various purposes limited the population to certain diagnoses (primary hypertension, diabetes and stroke), otherwise the population was mainly elderly with one or more chronic diseases. Some reviews reported positive results for some patient and process outcomes. The results, however, often varied from study to study in each review and between reviews, for example when it came to patient satisfaction and use of health services. Five of the total 19 reviews that examined the effects of team interventions for various purposes included studies that had measured costs. These reported that the quality of the evidence for the effects on costs were low and demonstrated heterogeneous results.

Teams were used in the doctor's office for all types of patients, for home visits of the elderly (geriatric teams), in care at the end of life, in wound care, in blood pressure treatment, for the follow-up of stroke and COPD patients, for drug reviews and in the follow-up of patients at risk not to manage their own drug handling. It appeared that most research was done on the team composition of general practitioner and nurse(s) and general practitioner and pharmacist. But there were also teams with several other occupational groups such as nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers and doctors. In several reviews, it was emphasized that the team should be composed with a view to the purpose. No one could give any answer to how many participants a team ought to have. The patient perspective was often absent from the literature and it is unclear how one imagined that the patient should be involved so that the treatment could be called patient centred.

Three reviews of quantitative studies and 14 reviews of qualitative studies examined influencing factors, processes and experiences with team collaboration. There seemed to be a great deal of agreement across studies on which factors were considered im-

portant for successful team collaboration. System level factors that were believed to affect team processes were laws / regulations, opportunities for common premises, sufficient funding and remuneration, the learning of teamwork in the various vocational training programs. At the organizational level, the influencing factors were considered to be supportive management, regular meetings, focus on common visions and goals, evaluation of practice with feedback, facilitation of good communication both formally and informally, routines for coordination, thoughtful composition of the team, degree of role clarifications but also opportunities for role development, professional development and adequate training in teamwork. Respect, trust, positive attitudes and communication skills, as well as a climate for good discussions, were reported as important influencing factors at team level. Some pointed to professional boundaries, different professional cultures and the doctor's authority in the traditional hierarchy as barriers to good cooperation.

The six reviews of measurement tools measured the degree of clinical, professional, organizational and functional integration, how health professionals experienced effectiveness, organizational capabilities, team processes, service coordination, and team collaboration.

The literature was characterized by inconsistent use of terminology. The concepts team and teamwork assumed different forms and lacked well-defined boundaries against other concepts, such as interdisciplinary collaboration in general. However, to the extent that team and teamwork were defined, it was generally agreed that one team consists of at least two people who interact and have common goals. Several emphasized that teamwork is dynamic, involves complex relationships and exists in a larger context.

Discussion

Based on how teams were described, it seems as if the terms interdisciplinary and multidisciplinary were used interchangeably without implying that there was necessarily a difference in ways of collaborating. That is, this was not possible to distinguish from the descriptions of the studies. We therefore included studies whether they had used the terms interdisciplinary, multidisciplinary or interprofessional. The topic was difficult to delineate in the literature search. It was sometimes unclear whether it was distinguished between continuous daily team collaboration and necessary collaboration between professions only in a current situation. There was also a lack of description as to how well the various interventions that were tested, had actually been implemented.

Examples of research gaps are how patients can best be involved, effects and process evaluations of team implementation and research on causes of heterogeneity in results.

Conclusion

Research has been conducted on the effects of several types of interventions to strengthen team collaboration, such as educational and practice-based interventions,

and organizational interventions. Also the effects of interdisciplinary teams as an intervention in itself have been investigated. The quantitative reviews usually reported mixed findings for measured outcomes at the process and patient level, as well as costs of such interventions. However, the reviews of qualitative studies of what health personnel perceived as important influencing factors were quite coherent. Impact factors that were reported as important for good team collaboration were sufficient funding, physical co-location, good management, shared information systems and communication routines, good informal communication, adequate training - also in team collaboration -, focus on common visions and goals and the carrying out of process evaluations with feedback.

Forord

I Stortingsmelding 26 om primærhelsetjenesten (2014-2015) foreslås det å opprette tverrfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet mottok i denne forbindelse et forslag fra Trondheim kommune og Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen ved NORCE Norwegian Research Centre AS om å utarbeide en oversikt over hvilken type forskning som finnes på temaet tverrfaglige team i primærhelsetjenesten.

Prosjektgruppen har bestått av:

Prosjektleder: Louise Forsetlund, seniorforsker

Interne medarbeidere: Gunn E. Vist, seniorforsker

Eksterne medarbeidere: Laila Hov, stipendiat, VID vitenskapelige høyskole
Aase Aamland, seniorforsker, Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen, NORCE Norwegian Research Centre AS

Vi takker forskningsbibliotekar Gyri Hval Straumann for utført litteratursøk.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen
Fagdirektør

Hege Kornør
Avdelingsdirektør

Louise Forsetlund
Prosjektleder

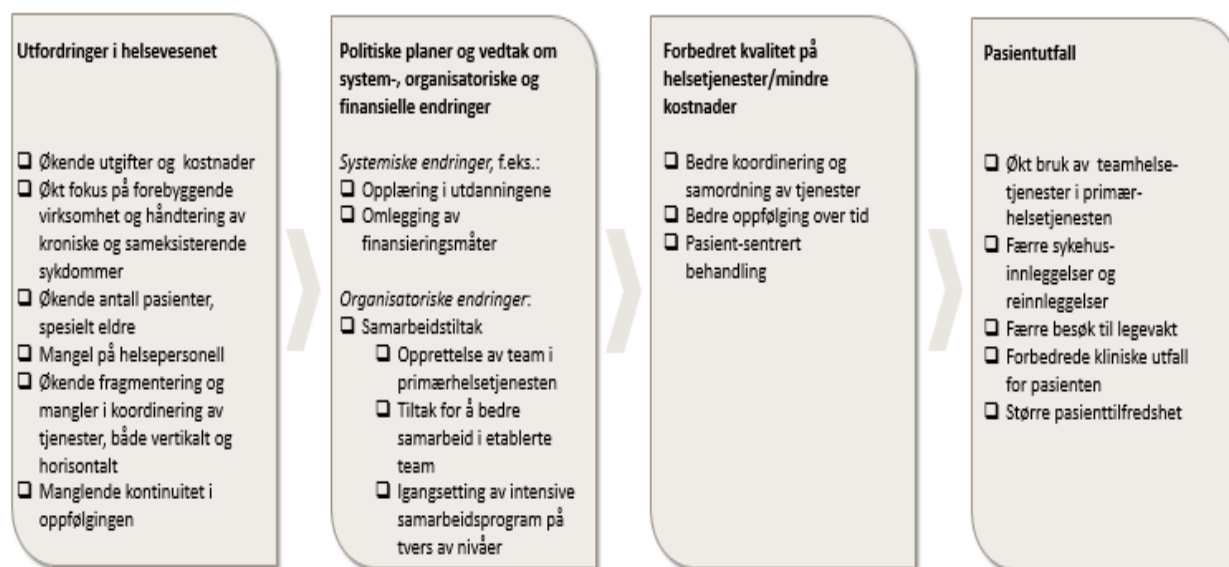
Innledning

Bakgrunn

But is a group of people who happen to be thrown together in a surgical suite or primary care office truly a team? (Grumbach & Bodenheimer, 2004, p. 1246).

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, kronisk obstruktiv lungesykdom (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, det vil si med fysisk samorganisering av fastleger med andre helsetjenesteutøvere og muligens andre finansieringsordninger. Det antas i meldingen at opprettelse av tverrfaglige primærhelseteam vil gi en mer tilgjengelig og proaktiv helsetjeneste som blant annet vil gi større muligheter for en bedre oppfølging og 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.

De antatte virkningsmekanismene kan forenklet illustreres slik som i figur 1:



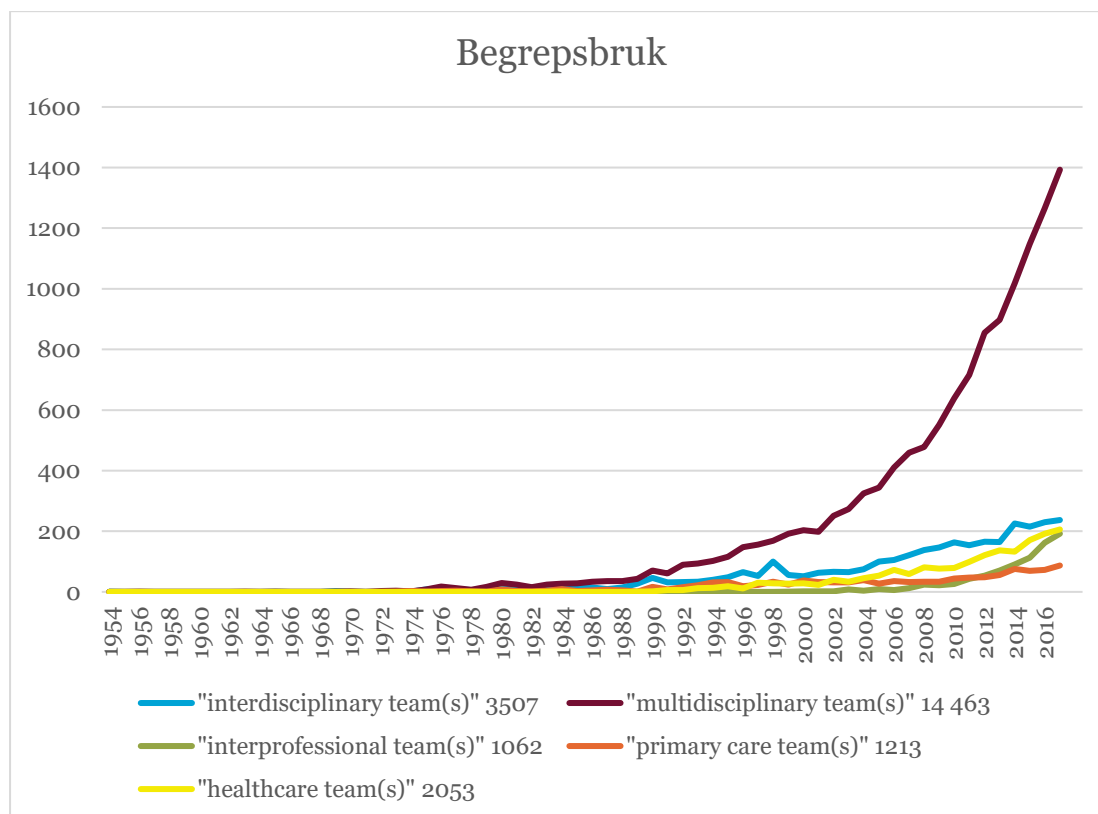
Figur 1. Bakgrunn og antatte virkningsmekanismer som tverrfaglige team inngår i

Kunnskapsgrunnlaget for disse antagelsene i Stortingsmeldingen er imidlertid uklart. Det er mange uavklarte spørsmål når det gjelder prosess, virkninger, 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 vanlig å skille mellom flerfaglige og tverrfaglige team (4, 5). Flerfaglige team 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 profesjonene kan også ha møter for å utveksle informasjon, men ikke nødvendigvis med pasienten tilstede (5). 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 tverrfaglige team kan det inngå både representanter fra ulike helseprofesjoner og andre yrkesgrupper som sosionomer og administrativt personale. Teamet skal ha et felles definert mål, avklart rollefordeling, ha hyppige samarbeidsmøter om en pasient og kunne møte 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 mestring av egen sykdom. Tilnærmingen skal være pasientsentrert og det er vanlig at legen leder teamet (6, 7). Et tredje begrep er 'tverrprofesjonelt team'. Dette er et team med kun profesjonsutdannede medlemmer som arbeider så nært sammen at de profesjonsmessige grensene for hvilke roller man tradisjonelt har hatt, utviskes i arbeidet mot det felles målet. Se for øvrig ordlisten i vedlegg 1 for definisjoner av ulike typer team.

Vårt formål var 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. Kartleggingen kan bygges videre på for utvikling av nye prosjektplaner, i etableringer av team, evalueringer av eksisterende team og til bruk i den videre helsepolitiske diskusjonen om tverrfaglige primærhelseteam i Norge.

I internasjonal litteratur, som er det vi vanligvis forholder oss til i forbindelse med en oversikt over forskningslitteratur, vil den tilsvarende termen til tverrfaglige team være 'interdisciplinary primary care teams'. Vi forventet imidlertid også å møte begreper som 'primary care teams', 'multidisciplinary teams', 'health care teams', 'interprofessional teams', 'family care teams', 'geriatric teams' o.l. For å få et inntrykk av hvilke begreper som har vært mest benyttet i årenes løp, gjorde vi et tidsmessig ubegrenset søk i den medisinske databasen PubMed. Vi søkte på de ulike tekstordene som vi kjente til, noe som gir antall publikasjoner der akkurat disse ordene er blitt brukt (figur 2).



Figur 2. Begrepsbruk

Begrepet 'multidisciplinary team' (første publikasjon år 1956) er det begrepet som har vært mest benyttet, med totalt antall treff 14 463. Deretter følger 'interdisciplinary team' (1954) (3 507 treff), 'health care team' (1954) (2053), 'primary care team' (1973) (1213), og 'interprofessional team' (1975) (1062). Siden 2012 har bruken av 'interprofessional team' økt mer enn 'primary care team'. Fokuset på team økte utover 1990-tallet og grafen viser at dette fortsatt er aktive forskningsområder, selv om det neppe kan sies å være noe stort forskningsområde. Hadde vi lagt inn en graf for bruken av 'primary health care teams' også, ville man sett at dette uttrykket var mest benyttet mellom 1994 og 2002, men totalt har dette uttrykket vært benyttet i kun 529 publikasjoner siden 1974.

Vi antok at disse begrepene kunne ha vært benyttet noe om hverandre, om både det vi ville kalle flerfaglige, tverrfaglige team (5) og tverrprofesjonelle team. I vår omtale av de identifiserte studiene ønsket vi, der det ut i fra beskrivelsene av tiltakene var mulig, å skille mellom flerfaglige, tverrfaglige og tverrprofesjonelle tilnærminger. Vi forsøkte derfor å være 'tro' mot begrepsbruken i de inkluderte studiene. Vi oversatte 'interprofessional' med 'tverrprofesjonell', 'multidisciplinary' med 'flerfaglig' og interdisciplinary med 'tverrfaglig'.

Metode

Metoder og arbeidsform

Vi utarbeidet en kartleggingsoversikt ved hjelp av en systematisk og transparent metode, i henhold til en tidligere publisert prosjektplan (<https://www.fhi.no/prosjekter/tverrfaglige-team-i-primar-helsetjenesten-en-systematisk-kartleggingsoversik/>). I utføringen av kartleggingsoversikten fulgte vi det rammeverket som er trukket opp av Arksey og O'Malley (8) og Joanna Briggs Institute (9). I dette rammeverket består kartleggingsprosessen av seks trinn, hvorav vi har valgt bort det siste, valgfrie, trinnet:

1. Identifisering av forskningsspørsmålet
2. Identifisering av relevante studier
3. Utvelgelse av studier
4. Kartlegging av dataene (beskrivelse av studiene ved å presentere utvalgte data)
5. Sortering, oppsummering og rapportering av resultatene
6. Valgfri konsultasjon.

I tråd med dette rammeverket foretok vi ingen kvalitetsvurdering, syntese eller meta-analyse av de enkelte studiene. Vi har sortert studiene, beskrevet dem i tekst under tilhørende kategori og sammenstilt dem i tabeller. I rapporteringen av framgangsmåte og funn har vi fulgt en retningslinje for kartleggingsoversikter, utarbeidet av et internasjonalt nettverk for god rapportering av forskning (PRISMA extension for Scoping Reviews) (10).

Inklusjonskriterier

Vi fulgte følgende inklusjonskriterier:

| | |
|--|---|
| Populasjon/målgruppe | Pasienter i primærhelsetjenesten, jvf. WHOs definisjon av primærhelsetjeneste i Alma Ata-erklæringen (se ordliste i vedlegg 1). |
| Intervensjon/Fenomen av interesse | Tverrfaglige team. |
| Sammenligning | For kvantitative studier, tiltak definert som tradisjonell primærhelsetjeneste/vanlig praksis eller andre tiltak. |

| | |
|----------------------------|---|
| Utfall (effekt mål) | Vi noterte hvilke utfall som det ble planlagt å måle i de kvantitative oversiktene. For primærstudiene noterte vi de utfallene som hadde blitt målt. |
| Studiedesign: | Forskjellige typer oversikter slik som systematiske oversikter, realistsynteser (realist synthesis) og integrerte oversikter ((11), se også ordliste i vedlegg 1), uansett hvilke studiedesign de hadde inkludert. Primærstudier med følgende design: randomiserte kontrollerte studier (inkludert klyngeforsøk), observasjonsstudier (avbrutte tidsseriestudier med minst tre måletidspunkter før og etter tiltaket er iverksatt, ikke-randomiserte kontrollerte forsøk og kontrollerte før-etter-studier). Vi antok at det ville blir for omfattende å også innhente kvalitative primærstudier. Vi bestemte derfor på forhånd at hvis vi identifiserte relevante oversikter over kvalitative studier, ville vi ikke søke videre etter primærstudier innen feltet. |
| Språk | Vi begrenset ikke søket med hensyn på språk. |

Eksklusjonskriterier:

Vi ekskluderte primærstudier som allerede var inkludert og beskrevet i de systematiske oversiktene vi inkluderte i denne kartleggingsoversikten. Kvantitative primærstudier som ikke inngikk i noen av de oversiktene vi inkluderte, klassifiserte vi og beskrev i de kategoriene vi etablerte.

Av pragmatiske årsaker ekskluderte vi også primærstudier over forskjellige tiltak for å implementere tverrfaglige team (for eksempel gjennom etterutdanningstiltak) men var åpne for systematiske oversikter.

Vi ekskluderte også studier av tverrfaglig utdanning for studenter under utdanning. For dette temaet henviser vi til en systematisk oversikt i Cochrane Library:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/full> (12).

Litteratursøking

Én forskningsbibliotekar (Gyri Hval Straumann) utarbeidet algoritmene for litteratursøket i henhold til de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som var satt, i samarbeid med prosjektleder (se vedlegg 2). En annen forskningsbibliotekar fagfellevurderte litteratursøket. Forskningsbibliotekaren søkte i Cochrane Central, MEDLINE, EMBASE og CINAHL. Prosjektleder søkte etter pågående studier i International Clinical Trials, WHO (<http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>), Clinical trials (<http://clinicaltrials.gov>)

og PROSPERO <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/> etter eventuelle pågående studier.

Det systematiske søket ble avsluttet i desember 2017, men under løpende sjekking av referanser i inkluderte studier, sjekking av mulig publisering av studier identifisert som pågående, samt hyppig bruk av Related articles-funksjonen i PubMed, identifiserte vi også nyere studier.

Artikkelutvelging

To personer valgte uavhengig av hverandre på bakgrunn av inklusjonskriteriene de referansene fra litteratursøket som ut fra tittel og sammendrag virket relevante. Disse ble innhentet i fulltekst, lest og vurdert for inklusjon eller eksklusjon. Utvelgelsen ble gjort iterativt, først en bredere inklusjonsrunde der vi også beholdt de vi var usikre på, og så en ny gjennomgang med en nøyere vurdering. Uenigheter i disse prosessene løste to personer delvis ved diskusjon og delvis ved å konferere med den tredje i forfatter-teamet.

Dataekstraksjon

Én av forfatterne hentet ut beskrivende data fra de inkluderte studiene og én annen kontrollerte korrektheten av datauttrekket. Fra systematiske oversikter over kvantitative studier trakk vi ut data om forfatter, år, type oversikt og inkludert studiedesign, antall inkluderte studier, populasjon, setting, land, tiltak, sammenlikning og hovedutfall. Fra primærstudier trakk vi ut data om forfatter, år, studiedesign, populasjon, setting, land, tiltak, sammenlikning og hovedutfall. For systematiske oversikter over kvalitative studier hentet vi ut følgende data: Forfatter og år, type oversikt og inkludert studiedesign, antall inkluderte studier, populasjon, setting, land, fenomen av interesse og hvilke temaer som ble rapportert. For oversiktene over begrepsbruk trakk vi ut formålet med oversikten i stedet for tiltak, men ellers som over. For oversiktene over måleverktøy trakk vi ut forfatter, år, type oversikt og inkludert studiedesign, antall inkluderte studier, populasjon, setting, land, type måleverktøy, antall verktøy inkludert og type måleegenskaper.

Rapportering av resultater

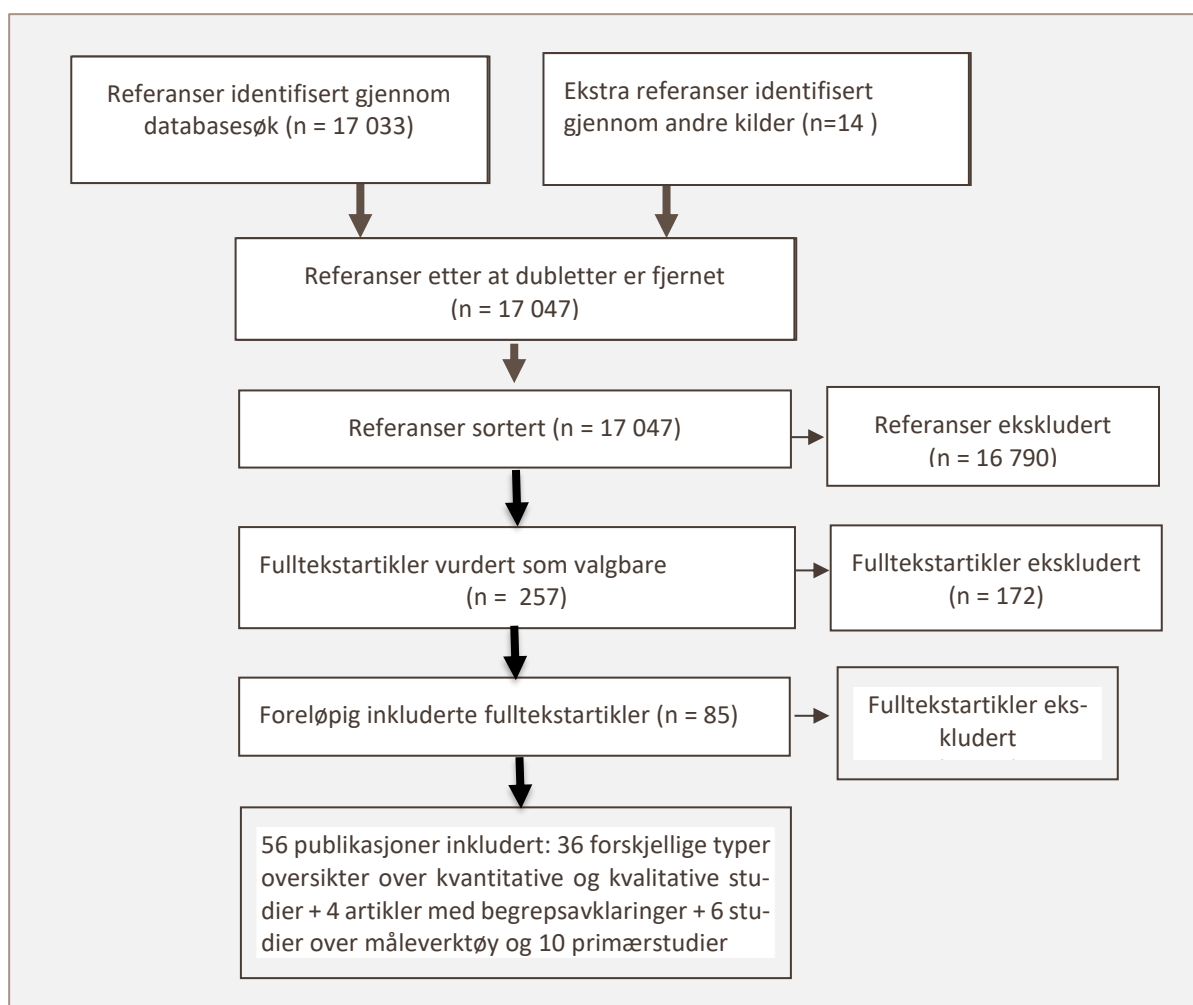
Vi benyttet et flytdiagram for å vise hvordan vi valgte ut de inkluderte studiene. Vi sorterte alle oversiktene over kvantitative og kvalitative studier og primærstudiene etter likheter i problemstilling, type tiltak og populasjon og klassifiserte dem i kategorier, delvis basert på et tidligere utviklet rammeverk av Reeves 2011 (13). Dette rammeverket klassifiserer tiltak i forbindelse med tverrfaglige team etter kategoriene tverrfaglige utdanningstiltak (i medisins- og helsefagutdanningen og som etterutdanning) og praksisbaserte tiltak og organisatoriske tiltak for å forbedre tverrfaglig teamsamarbeid. Studier som ikke passet inn i disse kategoriene ble sortert og klassifisert etter innhold i

andre kategorier og rapportert i henhold til disse. Vi sammenstilte og beskrev studiene i tabeller og tekst.

Resultater

Resultater av litteratursøket

Flytskjemaet nedenfor i figur 3 viser antall studier vi fant gjennom litteratursøkene og antall studier vi håndterte i de forskjellige fasene av utvelgelsen.



Figur 3. Flytdiagram over utvelgelse av studier

Av 17 033 identifiserte og gjennomgåtte referanser, bestilte vi 257 artikler til lesing i fulltekst. Av disse ekskluderte vi 172 artikler i første eksklusjonsrunde, hovedsakelig på grunn av åpenbart annet design, annen problemstilling eller annen setting enn det som var våre inklusjonskriterier. De gjenstående 85 artiklene ble gjennomgått på nytt

for nærmere undersøkelse. Av disse beholdt vi 56 forskjellige publikasjoner for inklusjon (14-69), mens 29 artikler ble ekskludert. Femten av de ekskluderte artiklene var primærstudier som allerede var listet i andre oversikter som vi hadde inkludert. Eksklusjonsgrunner for de øvrige 14 studiene var annet design, annen setting, annen populasjon eller annet tiltak. Liste over referanser til de ekskluderte studiene med begrunnelse for ekskluderingen er plassert i vedlegg 3.

Vi identifiserte ingen prosjektprotokoller etter et søk i <http://clinicaltrials.gov>. Pågående studier identifisert i PROSPERO er listet i vedlegg 4.

Beskrivelse av inkluderte studier

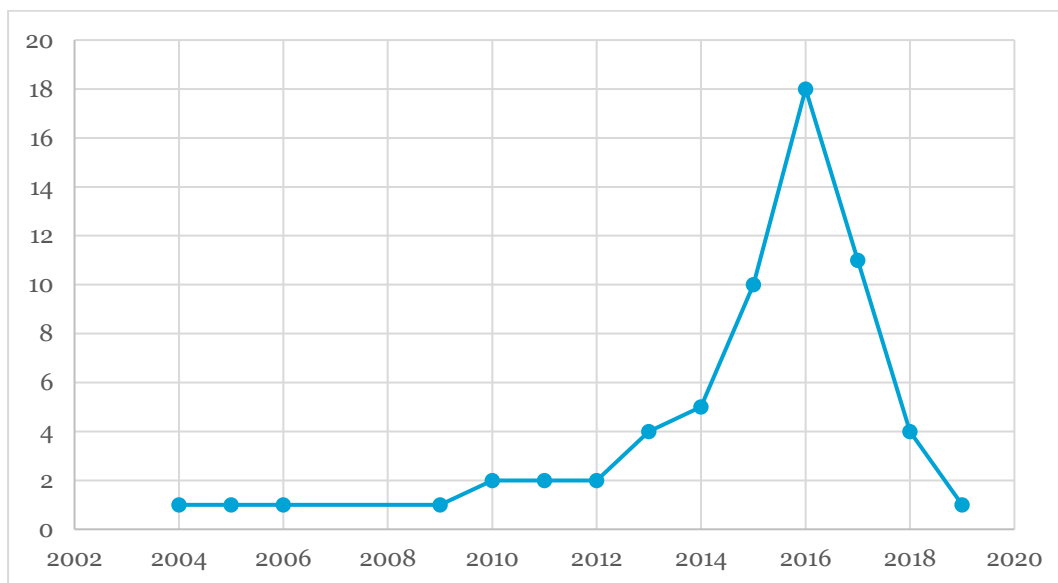
De fleste (29: 19 oversikter og ti primærstudier) av de 56 inkluderte publikasjonene handlet om effekter av tiltak i forbindelse med tverrfaglige team (tabell 1). Fire oversikter handlet om terminologi, seks oversikter handlet om måleverktøy og 17 oversikter hadde erfaringer og påvirkningsfaktorer som tema. Nesten alle studier var fra høyinntektsland.

Tabell 1. Inkluderte studier fordelt på tema og studiedesign

| Studie-design | Begrepsbruk | Effekter av tiltak | Erfaringer/Påvirkningsfaktorer | Måleverktøy |
|---------------|-------------|--|---------------------------------------|-------------------------------|
| SR | 1 (21) | 17 (18, 26, 27, 31-33, 39-42, 46, 49, 63, 66) | 8 (22, 36, 44, 53, 55, 57, 60, 67) | 6 (15, 34, 35, 56, 62, 65) |
| IO | 1 (17) | 0 | 5 (38, 43, 45, 47, 54) | 0 |
| KO | 1 (50) | 1 (37) | 2 (23, 48) | 0 |
| OoO | 0 | 2 (24, 29) | 0 | 0 |
| RS | 1 (20) | 0 | 2 (19, 28) | 0 |
| RCT | 0 | 10 (14, 16, 25, 30, 52, 58, 59, 64, 68, 69) | 0 | 0 |
| OBS | 0 | 0 | 0 | 0 |

SR: Systematisk oversikt IO: Integrert oversikt KO: Kartleggingsoversikt OoO: Oversikt over oversikter RS: Realistsyntese RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudier

Selv om vi ikke hadde satt noen tidsbegrensning i søket, var de fleste publikasjonene vi inkluderte av nyere dato (figur 4).



Figur 4. Antall publikasjoner om tverrfaglige team og publikasjonsår

Studier om begrepsbruk

Det kan være hensiktsmessig å se på kategorien begrepsbruk først. Artikkene som vi hadde innhentet åpnebarte en mangfoldig og upresis bruk av begreper.

Modeller og rammeverk som gir en dypere forståelse av teamarbeid, kan brukes til å analysere teamprosesser og teamarbeid og identifisere forbedringspunkter. Slik kunnskap kan være nyttig når man skal etablere nye team. Vi inkluderte fire oversikter som hadde som formål å analysere begrepsbruk og identifisere rammeverk for å få en bedre forståelse og avklaring av begreper rundt team og teamarbeid (Chamberlain-Salaun 2013 (17), Contandriopoulos 2018 (20), D'Amour 2005 (21), Reeves 2011 (50) (tabell 2). Etter tabellen presenteres en omtale av hver enkelt oversikt.

Tabell 2. Inkluderte oversikter om begrepsbruk

| Studie-ID | Type oversikt /Inklusjons-kriterium for studiedesign | Formål | Populasjon Setting Land | Hovedutfall |
|---------------------------|--|--------|-------------------------------|-------------|
| Antall inkluderte studier | | | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Chamberlain-Salaun 2013 (17) IO/ Artikkene måtte gi en definisjon av 'interprofessional', 'multiprofessional' eller 'interdisciplinary' og de måtte relatere seg til helsetjenestetteam. <i>17 studier.</i> | Å gi en deskriptiv analyse av terminologien som benyttes for å beskrive helsetjenestetteam. | Populasjon: Pasienter med kroniske sykdommer, eldre generelt. Setting: Primærhelsetjeneste, sykehus. Land: Oseania, Nord-Amerika, Europa, Asia. | Mest benyttede begrep, begrunnelse for bruk av spesifikk terminologi, spesifikke mønstre for studier fra ulike land, på hvilken måte begrepene har blitt brukt, og hvordan de er definert. |
| Contandriopoulos 2018 (20) RS/ Artikkene måtte omhandle primærhelsetjenesteytelser av flerfaglige team der sykepleier spilte en vesentlig rolle. <i>52 studier.</i> | Å utforme et begrepsapparat som kan benyttes i omformingen av modeller i primærhelsetjenesten. | Populasjon: Ingen forhåndsspesifisert. Setting: Primærhelsetjeneste. Land: Ingen informasjon. | Strukturer og modeller for organisering av flerfaglige team som kan identifiseres på grunnlag av studiene. |
| D'Amour 2005 (21) SR/ Artikkene måtte omhandle definisjoner og begreper relatert til samarbeid i helsevesenet. <i>27 studier.</i> | Å klarlegge begrepsmessige rammeverk som kan forbedre vår forståelse av viktige aspekter ved helseorganisasjoner. | Populasjon: Ingen forhåndsspesifisert. Setting: Helsetjenesten. Land: Ingen informasjon. | Identifikasjon av begreper og teoretiske rammeverk relatert til samarbeid. |
| Reeves 2011 (50) KO/ Ikke begrenset til spesifikke design, men inkluderte studier som evaluerte effekter av tverrfaglig aktivitet, definert som to eller flere tverrfaglige grupper engasjert i undervisnings- /læringsaktiviteter eller i en aktivitet for å forbedre samarbeid i praksis. <i>104 studier.</i> | Å undersøke hvordan forskere har definert og brukt begrepene 'tverrprofesjonell utdanning' (IPE) og 'tverrprofesjonelt samarbeid' (IPC); å utvikle et begrepsmessig rammeverk for IPE og IPC. | Populasjon: Ingen forhåndsspesifisert. Setting: Helsevesenet. Land: Ingen informasjon. | Teoretisk rammeverk for tverrfaglig utdanning og tverrfaglig samarbeid. |

IO: Integrert oversikt RS: Realistsyntese SR: Systematisk oversikt KO: Kartleggingsoversikt

Nærmere omtale av hver oversikt

Chamberlain-Salaun og kollegaer (17) beskrev i sin integrerte litteraturoversikt hvilken terminologi som har vært benyttet for å beskrive *helsetjenestetteam*: 'interdisciplinary', 'multidisciplinary', 'interprofessional', 'multiprofessional'. De fant at definisjonene av disse begrepene var inkonsistente når det gjaldt bruk og fortolkning. Noen la vekt på strukturelle komponenter (hvem deltok i teamet) mens andre var mer opptatt av prosesser (hvordan teamet samarbeider). Det som imidlertid kjennetegnet definisjonene og beskrivelsene var fraværet av pasientperspektivet med en tydelig beskrivelse av hvilken rolle som var tiltenkt pasienten. Flerfaglig – 'multidisciplinary' var den termen som var mest benyttet.

Contandriopoulos og kollegaer (20) var opptatt av at i samsvar med utfordringene i primærhelsetjenesten så må tilbudet av helsetjenester, den tverrfaglige sammensetningen av team og faglige roller for ikke-medisinsk personell utvides og tverrfaglig samarbeid må intensiveres. De mente at forebyggingsperspektivet må styrkes.

De fant to hovedmønstre for organiseringen: Én mer formalisert organisert modell der roller og ansvar var eksplisitt formulert og én der organiseringen hadde skjedd gjennom en mer organisk utvikling. Begge organiseringsmåter kunne beskrives ved grad av hvor sentral og autonom sykepleieren var. Disse to strukturelle dimensjonene benyttet forfatterne så til å konstruere fire ideelle primærhelsetjenestemodeller: To formaliserte modeller - én formalisert modell der kjernen er legen men med mulighet for å henvise til sykepleier (primary healthcare nurse practitioner) og én formalisert modell der sykepleier er kjernen, men med mulighet for å henvise til lege. De to organiske modellene omfatter bruk av lag (micro-team) som behandlere - også her én modell med legen som hovedkontakt med pasienten og én modell med sykepleier som hovedkontakt. De fant ingen solid evidens som kunne understøtte hvilken av deres fire foreslåtte typologier som ville være mest lovende i praksis.

Utgangspunktet for D'Amour og kollegaer (21) var at det er lite kunnskap om de komplekse relasjonene som er knyttet til interprofesjonelt samarbeid. Gjennom sin utdanning har de ulike profesjonene innarbeidet profesjonsspesifikke måter å forholde seg til pasientene eller brukerne på. I helsevesenet er det tydelige profesjonelle grenser og det kan være ulik vektlegging av verdier i de ulike profesjonene. Forfatterne mente at slike faktorer kan komplisere relasjoner i et samarbeidende team, som dessuten også må forholde seg til de rammene organisasjonen for øvrig setter for virksomheten. Når man skal samarbeide må man finne måter å overvinne de ulike utfordringene på. For eksempel må det skapes et klima for samarbeid i stedet for konkurranse.

D'Amour og kollegaer (21) ønsket å identifisere et teoretisk rammeverk som skulle kunne brukes for å utvikle forståelsen og dermed implementeringen av samarbeidsinitiativ i helsevesenet. De identifiserte syv teoretiske rammeverk for samarbeid, på grunnlag av empiriske data. Vi gjengir her bare de begrepene som gikk igjen i de definisjonene av samarbeid som ble foreslått:

- Fellesskap (felles ansvar, felles yrkesfaglige perspektiver, felles verdier, felles beslutningstaking, felles planlegging)
- Partnerskap (kollegiale relasjoner med åpen og ærlig kommunikasjon, tillit og respekt),
- Gjensidig avhengighet som igjen fører til kollektiv handlingskraft (synergier oppstår når de ulike profesjonene forstår at kompleksiteten i pasientenes helseutfordringer fordrer at alle deltar).
- Makt (basert på kunnskap og erfaring versus funksjoner eller titler, - et produkt av relasjonene og interaksjonene mellom teammedlemmene og kan ikke skilles fra disse)

For øvrig framholdt forfatterne viktigheten av at pasienten deltar og at det er synlig for pasienten at det er 'team-behandling' som foregår. Andre team-medlemmer kan ellers oppleves som en barriere mellom pasienten og legen. Ifølge D'Amour og kollegaer (21) var det ikke særlig godt dokumentert hvordan teamarbeid påvirker pasientutfall, hvilke eksterne påvirkningsfaktorer som gjør seg gjeldende eller hvilken type lederskap som fungerer best.

Reeves og kollegaer (50) hadde fire delmål:

- Identifisere studier av tverrprofesjonell utdanning og samarbeid
- Undersøke hvordan forskere har definert og brukt disse begrepene
- Identifisere underliggende samfunnsvitenskapelige teorier
- Utvikle et begrepsmessig rammeverk for tverrprofesjonell utdanning og samarbeid.

Selv om de studiene som ble inkludert i kartleggingsoversikten alle hadde et tverrprofesjonelt fokus, brukte de en rekke termer som 'communication', 'collaboration', 'teamwork', 'coordination', interprofessional practice og 'interagency working' som ofte var udefinerte. Forfatterne var spesielt opptatt av at det må skilles bedre mellom tiltak som går på tverrprofesjonell utdanning og tverrprofesjonelt samarbeid. På grunnlag av en analyse av sine empiriske data (104 studier) kom de fram til tre hovedtyper av tverrprofesjonelle tiltak i sitt rammeverk. Dette er det rammeverket som vi også har benyttet som en del av våre kategorier for å klassifisere studiene i denne oversikten:

- Tverrprofesjonell utdanning (som del av profesjonsstudiet eller som etterutdanning)
- Tverrprofesjonell praksis (tiltak som settes inn i praksis for å forbedre samarbeid og behandlingskvalitet), her kalt 'praksisbaserte tiltak'.
- Tverrprofesjonelle organisatoriske tiltak (for eksempel lokaler, bemanning, policy), her kalt organisatoriske tiltak.

Kun seks av 104 studier hadde brukt noen form for eksplisitt teori fra samfunnsvitenskapen for sin tilnærming.

Studier om effekter av tiltak

Av de 29 studiene som undersøkte effekter av tiltak i forbindelse med tverrfaglige team, handlet én studie om effekter av etterutdanningstiltak (én oversikt). To studier (én oversikt og én primærstudie) omhandlet effekter av enklere praksisbaserte tiltak for å forbedre tverrfaglig teamsamarbeid, mens syv studier (fem oversikter og to primærstudier) omhandlet mer komplekse organisatoriske forbedringstiltak. Nitten studier (12 oversikter og syv primærstudier) handlet om effekter av tverrfaglige team (tabell 3).

Tabell 3. Inkluderte studier om effekter av tiltak i forbindelse med tverrfaglige team

| Studiedesign | Tema | | |
|--------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | Etterutdannings-tiltak | Praksisbaserte forbedringstiltak | Organisatoriske forbedringstiltak |

| | | | | |
|-----|-----------|-----------|-------------------|--|
| SR | 1 (39) | 1 (51) | 3 (18, 41, 61) | 11 (26, 27, 31, 32, 33, 40, 42, 46, 49, 63, 66) |
| IO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| KO | 0 | 0 | 1 (37) | 0 |
| OoO | 0 | 0 | 1 (24) | 1 (29) |
| RS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RCT | 0 | 1 (14) | 2 (16, 30) | 7 (25, 55, 58, 59, 65, 68, 69) |
| OBS | 0 | 0 | 0 | 0 |

SR: Systematisk oversikt IO: Integrert oversikt KO: Kartleggingsoversikt OoO: Oversikt over oversikter RS: Realistsyntese RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudie

Vi presenterer studiene av disse ulike temaene i hvert sitt kapittel nedenfor: Studier om effekter av etterutdanningstiltak, studier om tiltak for å forbedre tverrfaglig teamarbeid, både enklere praksisbaserte tiltak og mer omfattende organisatoriske tiltak og studier om effekter av tverrfaglige team som et tiltak i seg selv. Etter hver tabell der det er mer enn én studie, følger en omtale av hver enkelt studie.

Studier om effekter av etterutdanningstiltak

Etterutdanningstiltak kan være kurs, workshops, seminar, interaktive on-linekurs eller forskjellige typer simuleringstiltak (13). I denne kategorien identifiserte vi én oversikt, Miller 2018 (39) (tabell 4). Denne oversikten hadde som formål å oppsummere dokumentasjonen for virkninger av tiltak for teamutvikling i en ikke-akuttsetting. Forfatterne inkluderte 25 artikler av 14 forskjellige tiltak for utvikling av team med hensyn på forbedret fungering. Alle tiltakene var en eller annen form for undervisning. De besto av rollespill, interaktiv undervisning, diskusjoner, simulering, o.l. Fire studier var fra primærhelsetjenesten, de andre var fra rehabiliteringsklinikker eller poliklinikker. Sykepleiere, leger og annet personell utgjorde flesteparten av deltagerne. Bare fem av studiene hadde kontrollgruppe, noe som gjør at alle funn blir svært usikre. Forfatterne konkluderte med at det mangler forskning på hvordan man kan utvikle team.

Tabell 4. Inkluderte oversikter om effekter av etterutdanningstiltak

| Studie-ID Type oversikt/ inkludering/ inkluderingskriterium for studiedesign | Antall inkluderte studier | Populasjon Setting; land | Tiltak | Sammenlikning | Hovedutfall |
|--|---------------------------|--------------------------------|----------------------|--|--|
| Miller 2018 (39) | | Populasjon: Helsepersonell. | Teambyggende tiltak. | To av 14 studier sammenlignet med andre team som ikke fikk | Deltagernes evalueringer, grad av kunnskap om teamarbeid |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------|
| SR/ Ingen spesielle krav til design. 14 studier | Setting: Ikke-akutte helsetjenester. Land: Ingen informasjon. | noe tiltak, to studier sammenlignet med andre team som fikk deler av tiltaket og i én studie var sammenligningen et annet tiltak. Ni studier hadde ingen kontrollgruppe. | og virkninger for pasientene. |
|--|--|--|-------------------------------|

SR: Systematisk oversikt

Studier om effekter av praksisbaserte tiltak for å forbedre tverrfaglig teamarbeid

Praksisbaserte tiltak for å forbedre tverrfaglig teamsamarbeid i allerede eksisterende team kan for eksempel være en ekstern fasilitator, innføring av faste møter, sjekklister eller et nytt kommunikasjonsverktøy (13). Vi klassifiserte én oversikt og én primærstudie i denne kategorien (Reeves 2017 (51), tabell 5a; Bareil 2015 (14), tabell 5b). Begge hadde som formål å evaluere effektene av praksisbaserte tiltak sammenlignet med vanlig praksis eller andre tiltak. I de inkluderte studiene i oversikten var tiltakene rettet mot sosialtjeneste- og helsepersonell, og målt på pasientutfall, pasientenes bruk av helsetjenester og deres tilfredshet. Bareil og kollegaer (14) undersøkte effekten av å gi team som behandlet pasienter med minst to kroniske sykdommer, en ekstern fasilitator som fulgte opp teamet og et ekstra finansieringstilskudd. Forfatterne målte utfallet gjennom hvor vellykket teammedlemmene mente at tiltaket hadde vært.

Tabell 5a. Inkluderte oversikter om effekter av praksisbaserte tiltak for tverrfaglig teamsamarbeid

| Studie-ID Type oversikt/ Inklusjonskriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Tiltak | Sammenlikning | Hovedutfall |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| Reeves 2017 (51) SR/ Randomiserte kontrollerte forsøk. Ni studier. | Populasjon: Helsepersonell og personell i sosialtjenesten, pasientpopulasjon ikke forhåndsspesifisert. Setting: Primær- og sekundærhelsetjenesten. Land: Australia, Belgia, England, Sverige, USA. | Praksisbaserte tiltak for å forbedre samarbeidet mellom fagutøvere i helse- og sosialtjenesten. | Vanlig praksis eller andre tiltak. | Pasientutfall, reinnleggelser, kontinuitet i behandlingen, bruk av helsetjenesterressurser, deltageres tilfredshet. |

SR: Systematisk oversikt

Tabell 5b. Inkluderte primærstudier om effekter av praksisbaserte tiltak for tverrfaglig teamsamarbeid

| Studie-ID Studiedesign | Populasjon Setting Land | Tiltak (n) | Sammenlikning (n) | Hovedutfall |
|---------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|-------------|
|---------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|-------------|

| | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|
| Bareil 2015 (14) RCT | Populasjon: Pasienter med minst to kroniske tilstander og med risiko for hjertekarsykdom. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada. | Tverrfaglig team (n=6) med eksterne fasilitator og finansieringstilskudd. | Tverrfaglig team (n=2) uten eksterne fasilitator og finansieringstilskudd. | Kvalitativ måling og analyse gjennom ett fokusgruppemøte med hver av de 8 klinikkene. |
|-------------------------|---|---|--|---|

RCT: Randomisert kontrollert studie

Nærmere omtale av hver studie om praksisbaserte tiltak

Reeves 2017

Reeves og kollegaer (51) inkluderte ni randomiserte kontrollerte studier som alle hadde vidt forskjellige tiltak. Tiltakene var fasiliteringstiltak, tverrprofesjonelle visitter i sykehus, tverrprofesjonelle møter og utdelte sjekklister. Dette dreide seg altså ikke om opplæring i teamarbeid, men mer om verktøy for å forbedre teamarbeid. Én studie var fra primærhelsetjenesten, én fra sykehjem og resten fra spesialisthelsetjenesten. I den ene studien fra primærhelsetjenesten var teamet sammensatt av allmennleger, sykepleiere og administrativt personale. Det praksisbaserte tiltaket besto av komponenter som bruk av timebestillingssystem, påminnelser, beskrivelse av arbeidsoppgaver, innføring av kommunikasjonsrutiner og møter. Forfatterne av oversikten var forsiktige med å trekke konklusjoner, siden det var et sparsomt datagrunnlag.

Bareil 2015

I primærstudien av Bareil og kollegaer (14) rekrutterte forskerne tverrfaglige klinikker i primærhelsetjenesten. De rekrutterte klinikkene opprettet tverrprofesjonelle team med grunnlag i de profesjonene som holdt til i klinikken allerede. Disse teamene skulle bestå av leger, sykepleier, farmasøyt og en ernæringsfysiolog. Teamene ble deretter tilfeldig randomisert i to grupper. Teamene i tiltaksgruppen fikk en ekstern fasilitator og økonomiske insentiver for å delta, kontrollgruppen ble overlatt til seg selv. Tiltaket ble målt gjennom fokusgruppeintervjuer av de ansatte på hver klinikk. Forfatterne av primærstudien fant tre viktige suksessfaktorer for team: Muligheter for dialog mellom teamdeltagerne, en ekstern, aktiv fasilitator og budsjettmidler som kunne dekke ekstra utgifter, for eksempel til fasilitator.

Studier om effekter av organisatoriske tiltak for å forbedre tverrfaglige samarbeid

Organisatoriske tiltak kan være endringer av teamets sammensetning, arbeidsplass, kultur eller koordineringsprosesser for å forsterke samarbeidet (13). Under denne kategorien inkluderte vi totalt fem ulike typer oversikter (Chisholm-Burns 2010 (18), McColl 2009 (37), Damery 2016 (24), Mitchell 2015 (41), Tan 2014 (61)) og to primærstudier (Carter 2015 (16) og Isetts 2006 (30)) (tabell 6a og 6b). De organisatoriske tiltakene som ble undersøkt var endring av team ved å inkludere farmasøyter i teamet og tiltak for å koordinere tverrfaglig samarbeid på tvers av settinger, det vil si integrerende tiltak.

Vi har presentert disse oversiktene nærmere i to forskjellige underkapitler nedenfor. De to oversiktene og de to primærstudiene som undersøkte effekter av å endre team ved å inkludere farmasøyter i teamet (Chisholm-Burns 2010 (18), Tan 2014 (61), Carter 2015 (16) og Isetts 2006 (30)) (tabell 6a og 6b) har vi omtalt i kapitlet Nærmere omtale av hver studie om inkludering av farmasøyt som organisatorisk tiltak. Populasjonen var alle typer pasienter, bortsett fra i én studie der pasienter med hypertensjon var valgt ut (Carter 2015 (16)).

De tre andre oversiktene som undersøkte studier om effekter av teamtiltak for integrering av helsetjenester for pasienter med kroniske tilstander (Damery 2016 (24), McColl 2009 (37), Mitchell 2015 (41)) (tabell 6a) har vi presentert i kapitlet Nærmere omtale av hver studie om integrerte tiltak som organisatorisk tiltak.

Hovedutfall som forfatterne målte i oversiktene var uønskede hendelser (Chisholm-Burns 2010 (23), pasientutfall (Chisholm-Burns 2010 (23), Mitchell 2015 (46), Tan 2014 (66)), bruk av helsetjenester (Damery 2016 (29), Tan 2014 (66)), kostnader (Damery 2016 (29), Tan 2014 (66)). I primærstudiene målte forfatterne blodtrykk-kontroll (Carter 2015 (16)) og pasientenes oppfatninger om mottatte helsetjenester og livskvalitet (Isetts 2006 (30)).

Tabell 6a. Inkluderte oversikter om effekter av organisatoriske tiltak for å forsterke tverrfaglige teamsamarbeid

| Studie-ID Type oversikt/ Inkluderkriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Tiltak | Sammenlikning | Hovedutfall |
|---|--|--|--|---|
| Chisholm Burns 2010 (18) SO/ Alle typer studier fra USA med en sammenligningsgruppe (men metaanalysene ble gjort på grunnlag av resultater fra randomiserte kontrollerte forsøk) og at pasientutfall ble rapportert. 298 studier. | Populasjon: Alle typer pasienter og aldre. Setting: Helsetjenesten generelt. Land: USA. | Tilføring av farmasøyt i helsetjenesteteamet. | Ikke spesifisert. | Kliniske, sikkerhetsmessige (bivirkninger, feildosering, uønskede hendelser i forbindelse med legemidler), pasientens etterlevelse, pasienttilfredshet og kunnskap og livskvalitet. |
| Damery 2016 (24) OoO/ Systematiske oversikter og metaanalyser med eksperimentelt eller kvasiekperimentelt design. 50 systematiske oversikter. | Populasjon: Voksne pasienter med en eller flere kroniske tilstander. Setting: Primær-, spesialisthelsetjenesten eller sosialtjenesten | Integrerte behandlingstiltak (det vil si samarbeidstiltak som krysser grensen mellom minst to settinger innen helse- og/eller sosialomsorgen). | Vanlig praksis, ingen tiltak eller andre tiltak. | Akuttinnleggelse/reinnleggelse, liggetid, bruk av legevakt og helsetjenestekostnader. |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------|--|
| | Land: Canada, England, Irland. | | | |
| McCull 2009 (37) KO/ Ingen krav til design. 38 artikler. | Populasjon: Pasienter med kroniske tilstander. Setting: Primær- og spesialisthelsetjenesten. Land: Australia, Canada, Danmark, England, Israel, Nederland, Sve- rige, USA. | Helsetjenestepro- gram, deriblant team, som tilbød primærhelsetje- nester og rehabi- litering, eller tje- nester som var spesifikt designet for mennesker med kroniske til- stander | Ikke spe- sifisert. | Ingen forhåndsspesi- fiserte. Identifiserte 6 modeller for helsetje- nesteprogram. |
| Mitchell 2015 (41) SR/ RCT, OBS 10 studier. | Populasjon: Pasi- enter med kro- niske sykdommer. Setting: Primær- og spesialisthelset- tjenesten. Land: Ingen infor- masjon. | Systematisk orga- nisert flerfaglig interaksjon mel- lom primær- og spesialisthelsetje- nesten. | Vanlig praksis. | Kliniske, prosess- og kostnadsutfall. |
| Tan 2014 (61) SR/ RCT 38 studier. | Populasjon: Alle typer pasienter ved legepraksi- sene. Setting: Primær- helsetjenesten. Land: Brasil, Ca- nada, England, Jordan, Thailand, USA. | Tiltak som fysisk inkluderte en far- masøyt i lege- praksisen med oppgave å for- bedre forskriv- ningspraksis og/eller legemid- delbruk. | Ikke spe- sifisert. | Legemiddelbruk, hel- setjenestebruk, kli- niske, funksjonelle, økonomiske utfall. |

SR: Systematisk oversikt IO: Integrert oversikt KO: Kartleggingsoversikt OoO: Oversikt over over- sikter RS: Realistsyntese RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudie

Tabell 6b. Inkluderte primærstudier om effekter av organisatoriske tiltak for å forbedre tverrfaglige teamsamarbeid

| Studie-ID Studiedesign | Populasjon Setting Land | Tiltak (n) | Sammenlik- ning (n) | Hovedutfall |
|---------------------------|---|--|--|-----------------------|
| Carter 2015 (16) RCT | Populasjon: Pasienter med ukon- trollert hypertensjon, hvorav 54% kom fra minoritets-grupper og 50 % hadde diabe- tes mellitus eller kro- nisk nyresykdom. Setting: Primærhel- setjenesten. Land: USA. | Tilføring av farma- søyter i helsetje- nesteteamet (n= 20 legekontorer). | Vanlig praksis (n= 12 legekon- torer). | Blodtrykkskon- troll. |

| | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| Isetts 2006 (30) OBS, matchet på kjønn, alder og 12 medisinske indikasjoner. | Populasjon: Alle pasienter fra legepraksisene. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: USA. | Tilføring av farmasøyter i helsetjerneteamet (n= 6 legekontorer). | Vanlig praksis (n= 6 legekontorer). | Pasienttilfredshet og livskvalitet, målt ved 'Consumer Assessment of Health Plans', CAHPS® og Short Form-12 (SF-12v2). |
|---|--|---|-------------------------------------|--|

RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudie

Nærmere omtale av hver studie om inkludering av farmasøyt som organisatorisk tiltak

Chisholm-Burns 2010 og Tan 2014

Formålet i Chisholm-Burns 2010 (18) og Tan 2014 (61) var å undersøke virkninger av å inkludere farmasøyter i pasientbehandlingen (tabell 6a). Begge inkluderte alle typer pasienter og sammenlignet virkningen av tiltaket med virkningen av vanlig praksis. Tan og kollegaer (61) inkluderte studier fra primærhelsetjenesten, mens settingen i Chisholm-Burns 2010 (18) er helsetjenesten generelt. Et fåtall av studiene i sistnevnte var fra primærhelsetjenesten. Disse er imidlertid ikke skilt ut i rapporteringen. Tolv av de 38 studiene i Tan 2014 (61) er også inkludert i Chisholm-Burns 2010 (18). Begge oversikter bedømte resultatene for å inkludere farmasøyter i team med allmennlegen som positivt for håndtering av pasienter med kronisk sykdom, for flere pasientutfall. For eksempel rapporterte begge oversikter positive resultater i metaanalyser for hemoglobin, LDL-kolesterol og blodtrykk. Chisholm-Burns og kollegaer (18), som også målte antall (re)innleggelses i sykehus, fant at 18 av 35 studier (51,4 %) rapporterte færre innleggelses.

Carter 2015

Primærstudien av Carter og kollegaer (16) (tabell 6b) undersøkte effekten av å inkludere en farmasøyt i 32 allmennlegekontorer, etter en ni måneders og en 12 måneders intervensjonsperiode (tre grupper i forsøket). Populasjonen besto av 625 pasienter med ukontrollert hypertensjon. Det primære utfallet var blodtrykkskontroll. Farmasøytens rolle var å gå gjennom pasientjournalen og gjennomføre en konsultasjon med pasienten og én oppfølgingssamtale. Farmasøyten utarbeidet en behandlingsplan med anbefalinger til legen. Anbefalinger kunne være om nødvendigheten av opplæring, forbedring av etterlevelse og strategier for å implementere livsstilsendringer. Farmasøyten og legen traff hverandre som oftest ansikt-til-ansikt, men noe kommunikasjon foregikk også per e-post. I følge forfatterne hadde ikke tiltaket den ønskede effekt når det gjaldt blodtrykkskontroll.

Isetts 2006

Isetts og kollegaer (30) (tabell 6b) valgte i sin primærstudie ut 570 pasienter med risiko for høyt forbruk av helsetjenester, sannsynlighet for å oppleve legemiddelrelaterte problemer og som hadde minst én av 12 utvalgte diagnoser. Dette var en kontrollert kohortstudie matchet på kjønn, alder og 12 medisinske indikasjoner. Etter å ha mottatt

behandling av et team bestående av lege og farmasøyt i seks måneder ble legemiddelbruk og pasientenes oppfatninger om helsetjenestene undersøkt. Forfatterne fant at en større andel av pasientene i gruppen med farmasøyt og lege, fikk 10 eller flere legemidler (18,6 %) versus kontrollgruppen der 8,2 % hadde fått 10 eller flere legemidler. Pasientene i de to gruppene hadde imidlertid ikke ulikt syn på hvor fornøyde de var med helsetjenestene.

Nærmere omtale av hver studie om integrerte tiltak som organisatorisk tiltak

Damery 2016, McColl 2009 og Mitchell 2015

Tre forskjellige typer oversikter omhandlet integrerte behandlingstiltak (tabell 6a), det vil si én oversikt over oversikter (Damery 2016 (24)), én kartleggingsoversikt (McColl 2009 (37)) og én systematisk oversikt (Mitchell 2015 (41)). Integrerte behandlingstiltak vil si behandlingstiltak som forutsetter samarbeid på tvers av minst to settinger innen helsevesenet og/eller settinger innen sosialtjenesten. I kategorisystemet fra Reeves 2011 (50) kalles tverrprofesjonelle organisatoriske tiltak der helsepersonell fra forskjellige settinger samarbeider, for 'consultation arrangements'. McColl 2009 (37) og Mitchell 2015 (41) hadde ingen primærstudier felles. I Damery 2016 (24) listes kun inkluderte oversikter og ikke de primærstudiene som oversiktene inkluderte.

Damery og kollegaer (24) inkluderte 50 systematiske oversikter over mange forskjellige typer tiltak, deriblant ti oversikter av flerfaglige integrerte behandlingstiltak. Flere av tiltakene hadde én eller flere av komponentene i en 'chronic care model'. Forfatterne konkluderte med at flerfaglige team i integrerte behandlingstiltak kan være effektive når det gjelder pasienter med enkeltstående diagnoser, men for pasienter med et mer komplisert kronisk sykdomsbilde var det blandede funn. Når det gjelder teamsammensetning mente de at det er viktig at teamet er sammensatt med riktig ekspertise i forhold til pasientgruppen det skal behandle. For eksempel bør et team for pasienter med KOLS ha en lungelege med i teamet.

Mitchell 2015 (41) inkluderte ti studier av flerfaglig behandlingsplanlegging på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette var en systematiske oversikt som inkluderte forskjellige design og der flesteparten av studiene hadde rekruttert pasienter med diabetes. Tiltakene var forskjellige varianter av felles behandlingsopplegg, for eksempel tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten som inkluderte en allmennlege spesielt opplært i avansert diabetesbehandling. Forfatterne mener at spesielt seks faktorer ser ut til å fremme tverrfaglig behandlingsplanlegging: tverrfaglig teamarbeid, kommunikasjon og informasjonsutveksling, felles retningslinjer, opplæring og ferdighetstrening, tilgjengelighet og en realistisk finansieringsmodell. Ellers oppsummeres det at tiltakene kom ut med blandede resultater i ulike studier for målte utfall - kliniske, prosess- og kostnadsutfall.

Kartleggingsoversikten McColl 2009 (37) inkluderte 38 studier om forskjellige modeller for å integrere rehabilitering i primærhelsetjenesten. De identifiserte følgende modeller: flerfaglige klinikker, 'outreach'-virksomhet, egenomsorg, 'shared care', 'case management' og rehabiliteringstjenester fra lokalsamfunnet. Forfatterne mente også at en rekke faktorer vil enten fremme eller hemme en integrering/samarbeid på tvers: type

tilnærming som teamet velger, tverrprofesjonell tillit, ledelse, kommunikasjon, økonomiske kompensasjoner, ansvarsforhold, henvisninger og type befolkningsbasert tilnærming.

Effekter av tverrfaglige team sammenlignet med annet tiltak eller vanlig praksis

Vi klassifiserte tolv forskjellige typer oversikter (tabell 7a) og sju primærstudier (tabell 7b) i denne kategorien. Tiltakene dreide seg om teambaserte helsetjenester for ulike formål. Teamarbeidet var rettet mot voksne med uhelbredelig sykdom (Health Quality Ontario 2014 (29)), voksne som mottok hospicetjenester hjemme (Joseph 2016 (32)) eller voksne med et sammensatt sykdomsbilde med høy risiko for sykehusinnleggelse eller død (Edwards 2017 (26)). Andre pasientgrupper var hjemmeboende eldre som mottok hjemmetjenester (Gougeon 2017 (27)), som hadde flere sykdommer (Johansson 2010 (31)), eldre mennesker med uspesifiserte sammensatte behov (Trivedi 2013 (63)) eller voksne med kroniske tilstander - (Kane 2011 (33)). I andre oversikter var populasjonen mer spesifikk: voksne med slaghendelse (Mitchell 2008 (40)), pasienter med primær hypertensjon eller med samsykdommer, slik som diabetes (Proia 2014 (49)), pasienter med risiko for å utvikle trykksår eller som hadde trykksår (Moore 2015 (42)). I to oversikter var populasjonen alle typer pasienter (Norful 2017 (46), Wen 2014 (66)).

Utfall som ble målt var pasientutfall (Health Quality Ontario 2014 (29), Edwards 2017 (26), Gougeon 2017 (27), Johansson 2010 (31), Kane 2011 (33), Mitchell 2008 (40), Moore 2015 (42), Norful 2017 (46), Proia 2014 (49), Trivedi 2013 (63), Wen 2014 (66)), bruk av helsetjenester (Health Quality Ontario 2014 (29), Edwards 2017 (26), Johansson 2010 (31), Kane 2011 (33), Mitchell 2008 (40), Trivedi 2013 (63)), prosessutfall (Gougeon 2017 (27), Norful 2017 (46)) og kostnader (Kane 2011 (33), Trivedi 2013 (63)).

Primærstudiene undersøkte bruk av team for pasienter med diabetes, KOLS eller hjertesvikt (Diop 2017 (25)), pasienter mellom 40 og 80 år med KOLS, emfysem eller kronisk bronkitt (Zwar 2012 (68), Zwar 2016 (69)), eldre og kronisk syke (Riverin 2017 (52), Strumpf 2017 (59)), kronisk syke pasienter uansett alder eller med risiko for feilaktig bruk av legemidler (Sorensen 2004 (58)), hjemmeboende eldre over 75 år (Uittenbroek 2016 (64)). Forskerne målte utfallene legenes etterlevelse av retningslinjer (Diop 2017 (25), Sorensen 2004 (58)), pasienters bruk av helsetjenester (Riverin 2017 (52), Strumpf 2017 (59), Zwar 2016 (69)), pasientutfall (Riverin 2017 (52), Sorensen 2004 (58), Uittenbroek 2016 (64), Zwar 2012 (68), Zwar 2016 (69)) og kostnader (Sorensen 2004 (58), Strumpf 2017 (59)).

Både oversikter og primærstudier presenteres nærmere nedenfor i kapittelet Nærmere omtale av studier om effekter av tverrfaglige team.

Tabell 7a. Inkluderte oversikter over studier av effekter av tverrfaglige team

| Studie-ID Type oversikt/ Inklusjonskriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Tiltak | Sammenlikning | Hovedutfall |
|--|--|---|--|---|
| Health Quality Ontario 2014 (29) Kombinasjon av SR og OoO/ inkluderte SR og RCT. <i>12 studier</i> | Populasjon: Voksne over 18 år med framskreden sykdom det ikke forventes tilfriskning fra. Setting: Ikke forhåndsspesifisert. Land: Australia, Canada, England, Norge, USA. | Teambaserte omsorgsmodeller som besto av minst to forskjellige helsefagutøvere. | Ikke oppgitt. | Livskvalitet, håndtering av symptomer, pårørende -, helsepersonells- og pasienters tilfredshet, bruk av legevakt, sykehusinnleggelse, innleggelse i intensivavdeling, liggetid og dødssted. |
| Edwards 2017 (26) SR/ inkluderte SR, RCT og OBS. <i>18 studier.</i> | Populasjon: Pasienter med sammensatt sykdomsbilde med høy risiko for sykehusinnleggelse eller død. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Australia, Spania, Sverige, USA. | Sammensatte, tverrfaglige, intensive primærhelsetjenesteprogram, dvs. program som går over lengre tid, er kontinuerlige og har et helhetlig personsentrert fokus. | Vanlig praksis. | Dødsårsak, sykehusinnleggelse, bruk av legevakt, liggetid. |
| Gougeon 2017 (27) SR over studier fra Canada/ Forskningsstudier publisert i fagfellevurderte tidsskrift. <i>6 studier.</i> | Populasjon: Hjemmeboende eldre 65 år og som mottok hjemmetjenester. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada. | Tverrprofesjonelt helsetjenesteteam i lokalsamfunnet som gir hjemmetjenester. | Vanlig praksis, bortsett fra for to studier som sammenlignet resultater før og etter tiltaket, det vil si ikke en egen kontrollgruppe. | Utfall for helseteamet og helseutfall/livskvalitet for de eldre. |
| Johansson 2010 (31) SR/ Ingen spesielle krav til design. <i>37 artikler, hvorav 28 var forskningsstudier.</i> | Populasjon: Hjemmeboende eldre med flere sykdommer. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: England, Nederland, Sverige, Tyskland, USA, | Ikke-diagnosespesifikt flerfaglig teamarbeid som omhandlet måter å samarbeide på eller som omhandlet metoder for og utfall av det å jobbe i et team. | Ikke spesifisert. | Ikke forhåndsspesifisert, men rapporterer fysisk og mental funksjon, fall, sykehusinnleggelse, selvoppfattet helse og livskvalitet, depresjon, sosial aktivitet. |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Joseph 2016 (32) SR/ RCT og OBS <i>Ingen inkluderte studier.</i> | Populasjon: Voksne over 18 år som mottok hospicetjenester hjemme eller som var i overgangsfasen mellom sykehus og hjemmehospice. Setting: Hjemmetjenesten. Land: Ingen studier. | Tverrfaglig samarbeid i hospiceteam som ga hospicetjenester i hjemmet. | Vanlig praksis eller ikke-organisert tverrfaglig samarbeid. | Pasienttilfredshet, sykehusinnleggelser og reinnleggelser. |
| Kane 2011 (33) OoO og primærstudier/ SR, RCT og OBS <i>144 artikler.</i> | Populasjon: Hjemmeboende voksne med kroniske tilstander, voksne dagpasienter og beboere i omsorgsboliger. Setting: Polikliniske tjenester og primærhelsetjeneste. Land: Ingen informasjon. | Behandlingstiltak utført av tverrfaglig team. | Vanlig praksis eller andre modeller for teambasert behandling. | Ikke forhåndsspesifisert, rapporterer noe på dødelighet, sykelighet (målt ved funksjon, symptomer eller laboratorieverdier), livskvalitet, sykehusinnleggelse og kostnader. |
| Mitchell 2008 (40) SR/ RCT, OBS, kvalitative studier og guidelines. <i>Inkluderte 18 studier.</i> | Populasjon: Voksne med slaghendelse. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: England, Canada, Norge, Sverige, | En hvilken som helst flerfaglig planleggingsprosess med allmennpraktikeren som deltager eller leder, hovedsakelig møter ansikt-til-ansikt eller over telefon. | Vanlig praksis. | Ikke forhåndsspesifisert, men rapporterer delvis på funksjon, dødelighet, livskvalitet og bruk av helsetjenester. |
| Moore 2015 (42) SR/ RCT <i>Inkluderte ingen studier.</i> | Populasjon: Pasienter uansett alder med risiko for å utvikle trykksår eller som hadde trykksår. Setting: En hvilken som helst helsetjenesteesetting: Sykehus, sykehjem eller i hjemmet. Land: Inkluderte ingen studier. | Formelt opprettet flerfaglig og unifaglig sårpleieteam med ansvar for å overvåke forebygging av trykksår og behandlingen av trykksår i primær- eller sekundærhelsetjenesten eller begge. | Forebygging eller behandling av trykksår av én enkelt helse-tjenesteutøver. | Forebygging: Trykksårinsidens. Behandling: Tilhelling. |
| Norful 2017 (46) SR / RCT, én tverrsnittsstudie og en kasus-studie med kontroll. | Populasjon: Ikke forhåndsspesifisert. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Ingen informasjon. | Teambasert tjenestemodell. | Behandling av én lege. | Ikke forhåndsspesifisert, men rapporterte delvis på legens etterlevelse av anbefalte retningslinjer, kliniske pasientutfall og livskvalitet. |
| Proia 2014 (49) SR / Alle studier med sammenligningsgruppe eller med avbrutt tidsseriedesign. | Populasjon: Pasienter med primær hypertensjon eller med samsykdommer, slik som diabetes, så sant det primære formålet med tiltaket var kontroll av blodtrykk. Setting: Primær- eller sekundærhelsetjeneste. | Teambaserte helsetjenester. | Ikke forhåndsspesifisert. | Andel av pasienter med kontrollert blodtrykk og reduksjon av systolisk og diastolisk blodtrykk, kardiovaskulær-relatert morbiditet og/eller dødelighet. |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| 80 studier. | Land: Europa, Japan, USA. | | | |
| Trivedi 2013 (63) SR fram til 2008 og oppdatert med OoO for perioden 2008-2010/ Inkluderte RCT og SR. 37 primærstudier og 14 oversikter. | Populasjon: Eldre mennesker med sammensatte behov. Setting: Primærhelsetjenesten, alderspsykiatri, sykehjem så sant allmennlegen sto for tjenestene eller på tvers av nivåer. Land: Asia, Europa, Nord-Amerika, Oseania. | Tiltak som inkluderte verktøy for tverrfaglig samarbeid (faste møter, felles behandlingsplan og informasjonssystem). | Vanlig behandling eller ikkekoordinerte helsetjenester. | Utfall av relevans for pasient, selv-rapporterte eller validerte, for eksempel helsestatus, dødelighet, livskvalitet, bruk av tjenester, kostnader. |
| Wen 2014 (66) SR/ Inkluderte RCT. 26 studier. | Populasjon: Alle typer pasienter. Setting: Primærhelsetjeneste og sykehus. Land: Ingen informasjon. | Teambaserte tiltak med minst to forskjellige helseprofesjoner som arbeidet med felles målsetting. | Ikke teambasert/ vanlig praksis. | Pasienttilfredshet. |

SR: Systematisk oversikt RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudie OoO: Oversikt over oversikter

Tabell 7b. Inkluderte primærstudier om effekter av organisatoriske tiltak for å forbedre tverrfaglig samarbeid i team

| Studie-ID Studiedesign | Populasjon Setting Land | Tiltak (n) | Sammenlikning (n) | Hovedutfall |
|--|--|---|--|--|
| Diop 2017 (25) OBS med 'propensity score matching' på pasientnivå. | Populasjon: 135 119 pasienter med diabetes, KOLS eller hjertesvikt. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada. | Flerfaglige teambaserte allmennlegepraksiser i primærhelsetjenesten (n= ikke rapportert). | Legepraksiser uten flerfaglig team (n= ikke rapportert). | Etterlevelse av retningslinje anbefalte helsetjenester. |
| Riverin 2017 (52) OBS med 'propensity score matching' på pasientnivå. | Populasjon: 312 377 eldre eller kronisk syke. Setting: Primærhelsetjenesten Land: Canada. | Flerfaglige teambaserte allmennlegepraksiser i primærhelsetjenesten (n= ikke rapportert). | Legepraksiser uten flerfaglig team (n= ikke rapportert). | Legevaktsbesøk, mortalitet, gjeninnleggelser. |
| Strumpf 2017 (59) OBS med 'propensity score matching' på pasientnivå. | Populasjon: 797 248 eldre og kronisk syke. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada. | Flerfaglige teambaserte allmennlegepraksiser i primærhelsetjenesten (n= ikke rapportert). | Legepraksiser uten flerfaglig team (n= ikke rapportert). | Besøk hos allmennlegen, besøk hos spesialist, kostnader. |

| | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|
| Sorensen 2004 (58) RCT. | Populasjon: Pasienter med risiko for feilaktig bruk av legemidler. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Australia. | Flerfaglig primærhelsetjenesteteteam (n= 48 allmennlegekontorer) som foretok legemiddel-gjennomgang: Allmennleger (leder av teamene), farmasøyter, sykepleiere og andre helseprofesjoner. | Vanlig praksis (n= 44 allmennlegekontorer). | Funksjonsstatus (SF-36 (The Short Form (36) Health Survey)), kliniske utfall (bivirkninger, antall legebesøk, sykehustjenester, alvorlighetsgrad av sykdommen, tilfredshet, kostnader. |
| Uittenbroek 2016 (64) RCT. | Populasjon: 1456 hjemmeboende eldre > 75 år. Setting: primærhelsetjenesten. Land: Nederland | Tverrfaglig team (n=7 allmennlegekontorer): 'elderly care team' (allmennlege, sykehjemslege, 'community nurse' og sosionom) der allmennlegen hadde ansvaret for forskrivninger og implementeringen av teamet. | Vanlig praksis (n= 8 allmennlegekontorer). | Kvaliteten av behandlingen målt ved Patient Assessment of Integrated Elderly Care (PAIEC) scale. |
| Zwar 2012 (68) RCT. | Populasjon: 451 pasienter med en klinisk diagnose av enten KOLS, emfysem eller kronisk bronkitt og med forskrivning av utvalgte legemidler. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Australia. | Tverrfaglig team (22 allmennlegekontorer): Sykepleiere med spesiell opplæring i KOLS-omsorg, allmennlegen og annet helsepersonell. | Vanlig praksis + utdelte KOLS-retningslinjer (22 allmennlegekontorer). | Sykdomsrelatert livskvalitet målt ved St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), Sekundære utfall: Generell livskvalitet, lungefunksjon, røykestatus, delta-gelse i lungerehabilitering, kunnskap om KOLS. |
| Zwar 2016 (69) RCT. | Populasjon: 254 pasienter med risikofaktorer for KOLS. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Australia. | Tverrfaglig team (19 allmennlegekontorer): Sykepleiere og allmennleger. | Vanlig praksis (17 allmennlegekontorer) + opplæring i å identifisere pasienter med risiko for KOLS + retningslinje. | Sykdomsrelatert livskvalitet målt ved St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). |

RCT: Randomisert kontrollert studie OBS: Observasjonsstudie

Nærmere omtale av studier om effekter av tverrfaglige team

Norful 2017

Oversikten av Norful og kollegaer (46) inkluderte kun amerikanske studier som sammenlignet behandlinger ved primærhelsetjenesteteteam med behandlinger ved vanlig praksis, det vil si av én lege. Tiltakene var teambaserte behandlingsmodeller der sykepleieren og allmennlegen utgjorde teamet. De vanligste diagnosene blant pasientene var Alzheimers sykdom, diabetes, hyperlipidemi og høyt blodtrykk. Forfatterne mente at et team bestående av sykepleier og lege fulgte bedre opp anbefalte retningslinjer enn enkeltstående leger. De oppsummerte også at bruk av team ga forbedrede eller samme

kliniske resultater (for utfallene HbA1c, blodtrykk, LDL-kolesterol, HDL-nivåer) sammenlignet med vanlig praksis. Når det gjaldt pasienter med Alzheimers sykdom rapporterte forfatterne ingen tydelige forskjeller i kognitiv funksjon, mens to studier hadde motstridende funn for atferdsmessig funksjon. Det var heller ingen tydelige forskjeller mellom gruppene for pårørendes selvrapporterte livskvalitet ved 12 måneder. Én av de inkluderte studiene rapporterte økt livskvalitet for pasienter med diabetes, men andre livskvalitetsmål som for eksempel grad av bekymring, viste ingen tydelige forskjeller mellom pasientgruppen som fikk teambehandling og de som fikk én lege.

Edwards 2017

Oversikten over studier av sammensatte, tverrfaglige intensive tiltak i primærhelsetjenesten inkluderte alle voksne – flest eldre - pasienter med kroniske lidelser (Edwards 2017 (26)). Oversikten inkluderte 11 randomiserte kontrollerte studier og 7 observasjonsstudier. Tiltakstypene ble klassifisert i tre kategorier: Dedikerte tverrfaglige primærhelsetjenesteteam som ga pasientene alle de helsetjenestene i hjemmet som de hadde behov for, spesialiserte klinikker med eget team som overtok allmennlegens behandlingsoppgaver og intensive behandlingsprogram som kom i tillegg til allmennlegens behandling. For sistnevnte var det uklart hvilken rolle allmennlegen spilte i teamet. Forfatterne oppsummerer at de fleste studiene ikke kunne vise til noen tydelige virkninger på dødelighet eller legevaktsbesøk, mens virkningene på sykehusinnleggelser varierte mellom studiene.

Wen 2014

Den tredje av de generelt orienterte oversiktene, Wen og kollegaer (66), undersøkte om teambaserte tiltak kunne øke pasienttilfredsheten. De oppsummerte 26 randomiserte kontrollerte forsøk. Noen studier hadde målt pasienttilfredshet som et Ja/Nei-spørsmål og noen hadde målt utfallet ved hjelp av en skala, for eksempel fra 1 til 5. En metaanalyse av de studiene som hadde målt utfallet pasienttilfredshet som Ja/Nei, viste at pasienttilfredsheten hadde blitt forbedret. Metaanalysen av de studiene som hadde målt pasienttilfredshet ved hjelp av en skala, viste imidlertid ikke noen tydelig forskjell mellom de som hadde blitt behandlet av et team og de som hadde blitt behandlet på vanlig måte. Resultatene var derfor for motstridende til å kunne trekke noen konklusjoner.

Health Quality Ontario 2014 og Joseph 2016

Begge de oversiktene som omhandlet teambaserte omsorgsmodeller for bedre pleie ved livets slutt, rettet seg mot pasienter med framskreden sykdom uten forventet bedring (Health Quality Ontario 2014 (29), Joseph 2016 (32)). Den ene oversikten fant ingen studier (Joseph 2016 (32)). Oversikten forfattet av Health Quality Ontario (29) sammenlignet seks forskjellige omsorgsmodeller. På grunnlag av de analyserte studiene mente de å kunne si at en modell med hjemmebesøk og direkte kontakt var den beste med hensyn på pårørendes tilfredshet, sannsynligheten for å dø hjemme og håndtering av symptomer. Den så imidlertid ikke ut til å påvirke sykehusinnleggelser eller antall liggedøgn. Forfatterne mener at slike team for omsorg ved livets slutt bør bestå av minimum én lege og sykepleier, der minst én av dem har spesialistutdanning og/eller erfaring med slik omsorg.

Johansson 2010, Gougeon 2017, Kane 2011 og Trivedi 2013

Tre andre oversikter omhandlet virkninger av generelle ikke-diagnosespesifikke team (Johansson 2010 (31), Gougeon 2017 (27)) og generelt geriatrisk team (Kane 2011 (33)) for hjemmeboende eldre med kroniske tilstander. En fjerde oversikt inkluderte studier av team som hadde organisert seg med enten felles behandlingsplan, felles dokumenter eller jevnlig møter om pasientbehandlingen. Denne oversikten hadde også eldre med sammensatte behov som spesifikk målgruppe (Trivedi 2013 (63)). I Johansson 2010 (31) besto de fleste teamene av sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og leger. I Gougeon 2017 (27) var det for det meste sykepleier og lege. Kane og kollegaer lister 8 forskjellige typer team avhengig av hva som var formålet (33). For eksempel for geriatriske problemstillinger var det team med allmennlege, geriatraker, geriatrisk sykepleier, klinisk psykolog, fysiatraker (spesialist i fysikalsk medisin), sosionom, omsorgsperson og dietetiker. Trivedi og kollegaer beskriver ikke teamsammensetningen i de ulike samarbeidsmodellene som de evaluerte ('case management', 'collaboration' og 'integrated team' (63)).

Kane og kollegaers oversikt fra 2011 over helsetjenesteteam for hjemmeboende eldre, inkluderte blant andre alle Johansson og kollegaers seks studier fra primærhelsetjenesten (33). Trivedi og kollegaer (63) inkluderte 5/6 av Johansson og kollegaers studier. To av de 6 studiene i Gougeon 2017 (27) var også inkludert i Kane 2011 (33), 1 av dem i Trivedi 2013 (63), men ingen studier var felles med studien Johansson 2010 (31). Alle de fire forfatterteamene konkluderte med at det var blandede funn, det vil si at resultatene varierte fra studie til studie. Gougeon og kollegaer mente imidlertid at det var tydeligst effekt på tilfredshet med tjenestene, bruk av sykehus og redusert funksjonell nedgang hos de eldre (27). Kane og kollegaer påpekte vanskeligheten med å skille effektene av behandlingen, fra hvem som står for behandlingen (33).

Moore 2015

Av de tre oversiktene som var mer innrettet mot pasienter med spesifikke utfordringer (pasienter med sår, forhøyet blodtrykk eller slagtilfelle), var det én oversikt som ikke fant noen studier som tilfredsstilte inklusjonskriteriene: Moore og kollegaer fant ingen studier av virkningene av et tverrfaglig team sammenlignet med sårpleieteam bestående av bare én profesjon (42). Settingen kunne være enten primærhelsetjenesten eller sykehus.

Proja 2014

Proja og kollegaer derimot, inkluderte 80 studier av team der sykepleiere og/eller farmasøyer støttet legen i blodtrykksbehandling (49). De skulle bidra i prosesser som for eksempel medisinhåndtering, aktiv pasientoppfølging – inkludert pasientenes etterlevelse av medisiner og gi støtte og opplæring i egenomsorg. De fleste tiltakene gikk på tvers av settinger i helsetjenesten. Utfallene var andel pasienter med kontrollert blodtrykk og systolisk og diastolisk blodtrykk og kardiovaskulær-relatert dødelighet. Forfatterne rapporterer at andelen pasienter med kontrollert blodtrykk økte, mens både systolisk og diastolisk blodtrykk ble redusert. Kun to studier rapporterte om dødelighet. Begge studier rapporterte om lavere dødelighet i gruppen som fikk det teambaserte tiltaket sammenlignet med vanlig praksis.

Mitchell 2008

Den tredje av disse oversiktene, Mitchell 2008 (40), hadde 18 studier med slagpasienter inkludert. Formålet var å undersøke virkningene av en koordinert flerfaglig primærhelsetjeneste. Forfatterne inkluderte studier der koordinert flerfaglig planlegging rundt utskriving og oppfølging ble utført enten i primærhelsetjenesteteteam eller som et samarbeidende primær-sekundær-team. Teamene besto vanligvis av en spesialist, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut, noen ganger også med logoped og administrativt personale, med primærlegen som enten deltager eller leder. Møtene skjedde enten ansikt-til-ansikt eller ved telefonkonferanser. Fysisk funksjon, dødelighet, livskvalitet og bruk av helsetjenester var de utfallene som ble målt. Ettersom de to største studiene hadde inkonsistente funn, fant forfatterne det vanskelig å tolke resultatene.

Uittenbroek 2016, Zwar 2012, Diop 2017, Strumpf 2017, Riverin 2017, Sorensen 2004 og Zwar 2016

Av primærstudiene som vi klassifiserte i denne kategorien var det to studier som undersøkte effektene av *tverrfaglige* team (Uittenbroek 2016 (64), Zwar 2012 (68)), fire studier som testet effektene av *flerfaglige* team (Diop 2017 (25), Strumpf 2017 (59), Riverin 2017 (52), Sorensen 2004 (58)) og én studie med samme formål, men som benyttet termen 'generalist primary care team' (Zwar 2016 (69)).

Uittenbroek og kollegaer inkluderte hjemmeboende eldre (64). Disse ble stratifisert i tre risikoprofiler: 'robust', 'skrøpelig' og 'behov for kompleks omsorg' og fikk oppfølging etter behov. Et team av 'case manager', sosionom og sykepleier besøkte skrøpelige og de med komplekse behov en eller to ganger i måneden. Disse yrkesgruppene utgjorde teamet sammen med en sykehjemslege og ble ledet av allmennlegen. Disse hadde fullført et opplæringsprogram – 3 dager for primærlegen og 8 dager for sykepleier og sosionom, etterfulgt av månedlig veiledning. Formålet var å bedre helsetjenestene for eldre. Forfatterne rapporterte at sammenlignet med de som hadde fått vanlig praksis, syntes de eldre i tiltaksgruppen at det hadde skjedd en større forbedring av kvaliteten.

Tiltaket i Zwar 2012 (58) var også hjemmebesøk, men pasientene var plukket ut fordi de hadde KOLS og var mellom 40 og 80 år gamle. Det tverrfaglige teamet besto av to sykepleiere med spesiell opplæring i KOLS (2 dager) og allmennlegen som jobbet sammen med å følge opp pasientene. Det kan imidlertid virke som om sykepleiere og leger ikke var samlokaliserte. Det ble utviklet behandlingsplaner basert på kliniske retningslinjer. Teamet hadde månedlige møter av 1-2 timers varighet og de fikk feedback av en lungespesialist på kvaliteten av spirometri-undersøkelsene. Sykepleierne besøkte også pasientene hjemme. Ved 12 måneder var det ingen tydelige forskjeller på sykdomsrelatert livskvalitet, livskvalitet generelt, lungefunksjon eller status for røyking. Det var imidlertid flere pasienter i tiltaksgruppen som deltok i et rehabiliteringsprogram og tiltaksgruppen hadde også en litt høyere skåre på en kunnskapstest om KOLS.

Zwar og kollegaer (2016) (69) inkluderte pasienter som hadde vært eller fortsatt var røykere og som hadde blitt diagnostisert med KOLS. De var i alderen 40 til 85 år. Sykepleierne (practice nurses) fikk én dags opplæring, legene fikk fjernundervisning og begge yrkesgrupper deltok i en workshop. Intervensjonen som primærhelseteamet tilbød i oppfølgingen av KOLS ble i liten grad utnyttet av pasientene, bare 15 % (22 pasienter) benyttet tjenestene. Det var ingen tydelig forskjell i målt livskvalitet, som var hovedutfallet. Det var heller ingen tydelige forskjeller for de andre utfallene som ble målt, som lungefunksjon, inhaleringsteknikk, kunnskap om sykdommen eller røyking.

De tre primærstudiene som undersøkte virkningene av flerfaglige team hadde mer eller mindre samme datagrunnlag som utgangspunkt (Diop 2017 (25), Riverin 2017 (52), Strumpf 2017 (59)). Alle tre trakk ut pasienter fra registeret til Quebecs helseforsikringsprogram, for noenlunde samme periode, men disse kunne ha noe ulike diagnoser. Alle studiene inkluderte pasienter som hadde registrert seg hos en allmennlege i en klinikk med eller uten et flerfaglig team, men tidsrommene varierte noe. Strumpf og kollegaer (59) trakk ut pasienter som hadde registrert seg i tidsrommet januar 2003 til januar 2005 og fulgte dem fram til 2010. Både Diop og kollegaer (25) og Riverin og kollegaer (52) inkluderte pasienter som hadde registrert seg mellom november 2002 og januar 2005. Diop og kollegaer (25) fulgte pasientene i 5 år og Riverin og kollegaer (52) fulgte dem til januar 2009. En typisk 'family medicine'-klinikk besto av 6-12 leger som samarbeidet nært med sykepleiere for å gi helsetjenester til registrerte pasienter (1000 – 2200 per fulltidsengasjerte lege). Sykepleierne skulle delta i intervjuer og screening, pasientoppfølging, opplæring og forebyggende og helsefremmende arbeid.

Studiene målte forskjellige utfall. Én studie undersøkte om pasienter med diabetes, KOLS eller hjertesvikt som ble behandlet i klinikker med flerfaglig team førte til at legene gjorde bedre bruk av retningslinjer (Diop 2017 (25)). Resultatet støttet imidlertid ikke dette. Én studie rapporterte at eldre eller kronisk syke pasienter som ble behandlet i klinikker med flerfaglig team var assosiert med lavere bruk av legevakt og lavere forekomst av død, men ikke med reinnleggelsesrater (Riverin 2017 (52)). Strumpf og kollegaer inkluderte alle eldre og kronisk syke pasienter med minst ett legebesøk mellom 2003 og 2005 (59). Forfatterne rapporterte at det var tydelige forskjeller mellom de som hadde fått tiltaket og de som ikke hadde fått det, når det gjaldt (mindre) bruk av helsetjenester og (lavere) kostnader. Det var imidlertid ingen tydelige forskjeller for sykehusinnleggelse eller kostnadene for disse, heller ikke for kostnader ved legevaktsbesøk.

Sorensen og kollegaer sammenlignet en flerfaglig modell for legemiddelgjennomgang med standard behandling for pasienter der det var usikkert om de klarte å håndtere medisinene sine selv (58). Formålet var å etablere et effektivt flerfaglig samarbeid mellom allmennleger, farmasøyter, sykepleiere og annet helsepersonell. Legene var koordinatoren i teamet. Allmennlegene (n=92) ble tilfeldig fordelt i to grupper. Både legene og farmasøytene fikk opplæring i problemstillinger rundt forskrivning, inkludert hvordan man seponerer legemidler. Farmasøytene dro på hjemmebesøk til pasientene etter henvisning fra legen, med opplysninger om diagnose og legemiddelbruk. Farma-

søytens anbefalinger om legemiddelforskrivning ble diskutert på et møte i primærhelsetjenestetteamet. Legen utarbeidet en behandlingsplan på grunnlag av utfallet av møtet, som så ble diskutert med pasienten ved neste legebesøk.

Livskvalitet målt ved SF-36 (The Short Form (36) Health Survey) eller kliniske utfall som grad av sykdom (DUSOI-A (The Duke's Severity of Illness Visual Analogue Scale)) og legemiddel-relaterte bivirkninger viste ingen tydelige forskjeller mellom de pasientene som hadde vært i tiltaksgruppen og de som hadde vært i kontrollgruppen.

Påvirkningsfaktorer, prosesser og erfaringer i teamsamarbeid

I denne kategorien identifiserte vi tre oversikter over kvantitative studier. Den ene var en systematisk kartleggingsoversikt (Dahlke 2017 (18)) og to var systematiske oversikter (Mulvale 2016 (44), Schepman 2015 (55)) (tabell 8). Vi klassifiserte også 14 oversikter over kvalitative studier i denne kategorien: Seks systematiske oversikter over kvalitative studier (da Conceição e Neves 2012 (22), Mackie 2016 (36), Sangaleti 2017 (53), Smith 2018 (57), Supper 2015 (60), Wranik 2019 (67)), to realistsynteser (Contandriopoulos 2015 (19), Harris 2013 (28)), fem integrerte oversikter (McInnes 2015 (38), Morgan 2015 (43), Nancarrow 2013 (45), O'Reilly 2017 (47), Schadewaldt 2013 (54)) og én kartleggingsoversikt (O'Sullivan 2015 (48)) (tabell 9).

Nedenfor presenterer vi først de tre oversiktene over kvantitative studier av påvirkningsfaktorer og prosesser (tabell 8) og deretter følger en presentasjon av de 14 oversiktene over kvalitative studier av samme tema (tabell 9).

Forskjellige typer oversikter over kvantitative studier av påvirkningsfaktorer og prosesser

To systematiske oversikter (Mulvale 2016 (44), Schepman 2015 (55)) og én kartleggingsoversikt (Dahlke 2017 (23)) analyserte innhentet litteratur for å identifisere påvirkningsfaktorer og prosesser slik dette var undersøkt i kvantitative studier (tabell 8). Bortsett fra for én av oversiktene der populasjonen var eldre med kognitive utfordringer (Dahlke 2017 (23)), var ikke populasjonen utvalgt med hensyn på spesielle kriterier. To av oversiktene var opptatt av prosesser som gjør seg gjeldende i team (Dahlke 2017 (23), Schepman 2015 (55)) og én oversikt hadde fokus på hvilke påvirkningsfaktorer som kan ha betydning for tverrprofesjonelt teamsamarbeid.

Tabell 8. Inkluderte oversikter over kvantitative studier av påvirkningsfaktorer og prosesser

| Studie-ID Type oversikt/ Inklusjonskriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Fenomen av interesse | Temaer/Hovedutfall |
|--|--|---------------------------------|---------------------------|
|--|--|---------------------------------|---------------------------|

| | | | |
|---|---|---|--|
| Dahlke 2017 (23) KO/ Ingen eksplisitte krav til design men eksklusjonskriterier var protokoller, studier av opplæringstiltak og diskusjonsartikler. <i>34 studier.</i> | Populasjon: Eldre med kognitive utfordringer. Setting: Langtidsomsorg, akuttomsorg og primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania, Sør-Amerika. | Hvilke prosesser som tverrprofesjonelle team benytter for å samarbeide med hverandre for å oppnå positive resultater. | Sammensetting av team, hva som var rapportert som positive utfall (livskvalitet, depresjon, delirium, kognitiv funksjon, bruk av helsetjenester), utfordringer ved teamarbeid, viktige teamprosesser og hvordan teamene involverte pasienter og pårørende. |
| Mulvale 2016 (44) SR/ Studier fra tidsskrift med fagfelle vurdering og som testet assosiasjoner mellom påvirkningsfaktorer og effekter av tverrprofesjonelle samarbeidsprosesser. <i>9 studier.</i> | Populasjon: Ikke begrenset til spesifikke diagnoser. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada, England, Spania, USA. | Hvilke påvirkningsfaktorer som er assosiert med samarbeid i tverrprofesjonelle primærhelseteam. | Påvirkningsfaktorer av betydning for tverrprofesjonelt samarbeid. |
| Schepman 2015 (55) SR/ Studier med kvantitative data. <i>51 studier.</i> | Populasjon: Ikke begrenset til spesifikke diagnoser. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Asia, Oseania, Europa, Nord-Amerika. | Strukturer og prosesser i flerfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten. | Type samarbeidsprosesser, samarbeidsstrukturer (teamsammensetting, antall profesjoner i teamet, pasientpopulasjon, antall sektorer som deltok i samarbeidet), utfall for pasienter og helsepersonell. |

KO: Kartleggingsoversikt SR: Systematisk oversikt

Nærmere omtale av oversikter over kvantitative studier om påvirkningsfaktorer og prosesser

Dahlke 2017

Dahlke og kollegaer kartla studier som undersøkte hvordan tverrfaglige team samarbeidet og hvordan dette samarbeidet innvirket på omsorgen for eldre voksne med kognitive utfordringer (23). De fleste av de 34 studiene var randomiserte kontrollerte forsøk. Studiene omhandlet tverrfaglig sammensetting, suksesser og utfordringer identifisert av teamene, teamprosesser (hvordan de samarbeidet) og hvordan eldre voksne og deres familier deltok. Tverrfaglig sammensetting av teamene i studiene sto i samsvar med formålet til teamet. Hvis det for eksempel var fysisk funksjon hos pasienten som skulle forbedres, besto teamet av ergo- og fysioterapeuter. Grad av suksess varierte fra studie til studie og var ikke konsistent på tvers av studier. For eksempel rapporterte 24 % av studiene som målte dette utfallet forbedret kognitiv evne hos de eldre, mens 12 % rapporterte om mindre bruk av helsetjenester og redusert bruk av legemidler. Forfatterne fant at det var viktig med opplæring, oppmuntring til aktiv deltagelse i teamet og

at teammedlemmene ble støttet opp om. De kunne imidlertid ikke konkludere om hvordan tverrfaglige team kan arbeide med eldre voksne med kognitive utfordringer og med deres familier.

Mulvale 2016

Mulvale og kollegaer søkte etter studier som identifiserte påvirkningsfaktorer for tverrfaglig samarbeid og inkluderte 9 studier som målte sammenhengen mellom slike faktorer og effektiviteten av tverrfaglig samarbeid, slik denne ble oppfattet av teammedlemmer (44). Teamene var aktive innen primærhelsetjenesten i Canada, Spania, Storbritannia, USA og Puerto Rico. I oversikten beskrives seks av studiene som tverrsnittsundersøkelser og tre som intervensjonsstudier.

Forfatterne fant at påvirkningsfaktorer gjør seg gjeldende på flere nivå og de foreslo følgende rammeverk:

- Systemnivå
- Organisasjonsnivå
- Teamnivå
- Individuelt nivå

De fleste påvirkningsfaktorene som man undersøkte i de ni studiene ble klassifisert til teamnivå, og forfatterne klassifiserte disse igjen i kategoriene

- Formelle prosesser (for eksempel audit av kvalitet, problemløsningsprosesser)
- Sosiale prosesser (åpen kommunikasjon og støttende kollegaer)
- Teamholdninger (følelsen av å være en del av teamet)
- Teamstruktur (teamstørrelse, å ha en fasilitator).

På bakgrunn av dokumentasjonen konkluderte forfatterne med at det er viktig for samarbeidet at teamet har felles visjon og mål, at man gjennomfører formelle kvalitetsforbedringsaktiviteter, har felles informasjonssystemer og at teammedlemmene føler seg som en del av teamet.

Schepman 2015

Schepman 2015 (64) stilte spørsmålet 'Hvilke strukturer og prosesser for tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten er rapportert i vitenskapelig litteratur og hvilke konklusjoner kan trekkes om effekter på utfall for pasienter og helsepersonell? Forfatterne inkluderte 51 studier. Disse viste at det var et stort mangfold av flerfaglige samarbeidstyper. Atten av studiene var randomiserte kontrollerte forsøk og fem var ikke-randomiserte forsøk. Studiene gikk på tvers av både type pasientpopulasjon, samarbeidstiltak og samarbeidsform. Pasientene var av varierende alder og led av en kronisk sykdom, mental lidelse eller hadde andre diagnoser. Når det gjaldt spørsmålet om teamstruktur fant de at allmennlegen deltok i samarbeidet i flesteparten av studiene. I mer enn halvparten av studiene samarbeidet legen med tre eller flere yrkesgrupper. Omtrent halvparten av studiene dreide seg om tiltak innenfor primærhelsetjenesten og resten om tiltak som gikk på tvers av sektorer.

Forfatterne identifiserte tre hovedtyper av samarbeidsprosesser: gjennom en felles behandlingsplan utarbeidet av en flerfaglig sammensatt gruppe, flerfaglige møter og koordinering av behandling eller case management.

Det var uklart om forfatterne mente vanlig flerfaglig samarbeid - uten at dette nødvendigvis er teamarbeid - eller om de brukte samarbeid synonymt med tverrfaglig teamarbeid. De inkluderte studier av tverrfaglige team, men også andre typer tiltak som også benyttet samarbeid. Forfatterne konkluderte med at flerfaglig samarbeid ikke alltid fører til bedre utfall, spesielt når det gjelder eldre skrøpelige pasienter med kroniske sykdommer. De fleste av de 51 studiene undersøkte først og fremst utfall for pasientene og ikke helsepersonellet.

Det var kun Schepman 2015 (64) og Dahlke 2017 (23) som overlappet – med én studie felles.

Forskjellige typer oversikter over kvalitative studier om påvirkningsfaktorer og erfaringer med tverrfaglige team

Vi klassifiserte 14 ulike typer oversikter over hovedsakelig kvalitative studier i denne kategorien: 6 systematiske oversikter (da Conceição e Neves 2012 (22), Mackie 2016 (36), Sangaleti 2017 (53), Smith 2018 (57), Supper 2015 (60), Wranik 2019 (67)), to realistsynteser (Contandriopoulos 2015 (19), Harris 2013 (28)), fem integrerte oversikter (McInnes 2015 (38), Morgan 2015 (43), Nancarrow 2013 (45), O'Reilly 2017 (47), Schadewaldt 2013 (54)) og én kartleggingsoversikt (O'Sullivan 2015 (48)) (tabell 9). Fenomen av interesse i oversiktene var hovedsakelig å identifisere hvilke påvirkningsfaktorer, barrierer, fasilitatorer, mekanismer eller egenskaper som påvirker teamarbeid. Temaene som ble rapportert var relatert til hva som var sykepleierens rolle i teamet og på tross av litt ulik språkbruk, hva som var de viktigste påvirkningsfaktorene for teamarbeid.

Tabell 9. Inkluderte oversikter over kvalitative studier av påvirkningsfaktorer og prosesser

| Studie-ID Type oversikt/ Inklusjonskriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Fenomen/Tema av interesse |
|--|--|---|
| Contandriopoulos 2015 (19) RS med blandete metoder/ Ingen krav til design, men artiklene måtte være fagfelleverderte forskningsartikler. <i>58 artikler.</i> | Populasjon: Sykepleiere. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Ingen informasjon. | Sykepleieres integrering i primærhelseteam. |
| da Conceição e Neves 2012 (22) SR/ Kvalitative studier. <i>10 studier.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada, England, Irland, USA. | Hvordan sykepleierrollen oppfattes i |

| | | |
|---|---|--|
| | | flerfaglige primærhelsetjenestetteam. |
| Harris 2013 (28) RS/ Forskningsartikler uansett helsefelt om interprofesjonelt samarbeid. <i>128 studier.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Helsevesenet. Land: Ikke rapportert. | Mekanismer i tverrprofesjonelt samarbeid. |
| Mackie 2016 (36) SR over studier utført i England/ Forskningsstudier og kasusstudier. <i>Syv studier.</i> | Populasjon: Voksne med langtidssykdommer/ansatte i helse- og sosialtjeneste. Setting: Pasientens eget hjem eller omsorgsbolig. Land: England. | Hvilke faktorer som kan fremme implementeringen av integrerte helse- og sosialtjenester. |
| McInnes 2015 (38) IO/ Alt publisert i fagfellevurderte tidsskrift, bortsett fra diskusjonsartikler, litteraturoversikter, anekdoter og redaksjonelle artikler. <i>11 studier.</i> | Populasjon: Allmennleger og sykepleiere. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania. | Barrierer og fasilitatorer for samarbeid og samarbeid. |
| Morgan 2015 (43) IO/ Alle artikler som rapporterte relevant primærforskning, både eksperimentelle og ikke-eksperimentelle. <i>11 studier.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Innen primærhelsetjenesten eller involvering av primærhelsetjenesten. Land: Europa, Oseania, Nord-Amerika. | Hvordan tverrprofesjonell samarbeidspraksis arter seg og hva som er påvirkningsfaktorer. |
| Nancarrow 2013 (45) IO/ RCT, kvalitative forskningsstudier, spørreundersøkelse og intervjuer av helsepersonell som jobbet i team. <i>153 studier.</i> | Populasjon: Hjemmeboende eldre, helsepersonell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Ikke rapportert. | Egenskaper ved vel fungerende tverrfaglig team. |
| O'Reilly 2017 (47) IO/ Ikke spesifisert men ekskluderte SR, ikke-empiriske studier, kommentarer, diskusjonsartikler og leserinnlegg. <i>49 artikler.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania, Sør-Amerika, Afrika, USA. | Barrierer og fasilitatorer mot implementeringen av tverrfaglig samarbeid. |
| O'Sullivan 2015 (48) KO over irsk forskningslitteratur/ Ikke forhåndsspesifisert. <i>14 studier.</i> | Populasjon: Pasienter, ikke begrenset til diagnoser. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Irland. | Primærhelseteam i Irland og viktige påvirkningsfaktorer. |
| Sangaleti 2017 (53) SR/ Studier med kvalitative data. <i>21 studier.</i> | Populasjon: Ulike typer helsepersonell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania, Sør-Amerika. | Helsepersonells erfaringer med samarbeid og tverrprofesjonelt samarbeid. |
| Schadewaldt 2013 (54) IO/ Kvalitative og kvantitative studier. <i>27 studier.</i> | Populasjon: Sykepleiere og leger. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Canada, England Nederland, USA. | Helsepersonells erfaringer og synspunkter på samarbeid i primærhelsetjenesten. |

| | | |
|---|---|--|
| Smith 2018 (57) SR/ Kvalitative studier eller SR. 28 studier. | Populasjon: Helse- og sosialpersonell. Setting: Helse- og sosialtjenesten. Land: England. | Påvirkningsfaktorer i ledelse av tverrprofesjonelle helse- og sosialtjenestetteam. |
| Supper 2015 (60) SR/ Kvalitative studier. 44 studier. | Populasjon: Allmennleger, farmasøyter, mental helsearbeidere, jordmødre, fysioterapeuter, sosionomer og resepsjonister. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania. | Barrierer mot og fasilitatorer for tverrprofesjonelt samarbeid. |
| Wranik 2019 (67) SR/ Kvalitative og kvantitative studier. 77 studier. | Populasjon: Helsepersonell, pasienter med én eller flere kroniske tilstander. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Australia, Canada, England, New Zealand. | Sammenhenger mellom teamstruktur, organisering, finansiering, policy og prosedyrer på den ene siden og prosessutfall, helsetjenestutfall, kliniske utfall og kostnader på den andre siden. |

RS: Realistsyntese SR: Systematisk oversikt IO: Integrert oversikt

Nærmere omtale av oversikter over kvantitative studier om påvirkningsfaktorer og prosesser

Mackie 2016

Formålet med den systematiske oversikten til Mackie 2016 (36) var å oppnå en dypere forståelse av hva som fremmer implementeringen av team i integrerte helse- og sosialtjenester for mennesker med langvarig kronisk sykdom. På bakgrunn av de syv inkluderte studiene, fant de at en støttende ledelse i organisasjonen, samlokalisering av teamene, god kommunikasjon, tilstrekkelig kapasitet og ressurser og felles informasjonsteknologi fremmet implementeringen.

Supper 2015

Supper og kollegaer undersøkte hva som fremmet tverrprofesjonelt samarbeid mellom allmennlegen og andre yrkesgrupper enn sykepleiere i primærhelsetjenesten: farmasøyter, psykisk helsearbeidere, jordmødre, fysioterapeuter, sosionomer og resepsjonister (60). Oversikten inkluderte 44 studier, hvorav nesten halvparten dreide seg om farmasøyter som samarbeidspartnere og 11 om mental helsearbeidere. De andre yrkesgruppene var det mindre forskning om. Som fremmere for samarbeid ble nevnt tilstrekkelig finansiering, fysisk samlokalisering, god organisering (for eksempel vil god ledelse av teamet være viktig), at det finnes et felles informasjonssystem, god kommunikasjon og at det gjøres tilstrekkelig opplæring, oppbygging av felles perspektiv og evalueringer underveis. De viktigste barrierene mot godt samarbeid var det tradisjonelle hierarkiet der legen har høyest status og autonomi og at de ulike yrkesgruppene har en tendens til å forsvare sine faglige områder.

O'Reilly 2017

O'Reilly og kollegaer (47) inkluderte 49 studier som inkluderte alle typer helsepersonell, men hadde allikevel kun fire studier felles med Supper 2014 (60). Et flertall av studiene omhandlet allmennleger i samarbeid med sykepleiere. Forfatterne fant at en av de viktigste faktorene for en vellykket implementering av tverrfaglige team var tilstrekkelige finansielle ressurser. Disse bestemte hvilken teamsammensetting som var mulig, hvilken opplæring som kunne gis, hvilke informasjonssystemer som kunne utvikles, og hva slags lokaler man fikk tilgang til. Andre faktorer som de mente fremmet teamarbeid var felles informasjonssystem og god kommunikasjon, avklarte roller gjerne nedfelt i protokoller, delte mål og visjoner og en overordnet policy i organisasjonen for å støtte teamarbeid. Lokale ildsjeler kunne også være viktige.

Identifiserte barrierer mot teamarbeid var helseprofesjonenes ulike utdanningsløp og senere sosialisering i respektive profesjoner. Det tradisjonelle hierarkiet viste seg å være vanskelig å unngå. Spesielt leger ble hevdet å ha en tendens til å jobbe uavhengig av teamet, men i de tilfellene de engasjerte seg i teamarbeid, hadde det en stor positiv betydning for teamet. Manglende regelmessige, formelle evalueringer av teamarbeidet ble også fremholdt som en barriere. Forfatterne rapporterte at i det store og hele opplevde helsepersonell tverrfaglig teamarbeid som positivt.

McInnes2015

McInnes og kollegaer (38) undersøkte også fasilitatorer og barrierer mot teamarbeid i allmennpraksis, men da begrenset til samarbeid mellom leger og sykepleiere. Oversikten inkluderte 9 studier (11 artikler). Bare to av studiene finnes også i O'Reilly 2017 (47), selv om O'Reilly og kollegaer skulle ha inkludert alle studier av tverrfaglige team, uansett type helsepersonell.

Tre hovedgrupper av barrierer/fasilitatorer ble identifisert av forfatterne gjennom en tematisk analyse av de ni studiene i denne oversikten:

1. Roller og ansvarsområder: Forfatterne fant at manglende klarhet om sykepleierrollen var en barriere for samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Leger som var opptatt av å beskytte sine faglige grenser, skapte forvirring og vanskeligheter for samarbeidet. Sykepleierne fikk hoveddelen av sine arbeidsoppgaver delegert fra legen, noe som førte til at de jobbet uavhengig av hverandre i stedet for å samarbeide om pasienten.
2. Respekt, tillit og kommunikasjon: I følge forfatternes analyse var det bare en liten andel av legene som ønsket å diskutere en pasient med sykepleier. Legene anså ikke sykepleieren som en likeverdige partner i daglig praksis, muligens bortsett fra når det gjaldt sårbehandling. Derimot framsto felles mål, åpen kommunikasjon og kunnskap om de andre teammedlemmenes yrkesroller som fasilitatorer for et godt samarbeid.
3. Hierarki, utdanning og ansvar: I følge forfatterne mente sykepleierne at den hierarkiske strukturen begrenset samarbeidet med allmennlegene og at det var legens tradisjonelt høyere status som gjorde at de ble utpekt som ledere. Leger og sykepleiere var enige om at den utdanningen de hadde, strengt biomedisinsk versus mer erfaringsbasert, vanskeliggjorde og begrenset mulighetene for ekte samarbeid. En barriere for samarbeidet var også at finansieringen rettet seg

mot lege – pasientkonsultasjonen. Motsatt var en finansiering som tok utgangspunkt i fast avlønning eller team – pasientkonsultasjonen, noe som fremmet samarbeidet.

Contandriopoulos 2015

Contandriopoulos 2015 benyttet flere metoder i sin realistsyntese der de ønsket å kartlegge utfordringer i integreringen av sykepleiere (nurse practitioners) i primærhelseteam i Canada (19). Datamaterialet besto av offentlige dokumenter, forskningsstudier og 6 kasusstudier av team som allerede hadde implementert sykepleiere, med 34 intervjuer av helsepersonell. Fem hovedelementer for en god integreringsprosess ble trukket fram av forfatterne:

1. Planlegging av integreringen: Én av utfordringene i følge forfatterne var at prosessen ofte sviktet allerede på planleggingsstadiet. Forfatterne mente at alle teammedlemmer bør delta i planleggingen og at det bør velges en person som tar hånd om det praktiske rundt integreringen.
2. Definerer av roller: Mangelfull avklaring av sykepleierens rolle og ansvarsområde i forhold til andre teamdeltakere var én av de hyppigst nevnte barrierer mot samarbeid. Forfatterne anbefalte at ved rolleavklaringer bør man vurdere hvilke muligheter for utvidelse av kompetanse og ansvarsområde som finnes, hvilke oppgaver som på fast basis kan flyttes fra en profesjon til en annen i teamet og hvilke nye tjenester som eventuelt kan etableres.
3. Pasienthåndtering: I praksis viste det seg at det fantes to samarbeidsmodeller (i Canada) i de praksisene der sykepleieren hadde blitt integrert i teamet: Lege og sykepleier hadde enten felles eller forskjellig pasientpopulasjon, der legen i sistnevnte modell ble konsultert kun ved behov. Hvilken modell som velges er avhengig av for eksempel type pasienter, legens og sykepleierens kompetanse og preferanser og hvor mange leger sykepleieren skal samarbeide med. En modell der legen kun konsulteres ved behov kan føre til at legen sitter igjen med de mest kompliserte pasientene, noe som igjen kan få økonomiske konsekvenser for legen hvis inntjeningen er konsultasjonsbasert. Litteraturen ga ikke noe tydelig svar på hvor mange leger det bør være per sykepleier, men forfatterne mente at mellom to og fire leger kan være et passende antall.
4. Samarbeid: Forfatterne klassifiserte påvirkningsfaktorer for et godt samarbeid i tre nivåer som er gjensidig avhengig av hverandre: Individnivå (tillit, positive holdninger og kommunikasjonsevner), organisatorisk (lederskap, likeverdige forhold, rolleavklaringer og systemer som legger til rette for kommunikasjon og koordinering av tjenester) og systemisk nivå (lover/reguleringer i samfunnet, finansiering og godtgjørelser, opplæring og videreutdanning).
5. Støtte til teamet: På det individuelle nivået fremhevet forfatterne, på bakgrunn av sine analyser, at god støtte ville være å sikre gode muligheter for etterutdanning, muligheter for rolleutvikling, og ha gode diskusjoner i felles møter. På organisatorisk nivå ville god støtte være en tydelig og positiv ledelse med et klart formål og som fremmet felles visjoner. God støtte til teamet på det systemiske nivået ville være at ledelsen skapte systemer som justerer tilpasninger til og kommunikasjon med omverdenen.

Morgan 2015

I den integrerte oversikten Morgan 2015 (43) identifiserte forfatterne 11 observasjonsstudier av hvordan helsepersonells samarbeidspraksis artet seg. Hovedtemaet fra disse studiene var viktigheten av å ha en tilnærming på flere nivåer for å oppnå en felles uformell kommunikasjon gjennom organisasjonen. På organisatorisk nivå var fasiliterende faktorer struktur, den policy man hadde for praksis, organisatorisk godkjente formelle prosesser som faste møter og prosedyrer for dokumentasjon, lederskap og muligheter for uformell kommunikasjon. Dette må være på plass når man skal avklare roller og ansvar. Ledelsesstrukturer må være eksplisitt samarbeidsorienterte, støtte teamutvikling og prosess og det må gis regelmessig tilbakemelding (feedback) om teamets ytelse. Samlokalisering og lokalenes fysiske utforming framsto også som avgjørende for samarbeidsmulighetene.

Smith 2018

Smith og kollegaer var spesielt opptatt av lederskap som et viktig tema i forbindelse med oppretting av tverrprofesjonelle team (57). Forfatterne hadde som formål å lage et begrepsmessig rammeverk for tverrprofesjonelt lederskap. Team som består av flere profesjoner vil ha medlemmer med ulik kunnskap og forskjellige ferdigheter og de vil komme fra forskjellige profesjonsmiljøer. Disse skal jobbe mye tettere sammen enn de noensinne har gjort under tidligere organisering av primærhelsetjenesten. Lederen må nødvendigvis komme fra én av profesjonene og vil ikke ha faglig autoritet for de andre profesjonene i teamet. Lederen i samarbeid med de andre teammedlemmene må klare å integrere de forskjellige profesjonene, deres praksismåter og profesjonskultur for å kunne skape et team.

Oversikten inkluderte 28 studier som ble analysert. Rammeverket presenteres som en liste over spesifikke ferdigheter som lederen bør inneha. Den formelle lederen bør

- Kunne fasilitere eventuelt delt lederskap, skape et miljø der teammedlemmene er motiverte, blir utfordret, støttet og belønnet.
- Ha personlige egenskaper som entusiasme, engasjement og empati.
- Ha fokus på mål og produktivitet, fastsette faste møter for å vurdere egen praksis og sørge for at det gis tilbakemeldinger (feedback) på viktige tema.
- Fremme kreativitet og innovasjon.
- Kunne bygge opp gode kanaler og rutiner for kommunikasjon, fremme konstruktive debatter, lytte til og vise medarbeidere tillit.
- Investere tid i teambygging, fremme og oppmuntre til tverrprofesjonelt samarbeid gjennom for eksempel diskusjon og refleksjon, sikre riktig sammensetning av profesjoner.
- Kunne balansere hensynet til pasientens, teamets og organisasjonens behov.

O'Sullivan 2015

O'Sullivan 2015 (48) er en kartleggingsoversikt over kun irsk litteratur om tverrfaglige team. Siden 2001 har Irland hatt som målsetting å etablere tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Forfatterne inkluderte 14 studier med kvantitativt eller kvalitativt design. Det ble kartlagt flere utfordringer knyttet til tverrfaglige primærhelseteam, slik

som manglende ressurser, lederskap, rolleavklaringer, kunnskap om og ferdigheter i teamarbeid og kommunikasjon.

Sangaleti 2017 og Schadewalt 2013

To systematiske oversikter oppsummerte kunnskap om helsepersonells erfaringer og synspunkter med å jobbe i tverrfaglige team i primærhelsetjenesten (Sangaleti 2017 (53), Schadewalt 2013 (54)).

Sangaleti og kollegaer hadde som formål å oppsummere helsepersonells erfaringer med og opplevelse av tverrprofesjonelt teamarbeid i primærhelsetjenesten (53). Søket ble gjort fram til 2015, men den nyeste studien de fant var fra 2013. Sangaleti 2017 (53) hadde én studie til felles med Schadewalt 2013 (54).

Sangaleti og kollegaer inkluderte 21 kvalitative studier med et bredt spekter av helseprofesjoner (53). På bakgrunn av analysen av disse setter forfatterne opp noen anbefalinger for teamarbeid: De som jobber i team bør være oppmerksomme på og jobbe for å overvinne barrierer av strukturell, ideologisk, organisatorisk og relasjonell art. Team bør være samlokalisert og ha mulighet for daglig kommunikasjon og ha delt lederskap. Team-medlemmene bør kjenne hverandres roller og ansvarsområder. Man må være klar over at hvor godt teamarbeidet gjennomføres vil være påvirket av opplæring i tidligere utdanningsløp, men også at det kan forbedres i opplæring på arbeidsplassen. Det er viktig å huske at kvaliteten av de arbeidsforhold man arbeider under vil påvirke teamarbeidet. Alle teammedlemmer må forstå og huske at det felles målet er å tilfredsstille helsetjenestebehovene.

Schadewalt og kollegaer undersøkte legers og sykepleieres (nurse practitioners) synspunkter og erfaringer med teamarbeid (54). De inkluderte 25 kvalitative studier og to spørreskjemaundersøkelser. De kom fram til mange forskjellige påvirkningsfaktorer av betydning for samarbeidspraksis ved å analysere de inkluderte studiene. Tidligere erfaringer med å jobbe i team og at man klarte å utvikle et godt forhold mellom sykepleier og lege ble ansett som viktige faktorer. Tre til seks måneder ble anslått som nødvendig for å etablere samarbeidsrelasjoner i et team. Gjensidig tillit og respekt og effektiv kommunikasjon mente man var av avgjørende betydning for at teamet skulle fungere. Samlokalisering av teamet og det å avsette tid til felles møter ble ansett som viktige fremmere av samarbeid. Både sykepleiere og leger mente at ressursknapphet hadde en negativ innvirkning på samarbeidet.

Sykepleierne opplevde imidlertid at legen hadde rollen som overordnet. Dette ble opplevd som en barriere mot godt samarbeid. Legene på sin side følte at de mistet kontrollen over prioriteringen av pasienter (patient triage) etter at sykepleierne ble ansatt. De fleste legene mente at de hadde det juridiske ansvaret også for sykepleiernes pasientbehandling, noe som førte til et ønske om begrensninger i graden av samarbeid rundt en pasient. Leger og sykepleiere hadde dessuten et noe ulikt syn på hva som var samarbeid. Sykepleierne anså samarbeid som en gjensidig diskusjon om pasientene, mens legene beskrev samarbeid som det å gi råd til sykepleieren. I praksis arbeidet lege og sykepleier ofte parallelt og manglet gjensidighet.

Harris 2016

Harris og kollegaer hadde flere formål, blant annet å undersøke virkningen av teamarbeid på en rekke utfall for slagpasienter (28). Forfatterne benyttet en eksplorerende tilnærming der de brukte flere metoder. Vi trekker her fram kun ett av formålene og én av metodene, som var en realistsyntese av litteraturen – 109 kvalitative studier - om tverrprofesjonelt teamarbeid. Formålet for litteraturanalysen var å identifisere påvirkningsfaktorer i tverrprofesjonelt teamsamarbeid. Forfatterne mente at dokumentasjonen de fant antyder at disse mekanismene er viktige for at teamene skal fungere godt. Ytterligere dokumentasjon er imidlertid nødvendig for å forstå dem og de sammenhenger som påvirker dem. Følgende påvirkningsfaktorer ble identifisert:

- Felles mål og visjoner
- Samling av ressurser
- Samarbeid og koordinering
- Effektiv, åpen og likeverdig kommunikasjon
- Felles ansvar og innflytelse
- Støtte og verdi (alles bidrag ansees som viktige, åpen kommunikasjon)
- Kritisk gjennomgang av ytelse og beslutninger (refleksjon i faste møter)
- Generere og implementere nye ideer (kollektiv læring og innovasjon)
- Individuell læring
- Lederskap
- Taktisk kommunikasjon
- Ikke-eksplisitte grenser mellom roller
- Teamets adferdsnormer

Da Conceição e Neves 2012

Da Conceição e Neves (22) og kollegaer oppsummerte ti kvalitative studier som hadde undersøkt hvordan sykepleierrollen oppfattes i flerfaglige team i primærhelsetjenesten. Andre helseprofesjoner kunne ha manglende kunnskap om sykepleieres kompetanse og roller. Noen mente at de fasiliterte tilgangen til helsetjenester for brukerne, andre at de var viktige komponenter i tverrfaglig kommunikasjon og noen hadde en forventning om at sykepleierne kunne spille en rolle i hjemmehjelpstjenester og i forebyggende arbeid for eldre mennesker. Forfatterne konkluderte med at sykepleierrollen må gjøres bedre forstått i teamet og blant pasientene. Bare da kan sykepleierne oppnå en mer effektiv deltagelse i beslutningsprosessen for planlegging og koordinering av omsorgstjenester.

Nancarrow 2013

I Nancarrow 2013 (45) henvises det til en studie der det hadde blitt benyttet blandede metoder. Forfatterne ønsket å identifisere hvilke påvirkningsfaktorer som var viktige for å underbygge tverrfaglige teamarbeid. Det var lite kontekstuell informasjon og informasjon om prosesser og teamroller i de 101 inkluderte studiene - systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier. Forfatterne gjorde derfor også en kva-

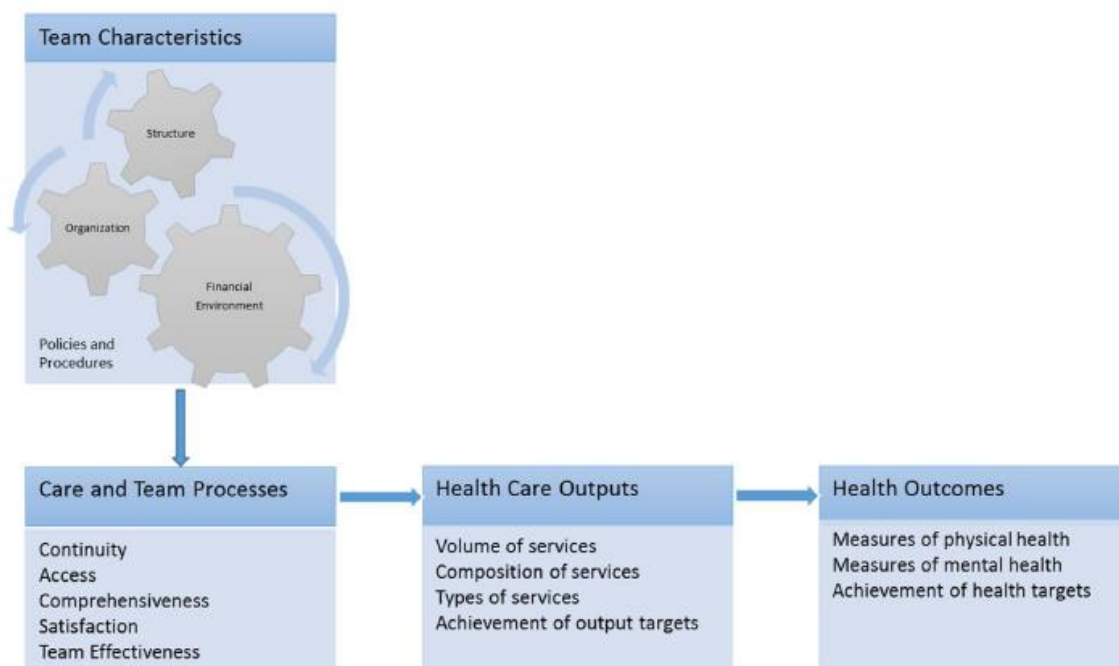
litativ oversiktsstudie der de inkluderte 20 studier til. I tillegg foretok de også en eksplorerende studie av hva som var teamdeltageres oppfatninger av hva som var viktige komponenter i et vellykket teamarbeid. Teamene som deltok i den empiriske studien jobbet innenfor rehabiliteringsområdet og med integrering av omsorgstjenester. Dette var en svært omfattende studie og vi har derfor tatt utgangspunkt i en artikkel som sammenfattet denne mer omfattende studien (Nancarrow 2013 (45)).

Forfatterne mente på bakgrunn av sine analyser at følgende påvirkningsfaktorer fremmet effektivt tverrfaglig teamarbeid:

- Positivt lederskap og ledelse
- Gode kommunikasjonsstrategier og strukturer
- Det å ha et belønningssystem
- Tilstrekkelig opplæring og utvikling
- Tilstrekkelige ressurser og prosedyrer
- Passende blanding av ferdigheter
- Et støttende klima i teamet
- Individuelle egenskaper som støtter tverrfaglig teamarbeid
- Klare visjoner
- Kvalitetssikring av prosess og resultater
- Sikring av at teammedlemmene respekterer og forstår de ulike rollene

Wranik 2019

Wranik og kollegaer hadde som formål å undersøke hvordan teamegenskaper påvirker teamprosesser og primærhelsetjenestens mål (67). De hadde som utgangspunkt at egenskaper ved teamet har en direkte innflytelse på de prosessene som utspiller seg i teamet, som igjen vil påvirke både hvordan teamet 'produserer' og mer indirekte hvordan helseutfallene blir for pasienten. De utviklet først en analytisk modell som de benyttet da de sorterte studiene (figur 5).



Figur 5 Analytisk modell av hvordan egenskaper ved tverrprofesjonelle team påvirker prosesser, produksjon og pasientutfall. Gjengitt med tillatelse fra W.D. Wranik (2019).

Oversikten inkluderte 31 kvantitative, 38 kvalitative og åtte studier med blandede metoder. Det var ingen begrensninger på type pasienter. Forfatterne identifiserte flere egenskaper ved team som de mente ville kunne påvirke teamprosesser. *Teamegenskaper* ble klassifisert i kategorier som hadde med struktur å gjøre (for eksempel type ansatte), med organiseringen, med finansieringen eller med policy og prosedyrer, det vil si første boks i figur 3. Med *teamprosesser* forsto de teameffektivitet, teamklimateam, team-samarbeid og hvordan teamet ellers fungerer. Helsetjenesteproduksjon er det som teamet produserer. Helseutfall er pasientutfallene som antas å bli indirekte påvirket av de underliggende, forutgående faktorene.

Resultatene var ikke helt konsistente på tvers av studier, men forfatterne mente å kunne observere en trend om at samlokalisering, felles visjon og mål, klare definisjoner av roller og godt lederskap var viktige egenskaper for å oppnå godt samarbeid, det vil si for prosessene i teamet. Hvilken betydning disse egenskapene har for hvordan teamet produserer eller hvordan egenskapene eventuelt påvirker pasientutfallene var imidlertid mer uklart.

Studier om måleverktøy

Vi identifiserte 6 oversikter som omhandlet måleverktøy (tabell 10). Oversiktene samlet og vurderte måleverktøy for måling av en rekke ulike begreper: pasientsentrert behandling (Bautista 2016 (15)), teameffektivitet (Kash 2018 (34)), organisatoriske egenskaper ved team (Lukewich 2014 (35)), teamprosesser, fungering, struktur eller

andre teamegenskaper (Shoemaker 2016 (56)), koordineringsaktiviteter (Thomas 2018 (62)) og tverrprofesjonelt samarbeid (Walters 2016 (65)).

Tabell 10. Inkluderte oversikter over studier av måleverktøy

| Studie-ID Type oversikt/ Inklusjonskriterium for studiedesign Antall inkluderte studier | Populasjon Setting Land | Type måleverktøy (hva de er ment å måle) Antall verktøy inkludert | Type måleegenskaper |
|---|--|--|--|
| Bautista 2016 (15) SR/ Bruk av et relevant måleverktøy, for eksempel et spørreskjema og en tilstrekkelig beskrivelse av utviklingen av og/eller valideringen av instrumentet. <i>379 studier.</i> | Populasjon: Helsepersonell og pasienter. Setting: Helsetjenesten generelt. Land: Afrika, Asia, Europa, Nord-Amerika, Oseania, Sør-Amerika. | Begreper relatert til pasientsentrert behandling og integrerte helsetjenester. Inkluderte 209 måleverktøy. | Indre konsistens, begrepsvaliditet, innholdsvaliditet, strukturell validitet. |
| Kash 2018 (34) SR/ Artikkelen måtte være fagfellevurderte, ha benyttet et undersøkelsesverktøy som inkluderte et mål for effektivitet. <i>22 artikler.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Helsetjenesten. Land: Ikke rapportert. | Begreper relatert til teameffektivitet, som hvordan teamdeltakere selv oppfatter samholdet i og effektiviteten av teamet. Inkluderte 9 måleverktøy. | Interraterreliabilitet og indre konsistens, innholdsvaliditet, strukturell validitet. |
| Lukewich 2014 (35) KO over måleverktøy/ OBS, case-serier, kasusrapporter, ekspertuttalelser og rapporter som identifiserte et relevant måleverktøy. <i>118 studier.</i> | Populasjon: Helse- og administrativt personell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika, Oseania. | Organisatoriske egenskaper relatert til håndteringen av kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten. Inkluderte 30 måleverktøy. | Rapporterer ulike validerte måleverktøy men ikke hvordan de hadde blitt validert. |
| Shoemaker 2016 (56) KO- og SR over artikler om måleverktøy/ Spørreskjema, sjekklister for observasjon. <i>48 studier.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Primærhelsetjenesten. Land: Ikke rapportert. | Begreper som beskriver teamprosesser, fungering, struktur eller andre teamegenskaper. Inkluderte 48 måleverktøy. | Interraterreliabilitet, test-retest og indre konsistens, begrepsvaliditet, innholdsvaliditet: Team-Based Primary Care Measures Database https://primarycaremeasures.ahrq.gov/team-based-care/ |
| Thomas 2018 (62) SR/ <i>37 artikler.</i> | Populasjon: Helsepersonell. Setting: Helsetjenesten. Land: Ikke rapportert. | Koordinering i team og relaterte begrep. | Rapporterer ikke måleegenskaper, men klassifiserer inkluderte artikler i domener. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | Uklart hvor mange måle- verktøy som ble inkludert. | |
| Walters 2016 (65) SR/ Valideringsstudier, RCT, OBS og kasus-studier. 21 artikler. | Populasjon: Helsepersonell, ikke-profesjonsutdannede, pasienter, pårørende. Setting: Helsetjenesten. Land: Europa, Nord-Amerika. | Tverrprofesjonelt samarbeid. Inkluderte 12 måleverktøy. | Indre konsistens, testretest og interraterreliabilitet, innholdsvaliditet, begrepsvaliditet. |

SR: Systematisk oversikt KO: Kartleggingsoversikt RCT: Randomisert kontrollert forsøk OBS: Observasjonsstudier

Diskusjon

Hovedfunn

Vi fant at forskere har undersøkt flere aspekter ved team i primærhelsetjenesten. Fire oversikter hadde som formål å rydde opp i begrepsbruken. Flere oversikter tok for seg ulike typer tiltak for å styrke teamsamarbeidet. Én oversikt undersøkte effekter av etterutdanningstiltak, én oversikt og én primærstudie undersøkte effekter av praksisbaserte tiltak og fem oversikter og to primærstudier effekter av mer omfattende, organisatoriske forbedringstiltak. Effekter av tverrfaglig team som et tiltak i seg selv har også blitt undersøkt: Tolv forskjellige typer oversikter og seks primærstudier undersøkte effekter av team til ulike formål. For alle kategorier var populasjonen hovedsakelig eldre med én eller flere kroniske sykdommer. Tre oversikter over kvantitative studier og 14 oversikter over kvalitative studier undersøkte hva helsepersonell mente var de viktigste påvirkningsfaktorer for, mekanismer i eller barrierer mot teamsamarbeid. Vi identifiserte dessuten seks oversikter over måleverktøy for grad av klinisk, profesjonell, organisatorisk og funksjonell integrering av tjenester, hvordan helsepersonell opplever effektiviteten, organisatoriske egenskaper, teamprosesser, koordinering av tjenester og teamsamarbeid.

Når det gjelder oversiktene over studier av effekter av ulike tiltak, varierte det hvor detaljert forskerne rapporterte de ulike utfallene (kliniske utfall, bruk av helsetjenester, prosessutfall, kostnader). Noen oversikter rapporterte positive resultater for noen utfall (Norful 2017 (46), Proia 2014 (49)). Det store bildet var imidlertid at resultatene ofte varierte fra studie til studie i hver oversikt (for eksempel Gougeon 2017 (27), Johansson 2010 (31), Kane 2011 (33), Mitchell 2008 (40), Trivedi 2013 (63)) og mellom oversiktene, for eksempel når det gjaldt pasienttilfredshet (Gougeon 2017 (27), Health Quality Ontario 2014 (29), Wen 2014 (66)) og bruk av helsetjenester (Edwards 2017 (26), Gougeon 2017 (27), Health Quality Ontario 2014 (29)). Én oversikt hadde pasienttilfredshet ved bruk av team som hovedutfall (Wen 2014 (66)), mens andre målte pasienttilfredshet sammen med andre utfall (Gougeon 2017 (27), Health Quality Ontario 2014 (29)). Det var imidlertid få refleksjoner om pasientens rolle og hva teamorganisering betyr for pasienten. Det var uklart hvordan man tenker seg at pasienten skal involveres for at behandlingen skal kunne kalles pasientsentrert.

For oversiktene over studier av erfaringer og påvirkningsfaktorer i teamsamarbeid benyttet flere et analytisk rammeverk der man klassifiserte påvirkningsfaktorer for et godt samarbeid etter hvilket nivå man antok at de hadde påvirkningskraft: systemnivå,

organisasjonsnivå og teamnivå (Dahlke 2017 (23), Morgan 2015 (38), Mulvale 2016 (39), Contandriopoulos 2015 (19), Wranik 2019 (67)). Det kan se ut til at det foreligger mest forskning om påvirkningsfaktorer på teamnivå (Dahlke 2017 (23), Mulvale 2016 (44)).

Styrker og svakheter

Det var vanskelig å begrense litteratursøket fordi emneordene for dette temaet i de databasene vi søkte i, er generelle og lite presise. Hvilke emneord som er benyttet for hver enkelt studie vil antagelig også være ganske inkonsistente fordi terminologien er uklar og begrepene flyter over i hverandre. En studie over samme tema som en annen studie, behøver derfor ikke nødvendigvis å ha fått samme emneord. I følge vanlig søketeknikk, kompenserte vi for emneordenes manglende presisjon med å også søke spesifikt på mer presise fritekstord. Dette utvidet søket til over 17 000 potensielt aktuelle artikler, selv etter å ha begrenset til studier kun fra primærhelsetjenesten. Den systematiske delen av litteratursøket ble avsluttet i desember 2017. Selv om vi fulgte opp med bruk av funksjonen «relaterte artikler» i PubMed og derved identifiserte noen nyere studier, må litteratursøket ansees å ikke være fullstendig etter desember 2017. Uklart begrepsapparat, upresise emneord og omfattende litteraturmateriale som skulle gjennomgås, har dessuten antagelig økt mulighetene for at vi ikke har fått identifisert alle relevante studier om tverrfaglige team. Vi har imidlertid gjennomført og rapportert denne kartleggingen etter anerkjente kriterier og retningslinjer.

Kunnskapshull

Vi identifiserte flere kunnskapshull. Det mangler forskning om effekter av team som tiltak - hva det har å si for kliniske utfall, pasienttilfredshet og kostnader. Det ser ikke ut til at foreliggende forskning gir godt nok grunnlag for å trekke klare konklusjoner om effekter på disse utfallene. Det ser heller ikke ut til at man har vært opptatt av å måle utfall som koordinering av tjenester, grad av samarbeid, tilbudsprofil, tilgjengelighet, oppfølging eller opplæring av pasienter. Slik forskning kan gjøres samtidig med at man etablerer team. I slike studier vil det være viktig at man tar hensyn til og sørger for å inkludere elementer som kvalitative studier har konkludert med er påvirkningsfaktorer. I denne sammenheng vil det også være interessant med parallelle prosessevalueringer underveis i arbeidet med å etablere og implementere de tverrfaglige teamene. Det vil gi en bedre forutsetning for å forstå resultatene man får.

Det mangler også effektforskning som kan dokumentere hva som er gode tiltak for å forbedre teamarbeid, både praksisbaserte enklere tiltak og mer omfattende organisatoriske tiltak.

Slik det er vanlig i studier av komplekse og sammensatte tiltak, er også dette feltet preget av ufullstendige beskrivelser av kontekst, samarbeidsmåter og prosesser. Dette utgjør et kunnskapshull i den forstand at det blir vanskelig både å danne seg et bilde av relevansen av resultatene for eget formål og å etterprøve resultatene. I tillegg var sammenligningstiltaket, som ofte ellers, kun beskrevet som 'vanlig praksis'. For systematiske oversikter vil mangelfulle beskrivelser i primærstudiene føre til mer heterogene og mindre presise resultater, fordi det blir vanskeligere å klassifisere studier etter samme type tiltak og sammenligning. Stor forskjell på innholdet i tiltaket fra studie til studie, kontekst, pasientdiagnoser, sykdomsfase, behandling og behandlingsfase, oppfølgingstid og hvilke påvirkningsfaktorer som var i spill og også i hvilken grad tiltaket var vellykket implementert, kan forklare at resultatene varierte fra studie til studie. Forskning på årsakene til denne heterogeniteten krever imidlertid bedre beskrivelser, men vil være nødvendig for videreutvikling av kunnskapen rundt bruk av tverrfaglige team.

Konklusjon

Vi fant at flere temaer vedrørende bruk av team i primærhelsetjenesten har vært undersøkt. Forskere har undersøkt flere typer tiltak for å styrke teamsamarbeidet, slik som etterutdanningstiltak, praksisbaserte tiltak og organisatoriske forbedringstiltak. Også effekter av tverrfaglig team som et tiltak i seg selv har blitt undersøkt. I kvalitative studier har forskere dessuten sett på hva helsepersonell mener er positive påvirkningsfaktorer i teamsamarbeid.

Forskningsområdet er preget av upresis begrepsbruk. De kvantitative oversiktene rapporterte som oftest om blandede funn for målte utfall på prosess- og pasientnivå. Også funnene for kostnader som utfall var blandede. Oversiktene over kvalitative studier av påvirkningsfaktorer var imidlertid ganske samstemte. Påvirkningsfaktorer som ble rapportert som viktige for et godt teamsamarbeid var tilstrekkelig finansiering, fysisk samlokalisering, god ledelse, felles informasjonssystem og kommunikasjonsrutiner, god uformell kommunikasjon, tilstrekkelig opplæring – også i teamsamarbeid -, fokus på felles visjoner og mål, samt at det gjøres evalueringer underveis, med tilbakemelding.

Referanser

1. Meld.St. 26 (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000ddpdfs.pdf> (28.05.19).
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf> (28.05.19).
3. Meld.St. 16 (2010 – 2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000ddpdfs.pdf> (28.05.19).
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. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodologies* 2005;8:19-32.
9. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015.
10. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169:467-473.
11. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 2009;26:91-108.
12. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD002213. DOI:10.1002/14651858.CD002213.pub3.
13. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E, Zwarenstein M. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care* 2011;25:167-174.

14. Bareil C, Duhamel F, Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier MT, et al. Facilitating Implementation of Interprofessional Collaborative Practices Into Primary Care: A Trilogy of Driving Forces. *J Healthc Manag* 2015;60:287-300.
15. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, Dessers E, Vrijhoef. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *Milbank Quarterly* 2016;94:862-917.
16. Carter B, Coffey C, Ardery G, Uribe L, Ecklund D, James P et al. Cluster-randomized trial of a physician/pharmacist collaborative model to improve blood pressure control. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015; 8:235-43.
17. Chamberlain-Salaun J, Mills J, Usher K. Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *J Multidiscip Healthc* 2013;6:65-74.
18. Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsey E, Zivin JG, Abraham I, Palmer J, Martin JR, Kramer SS, Wunz T. US Pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010;48:923-933.
19. Contandriopoulos D, Brouselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu M, Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Sansgter-Gormley E. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research* 2015;15:78. DOI 10.1186/s12913-015-0731-5.
20. Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, Duhoux A, Jean E. Analytical typology of multiprofessional primary care models. *BMC Family Practice* 2018;19:44.16.
21. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu M. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks *Journal of Interprofessional Care* 2005; Supplement 1: 116 – 131.
22. Da Conceição e Neves MMAM. The nurse's role in the multidisciplinary team in primary health care: systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência* 2012; serIII (8):125-134.
23. Dahlke S, Meherali S, Chambers T, Freund-Heritage R, Steil K, Wagg A. The care of older adults experiencing cognitive challenges: how interprofessional teams collaborate. *Canadian Journal on Aging* 2017; 36:485-500.
24. Damery S, Flanagan S, Combes G. Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open* 2016;6 (11) (no pagination)(e011952).
25. Diop M, Fiset-Laniel J, Provost S, Tousignant P, Borges Da Silva R, Ouimet MJ et al. Does enrollment in multidisciplinary team-based primary care practice improve adherence to guideline-recommended processes of care? Quebec's Family Medicine Groups, 2002-2010. *Health Policy* 2017;121:378-388.
26. Edwards ST, Peterson K, Chan B, Anderson J, Helfand M. Effectiveness of intensive primary care interventions: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2017;32:1377-1386.
27. Gougeon L, Johnson J, Morse H. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice* 2017;7:29-37.

28. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, Levesque JF, Miller WL, Gunn JM et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *J Multidiscip Healthc* 2016;9:35-46.
29. Health Quality Ontario. Team-based models for end-of-life care: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2014 December;14:1-49.
30. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Heaton AH, Wadd WB, Hardie NA, Artz MB. Effects of collaborative drug therapy management on patients' perceptions of care and health-related quality of life. *Res Social Adm Pharm.* 2006;2(1):129-42.
31. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 17: 101-116.
32. Joseph R, Brown-Manhertz D, Ikwuzom S, Singleton JK. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. *JBHI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2016;14:108-139.
33. Kane RL, Shamliyan TA, McCarthy T. Do geriatric healthcare teams work? *Aging Health* 2011;7:865-76.
34. Kash BA, Cheon O, Halzack NM, Miller TR. Measuring team effectiveness in the health care setting: An Inventory of Survey Tools. *Health Services Insights* 2018;11:1-18.
35. Lukewich J, Corbin R, VanDenKerkhof EG, Edge DS, Williamson T, Tranmer JE. Identification, summary and comparison of tools used to measure organizational attributes associated with chronic disease management within primary care settings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014;20:1072-1085.
36. Mackie S, Darvill A. Factors enabling implementation of integrated health and social care: a systematic review. *Br J Community Nurs* 2016;21:82-87.
37. McColl MA, Short S, Godwin M, Smith K, Rowe K, O'Brien P et al. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90:1523-31.
38. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs* 2015;71:1973-1985.
39. Miller C, Kim B, Silverman A, Bauer MS. A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Services Research* 2018;18:146.
40. Mitchell GK, BurrIDGE L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health* 2015;21:391-408.
41. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2008;9:44.
42. Moore ZEH, Webster J, Samuriwo R. Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.:

- CD011011.
43. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1217-1230.
 44. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *Family Practice* 2016;17:83. DOI 10.1186/s12875-016-0492-1.
 45. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 2013, 11:19.
 46. Norful A, Martsof G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2017;74:15-23.
 47. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: an integrative review. *PLoS ONE* 2017;12:e0177026.
 48. O'Sullivan M, Cullen W, MacFarlane A. Primary care teams in Ireland: a qualitative mapping review of Irish grey and published literature. *Ir J Med Sci* 2015;184:69-73.
 49. Proia KK, Thota AB, Njie GJ, Finnie RK, Hopkins DP, Mukhtar Q, et al. Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review. *Am J Prev Med* 2014;47:86-99.
 50. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E, Zwarenstein M. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessiona Care* 2011;25:167-174.
 51. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000072.
 52. Riverin BD, Li P, Naimi AI, Strumpf E. Team-based versus traditional primary care models and short-term outcomes after hospital discharge. *CMAJ* 2017;189:E585-E93.
 53. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli E, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2017;15:2723-2788.
 54. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Family Practice* 2013;14:132.
 55. Schepman S, Hansen J, de Putter ID, Batenburg RS, de Bakker DH. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *Int J Integr Care* 2015; Apr–Jun; URN:NBN:NL:UI:10-1-114832.
 56. Shoemaker SJ, Parchman ML, Fuda KK, Schaefer J, Levin J, Hunt M, et al. A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *J Interprof Care* 2016;30:423-432.
 57. Smith T, Fowler-Davis S, Nancarrow S, Ariss SMB, Enderby P. Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in*

- Health Services 2018; 31(4):452-467. Permanent link to this document (13.05.2019): <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2016-0026>.
58. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial.[Erratum appears in Br J Clin Pharmacol. 2005 Mar;59:376]. Br J Clin Pharmacol 2004;58:648-664.
 59. Strumpf E, Ammi M, Diop M, Fiset-Laniel J, Tousignant P. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. J Health Econ 2017;55:76-94.
 60. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health 2015;37:716-27.
 61. Tan EC, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. Res Social Adm Pharm 2014;10:608-22.
 62. Thomas CI, Spitzmüller C, Amspoker AB, Modi V, Tran T, Naik AD, Woodard L, Auron A, Hysong SJ. A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination. Journal of Healthcare Management 2018;63:e1-e18.
 63. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, Manthorpe J, Bunn F, Drennan V. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. Health and Social Care in the Community 2013;21:113-128.
 64. Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. [Embrace, integrated primary care for older adults]. Ned Tijdschr Geneesk 2017;161:D1141.
 65. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2016;??:138-197.
 66. Wen J, Schulman KA. Can team-based care improve patient satisfaction: a systematic review of randomized controlled trials. PLoS ONE 2014;9(7):e100603. doi:10.1371/journal.pone.0100603.
 67. Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, Doria N. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy 2019;123(6):550-563.
 68. Zwar NA, Hermiz O, Hasan I, Comino E, Middleton S, Vagholkar S et al. Care of patients with a diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a cluster randomised controlled trial. MJA 2012;197:394-398.
 69. Zwar NA, Bunker JM, Reddel HK, Dennis SM, Middleton S, van Schayck OCP et al. Early intervention for chronic obstructive pulmonary disease by practice nurse and GP teams: a cluster randomized trial. Fam Pract 2016;33:663-670.
 70. Peikes D, Taylor EF. Creating Patient-centered Team-based Primary Care. AHRQ Publication No. 16-0002-EF 2016. Available from (20.04.19): <https://pcmh.ahrq.gov/page/creating-patient-centered-team-based-primary-care#ref4>

71. 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.] Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Vedlegg 1

Ordliste

| | |
|--|---|
| Integrert oversikt/ Integrated review/Mixed methods review | Refers to any combination of methods where one significant component is a literature review (usually systematic). Within a review context it refers to a combination of review approaches for example combining quantitative with qualitative research or outcome with process studies. |
|--|---|

Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 2009;26:91-108.

| | |
|------------------------|--|
| Interdisciplinary team | A team of individuals including professionals, support workers and administrative staff frequently from different agencies (health and social care) working with common policies and approaches focused on a clear goal. |
|------------------------|--|

Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.

| | |
|---------------------------|--|
| Interdisciplinary working | Outcomes can only be accomplished through the interactive effort and contribution of the disciplines involved; this implies a high level of communication, mutual planning, collective decisions and shared responsibilities. These independent contributions have to be co-ordinated. |
|---------------------------|--|

Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.

| | |
|------------------------|---|
| Interprofessional team | A group of professionals working closely together with blurred boundaries of their roles. |
|------------------------|---|

Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.

| | |
|---------------------------------|---|
| Interprofessional working | <p>Team collaboration which involves coordination of expertise to optimise the care of the service user. An inter-professional team will have regular meetings, formalised systems for the exchange of information and work to a joint treatment plan with common goals for the service user.</p> <p>Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.</p> |
| Interprofessional collaboration | <p>An active and ongoing partnership often between people from diverse backgrounds with distinctive professional cultures and possibly representing different organisations or sectors, who work together to solve problems or provide services.</p> <p>Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. <i>Int J Nurs Stud</i> 2015;52:1217-1230.</p> |
| Kartleggingsoversikt | <p>Preliminary assessment of potential size and scope of available research literature. Aims to identify nature and extent of research evidence (usually including ongoing research).</p> <p>Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. <i>Health Info Libr J</i> 2009;26:91-108.</p> |
| Multidisciplinary team | <p>A group of practitioners with different training who meet regularly to coordinate their work providing services to one or more service users in a defined area. Each team member brings expertise to address problems separately.</p> <p>Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.</p> |
| Multidisciplinary working | <p>In multidisciplinary teams members of different professions or disciplines assess or treat a client/patient independently and share only information with each other. The team is focused on the task, not the collective working process, and contributions are made either in parallel or sequentially to each other with minimum communication. Each contribution stands alone and can be performed without the input from others.</p> <p>Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| Multiprofessional team | <p>A group of professionals working closely alongside each other but maintaining professional boundaries.</p> <p>Nancarrow S, Enderby P, Ariss SMB, Smith T. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary team working. Southampton: National Institute for Health Research, 2012.</p> |
| Nurse practitioners | <p>Sykepleiere med mastergrad.</p> <p>Hofstad 2011. Norges første 'nurse practitioner'. (26.07.2019) https://sykepleien.no/2011/04/norges-forste-nurse-practitioner</p> <p>Stura E. Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. Michael 2013;10:350-6.</p> |
| Primærhelsetjeneste | <p>“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.”</p> <p>World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (26.07.2019) https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf</p> |
| Realistsyntese (realist review) | <p>Teoribasert tilnærming som søker å forklare ”hva virker for hvem, under hvilke omstendigheter og hvordan.”: «Konteksten anses som viktig siden mekanismene vil virke på ulike måter avhengig av omstendighetene, slik som sosiokulturelle forhold. Evidens som samles inn og benyttes i realistsyntesen forstås i vid forstand og kan inkludere formelle studier men også ekspertuttalelser, medieoppslag og lignende...»</p> <p>Berg R, Munthe-Kaas H. Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. Norsk Epidemiologi 2013; 23 (2): 131-139.</p> |
| Systematisk oversikt | <p>Seeks to systematically search for, appraise and synthesis research evidence, often adhering to guidelines on the conduct of a review.</p> <p>Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J 2009;26:91-108.</p> |

Vedlegg 2

Søkestrategi

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

Dato for søk: 14.12.2017

- 1 Patient Care Team/ or ((health or care or health care or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) adj5 (team or teams or teamwork*).ti,ab,kw,kf. (101941)
- 2 Community Mental Health Services/ (19890)
- 3 Family Practice/ (65874)
- 4 Home Care Services/og (6723)
- 5 Physicians, Family/og (336)
- 6 Community Health Services/og (8654)
- 7 Community Health Nursing/og (4441)
- 8 Community Pharmacy Services/og (1230)
- 9 Preventive Health Services/og (2129)
- 10 primary care.ti,ab,kw,kf. (104466)
- 11 general practi*.ti,ab,kw,kf. (79503)
- 12 primary health care.ti,ab,kw,kf. (24289)
- 13 community mental health*.ti,ab. (6355)
- 14 family practice.ti,ab. (7521)
- 15 family medicine.ti,ab. (9193)
- 16 family physician*.ti,ab. (13763)
- 17 home care.ti,ab. (17193)
- 18 home health*.ti,ab. (6554)
- 19 community health*.ti,ab. (21357)
- 20 community nurs*.ti,ab. (3431)
- 21 community pharmac*.ti,ab. (5470)
- 22 preventive care.ti,ab. (4758)
- 23 preventive program*.ti,ab. (2438)
- 24 preventive service*.ti,ab. (5182)
- 25 preventive health*.ti,ab. (4512)
- 26 or/2-25 [PHC search filter] (324615)
- 27 Meta Analysis.pt. or "Meta-Analysis as Topic"/ or (Review.pt. and (pubmed or medline).ti,ab.) or ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*).ti,ab,kf. or (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. (540726)
- 28 1 and 26 and 27 (620)
- 29 (pretest-posttest study or pretesting or pre-post tests or quasi experimental design or quasi experimental study or quasi experimental study design or repeated measurement or repeated measurements or repeated measures or time series).kw. or non-

randomized controlled trials as topic/ or interrupted time series analysis/ or controlled before-after studies/ or randomized controlled trial.pt. or controlled clinical trial.pt. or multicenter study.pt. or pragmatic clinical trial.pt. or (randomis* or randomiz* or randomly).ti,ab. or groups.ab. or (trial or multicenter or multi center or multicentre or multi centre).ti. or (intervention? or effect? or impact? or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or pseudo experiment* or pseudoexperiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab. (10058979)
 30 1 and 26 and 29 (7536)
 31 28 or 30 (7725)

Database: Embase 1980 to 2017 Week 50

Dato for søk: 14.12.2017

- 1 ((health or care or health care or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) adj5 (team or teams or teamwork*).ti,ab,kw. (71927)
- 2 teamwork/ (14899)
- 3 1 or 2 (82767)
- 4 "Meta Analysis"/ or "Systematic Review"/ or (review and (pubmed or medline)).ti,ab,kw. or ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*).ti,ab. or (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab. (614750)
- 5 3 and 4 (4389)
- 6 random:.tw. (1255869)
- 7 clinical trial:.mp. (1525412)
- 8 exp health care quality/ (2646104)
- 9 Randomized controlled trial/ (482811)
- 10 Quasi Experimental Study/ (4246)
- 11 Pretest Posttest Control Group Design/ (338)
- 12 Time Series Analysis/ (20635)
- 13 Experimental Design/ (15214)
- 14 Multicenter Study/ (173812)
- 15 (effect or impact or trial or intervention).ti. (1429343)
- 16 (pre-post or "pre test*" or pretest* or posttest* or "post test*" or (pre adj5 post)).ti,ab. (158402)
- 17 ("quasi-experiment*" or quasiexperiment* or "quasi random*" or quasirandom* or "quasi control*" or quasicontrol* or ((quasi* or experimental) adj3 (method* or study or trial or design* or controlled))).ti,ab,hw. (184125)
- 18 ("time series" or "time points").ti,ab,hw. (144061)
- 19 repeated measure*.ti,ab. (51761)
- 20 ((before adj5 after) or control group*).ti,ab. (931253)
- 21 (pretest-posttest study or pretesting or pre-post tests or quasi experimental design or quasi experimental study or quasi experimental study design or repeated measurement or repeated measurements or repeated measures or time series).kw. (3830)
- 22 or/6-21 (6315837)
- 23 3 and 22 (38549)
- 24 5 or 23 (40393)
- 25 limit 24 to exclude medline journals (4383)

Database: CINAHL

Dato for søk: 14.12.2017

| | | |
|-----|--|-----------|
| S37 | S27 AND S35 Limiters - Exclude MEDLINE records | 3,922 |
| S36 | S27 AND S35 | 9,227 |
| S35 | S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 | 309,201 |
| S34 | TI (primary-care or general-practi* or primary-health-care or community-mental-health* or family-practice or family-medicine or family-physician* or home-care or home-health* or community-health* or community-nurs* or community-pharmac* or preventive-care or preventive or program* or preventive-service* or preventive-health*) OR AB (primary-care or general-practi* or primary-health-care or community-mental-health* or family-practice or family-medicine or family-physician* or home-care or home-health* or community-health* or community-nurs* or community-pharmac* or preventive-care or preventive or program* or preventive-service* or preventive-health*) | 284,813 |
| S33 | (MH "Community Health Nursing") | 12,037 |
| S32 | (MH "Community Health Services") | 6,447 |
| S31 | (MH "Physicians, Family") | 4,056 |
| S30 | (MH "Home Health Care") | 7,930 |
| S29 | (MH "Family Practice") | 4,125 |
| S28 | (MH "Community Mental Health Services") | 3,312 |
| S27 | S25 OR S26 | 27,996 |
| S26 | S3 AND S24 | 27,675 |
| S25 | S3 AND S7 | 2,164 |
| S24 | S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 | 1,515,414 |
| S23 | TI (effect* or impact* or intervention* or before N5 after or pre N5 post or ((pretest or "pre test") and (posttest or "post test"))) or quasiexperiment* or quasi W0 experiment* or evaluat* or "time series" or time W0 point* or repeated W0 measur*) OR AB (effect* or impact* or intervention* or before N5 after or pre N5 post or ((pretest or "pre test") and (posttest or "post test"))) or quasiexperiment* or quasi W0 experiment* or evaluat* or "time series" or time W0 point* or repeated W0 measur*) | 898,641 |
| S22 | TI (randomis* or randomiz* or randomly) OR AB (randomis* or randomiz* or randomly) | 137,257 |
| S21 | (MH "Health Services Research+") | 14,799 |
| S20 | (MH "Multicenter Studies") | 32,169 |
| S19 | (MH "Quasi-Experimental Studies+") | 9,596 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| S18 | (MH "Pretest-Posttest Design+") | 30,062 |
| S17 | (MH "Experimental Studies+") | 188,435 |
| S16 | (MH "Nonrandomized Trials") | 217 |
| S15 | (MH "Intervention Trials") | 6,634 |
| S14 | (MH "Clinical Trials+") | 150,519 |
| S13 | (MH "Randomized Controlled Trials") | 36,727 |
| S12 | PT research | 1,131,612 |
| S11 | PT clinical trial | 55,477 |
| S10 | PT randomized controlled trial | 40,483 |
| S9 | (MH "Interrupted Time Series Analysis") | 46 |
| S8 | (MH "Controlled Before-After Studies") | 26 |
| S7 | S4 OR S5 OR S6 | 111,724 |
| S6 | TI ((review and (pubmed or medline)) or ((systematic* or literature) N3 (overview or review* or search*)) or (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N2 synth*) or synthesis-review*)) OR AB ((review and (pubmed or medline)) or ((systematic* or literature) N3 (overview or review* or search*)) or (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N2 synth*) or synthesis-review*)) | 99,526 |
| S5 | (MH "Systematic Review") | 31,915 |
| S4 | (MH "Meta Analysis") | 20,485 |
| S3 | S1 OR S2 | 51,436 |
| S2 | TI (((health or care or health care or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) N5 (team or teams or teamwork*))) OR AB (((health or care or health care or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) N5 (team or teams or teamwork*))) | 23,497 |
| S1 | (MH "Teamwork") OR (MH "Multidisciplinary Care Team+") | 35,343 |

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews (reviews only)

Dato for søk: 14.12.2017

Antall treff: 66

#1 MeSH descriptor: [Patient Care Team] this term only

#2 ((health or care or "health care" or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) near/5 (team or teams or team-work*)):ti,ab,kw

#3 #1 or #2

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews (protocols only), DARE, HTA, Central

Dato for søk: 14.12.2017

Antall treff: 3812

#1 MeSH descriptor: [Patient Care Team] this term only

#2 ((health or care or "health care" or healthcare or patient or interdisciplinary or multidisciplinary or interprofessional or nurse-led) near/5 (team or teams or team-work*))

#3 #1 or #2

Pågående studier:

<http://clinicaltrials.gov>:

<http://apps.who.int/trialsearch/Default.aspx>

<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/#searchadvanced>

Søke­termer: interdisciplinary team*; health care team*; multidisciplinary team*, inter-professional team*

Vedlegg 3

Ekskluderte studier

| | |
|---|--|
| Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJ, Mann AH. Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. <i>BMJ</i> 1996;313(7064):1058-61. | Inkludert i Kane 2011 og Trivedi 2013. |
| Belanger E, Rodriguez C. More than the sum of its parts: a qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. <i>J Interprof Care</i> 2008;22:587-597. | Ingen kvalitets-vurdering av primærstudier. |
| Black DA, Taggart J, Jayasinghe UW, Proudfoot J, Crookes P, Beilby J, et al. Teamwork Research Team. The Teamwork Study: enhancing the role of non-GP staff in chronic disease management in general practice. <i>Australian Journal of Primary Health</i> 2013;19(3):184-9. | Inkludert i Reeves 2017. |
| Boorsma M, Frijters DH, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HP. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. <i>Cmaj</i> . 2011;183(11):E724-32. | Inkludert i Dahlke 2011 og Schepman 2015 |
| Borenstein JE, Graber G, Saltiel E, Wallace J, Ryu S, Jackson A, Deutsch S, Weingarten SR. Physician-Pharmacist Comanagement of Hypertension: A Randomized, Comparative Trial. <i>Pharmacotherapy</i> 2003;23(2):209-216). | Inkludert i Tan 2014 |
| Carter B, Bergus G, Dawson J, Farris K, Doucette W, Chrischilles E, et al. A cluster randomized trial to evaluate physician/pharmacist collaboration to improve blood pressure control. <i>J Clin Hypertens</i> 2008; 10:260-71. | Inkludert i Proia 2014 og Tan 2014. |
| Chan WS, Whitford DL, Conroy R, Gibney D, Hollywood B. A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: an exploratory randomised controlled trial. <i>BMC Health Serv Res</i> 2011;11:15. | Inkludert i Schepman 2015. |
| Chwastiak LA, Luongo M, Russo J, Johnson L, Lowe JM, Hoffman G, McDonell MG, Wisse B. Use of a mental health center collaborative care team to improve diabetes care and outcomes for patients with psychosis. <i>Psychiatric Services</i> 2018;69:349-352. | Annen setting. |
| Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2007;298(22):2623-2633. | Inkludert i Trivedi 2013 og Kane 2011. |
| Franklin CM, Bernhardt JM, Lopez RP, Long-Middleton ER, Davis S. Interprofessional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams: an integrative review. <i>Health Services Research and Managerial Epidemiology</i> 2015:1-9. DOI: 10.1177/2333392815573312 | Re-analyse av tidligere identifiserte primærstudier. |
| Hobson A, Curtis A. Improving the care of veterans: the role of nurse practitioners in team-based population health management. <i>Journal</i> | Ikke systematisk oversikt. |

| | |
|--|--|
| of the American Association of Nurse Practitioners 2017;29:644-650. | |
| Hogg W, Lemelin J, Dahrouge S, Liddy C, Armstrong CD, Legault F et al. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting. <i>Can Fam Physician</i> 2009;55:e76-85. | Inkludert i Kane 2011, Tan 2014 og Schepman 2015. |
| Hunt JS, Siemieniczuk J, Pape G, Rozenfeld Y, MacKay J, LeBlanc BH, et al. A randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension. <i>J Gen Intern Med</i> 2008;23:1966-1972. | Inkludert i Kane 2011, Proia 2014 og Tan 2014. |
| Körner M, Bütöf S, Müller, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Inter-professional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. <i>Journal of Interprofessional Care</i> 2016;30:15-28. | Annen populasjon: "students, uniprofessional teams, veterinary medicine, dental medicine, acute care settings, operating room, emergency room, intensive care unit, vocational rehabilitation, pediatrics, military hospitals, and palliative care". |
| Lanzoni GMdM, Meirelles BHS. A network of relationships and interactions of the health care team in primary care, and implications for nursing. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> 2012;25:464-70. | Inkluderte bare gratis studier. |
| Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. <i>J Interprof Care</i> 2003;17:223-237. | Inkludert i Kane 2011, Proia 2014 og Norful 2017. |
| Markle-Reid M, Browne G, Gafni A, Roberts J, Weir R, Thabane L, Miles M, Vaitonis V, Hecimovich C, Baxter P, Henderson S. The effects and costs of a multi-factorial and interdisciplinary team approach to falls prevention for older home care clients 'At Risk' for falling: a randomized controlled trial. <i>Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement</i> 2010 ; 29 :139-161. doi:10.1017/S0714980809990377. | Inkludert i Gougeon 2017. |
| McPherson CM, McGibbon. Rural interprofessional primary health care team development and sustainability: establishing a research agenda. <i>Primary Health Care Research</i> 2010;11:301-314. | Ikke systematisk oversikt |
| Melis R, Eijken M, Teerenstra S, Achterberg T, Parker S, Borm G, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> 2008; 63:283-290. | Inkludert i Johansson 2010, Kane 2011 og Schepman 2015. |
| Metzelthin SF, van Rossum E, deWitte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, Kempen GJM. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. <i>BMJ</i> 2013;347:f5264 doi: 10.1136/bmj.f5264. | Inkludert i Schepman 2015. |
| Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes: a systematic review. <i>Br J Gen Pract</i> 2002;52:934-9. | Annen setting, handler om å inkludere primærlegen i et spesialistteam, og ikke det å involvere noen i primærhelseteamet. |
| Saint-Pierre S, Herskovich V, Sepulveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. <i>Family Practice</i> 2017;1-10. | Ingen kvalitetsvurdering. |

| | |
|---|---|
| Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Murri MB, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 2014; 77:247–263. | Annet tiltak. |
| Simpson S, Majumdar S, Tsuyuki R, Lewanczuk R, Spooner R, Johnson J. Effect of adding pharmacists to primary care teams on blood pressure control in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. <i>Diabetes Care</i> 2011; 34:20-26. | Inkludert i Proia 2014 og Tan 2014. |
| Sommers L, Marton K, Barbaccia J, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. <i>Arch Intern Med</i> 2000; 160:1825-1833. | Inkludert i Johansson 2010, Kane 2011, Trivedi 2013 og Schepman 2015. |
| Sullivan EE, Ibrahim Z, Ellner AL, Giesen LJ. Management Lessons for High-Functioning Primary Care Teams. <i>J Healthc Manag</i> 2016;61:449-66. | Annen problemstilling. |
| Suter E, Mallinson S, Misfeldt R, Boakye O, Nasmith L, Wong ST. Advancing team-based primary health care: a comparative analysis of policies in western Canada. <i>BMC Health Serv Res</i> 2017;17:493. | Annet design. |
| Tomizawa R, Shigeta M, Reeves S. Framework development for the assessment of interprofessional teamwork in mental health settings. <i>Journal of Interprofessional care</i> 2017;31(1):43–50. | Annen setting. |
| Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. <i>Int J Nurs Stud</i> 2008;45(1):140-53. | Ingen kvalitetsvurdering av primærstudier. |

Vedlegg 4

Liste over pågående studier

Susan Martin, Morgan Price, Maureen Ashe, Paule Bellwood, Sarah Fletcher, Christie Newton, Louise Nasmith. What are the facilitators and barriers to, and the impacts of team-based care on primary healthcare delivery in Canada? PROSPERO 2018 CRD42018091086 Available from (24.04.19):
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018091086

Lysane Paquette, Kelley Kilpatrick, Mira Jabbour, Véronique Landry, Eric Tchouaket, Marie-Dominique Beaulieu, Nicolas Fernandez. Systematic review of the characteristics of a brief team intervention to optimize roles in healthcare teams. PROSPERO 2018 CRD42018088922 Available from (24.04.19):
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018088922

Alistair Turvill, David Sheffield, Frankie Maratos. Does attending a multidisciplinary pain management programme change self-reported quality of life scores in an adult population living with chronic (non-cancer) pain? A systematic review of longitudinal studies. PROSPERO 2017 CRD42017072031 Available from (24.04.19):
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017072031

Elisabeth Platzer, Regina Roller-Wirnsberger, Katrin Singler, Peter Dovjak. Is there an evidence for an inter- or multidisciplinary intervention across care settings for health outcomes of geriatric patients?: a systematic review. PROSPERO 2018 CRD42018097024 Available from (24.04.19):
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018097024

Sivamanoj Yadav Boyina, Rhiannon Braund, Tim Stokes. Barriers and facilitators to the integration of pharmacists in general practice and primary health care: a qualitative evidence synthesis. PROSPERO 2017 CRD42017078273 Available from:
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017078273

Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, Woodard L, Oswald FL, Petersen LA, Lester HF. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. Implementation Science 2019;14:22. Available from (24.04.2019):
<https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-019-0864-8>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2019
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no