

MDT-konferencen - sikring af faglig kvalitet

Henriette List,
Medicinsk Antropolog, PhD





Department of Clinical Research,
University of Southern Denmark



Research Unit of Radiology (UNIFY),
Department of Radiology, Odense
University Hospital



Mobilize Strategy
Consulting





Metode

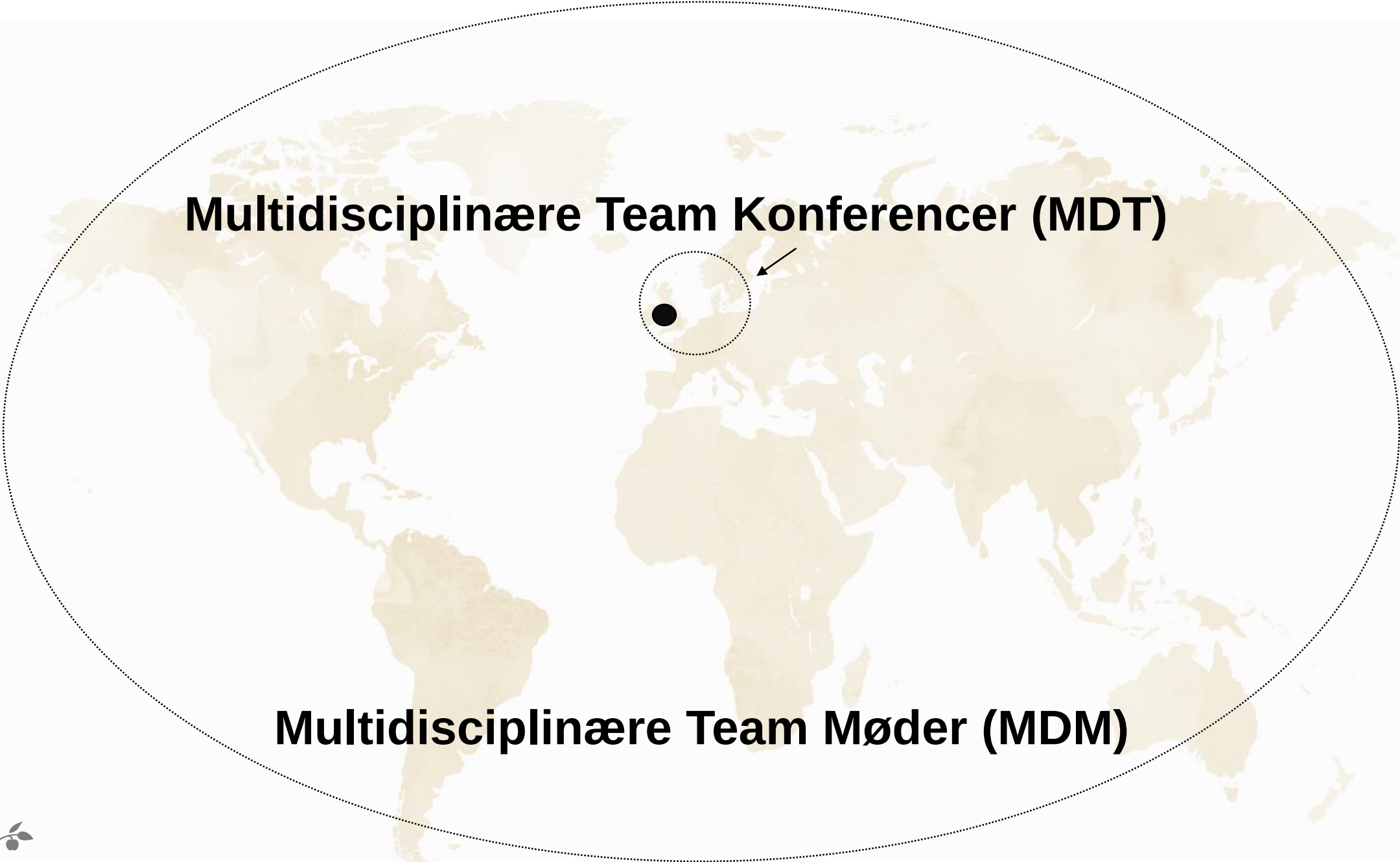


- 14 måneders etnografisk feltarbejde
(Oktober 2021 - December 2022)
- 5 danske universitshospitaler + 2 britiske hospitaler
- I alt:
 - 72 observationsdage i klinikken
 - 39 interviews
- Primær fokus: nyrecancer



MDT

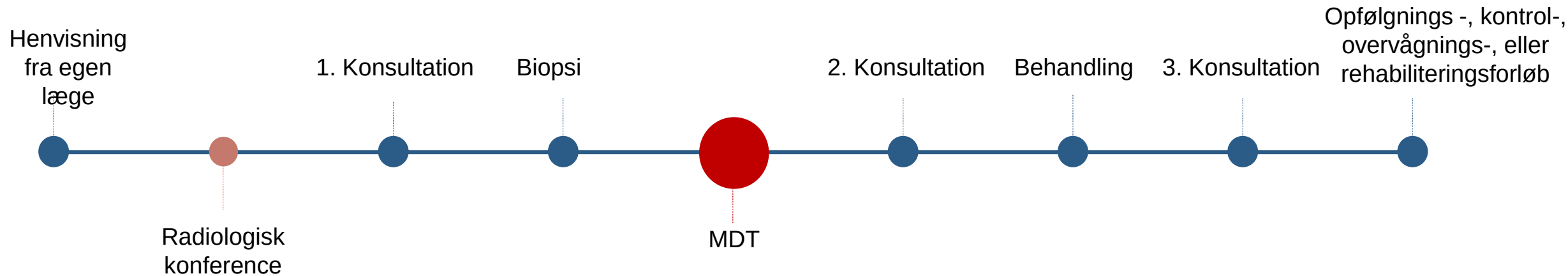
MDT I UK.
Anvendes med tilladelse.
Billede fra eget arkiv.

A world map with a light beige color scheme, showing continents and oceans. A large dotted oval encircles the map. In the upper left quadrant, the text "Multidisciplinære Team Konferencer (MDT)" is written in bold black font. In the center of the map, over Scandinavia, there is a small black dot surrounded by a dotted circle. An arrow points from the text "Multidisciplinære Team Konferencer (MDT)" to this dot. Below the map, the text "Multidisciplinære Team Møder (MDM)" is written in bold black font. In the bottom left corner, the SDU logo is present.

Multidisciplinære Team Konferencer (MDT)

Multidisciplinære Team Møder (MDM)

Pakkeforløb for nyrecancer



“Jeg er helt overbevist om, at MDT har været en af de mest afgørende faktorer for át standarden inden for dansk kræftbehandling er blevet løftet.”

- Michael Borre, tidligere formand for DMCG

Fem pointer om MDT

Variation

1. MDT er en standard med variation

Usynligt arbejde

2. MDTs autoritet og legitimitet beror på usynligt arbejde og eksklusion

Mindlines

3. Best practice inden for cancerområder defineres både gennem guidelines og MDT

Læring

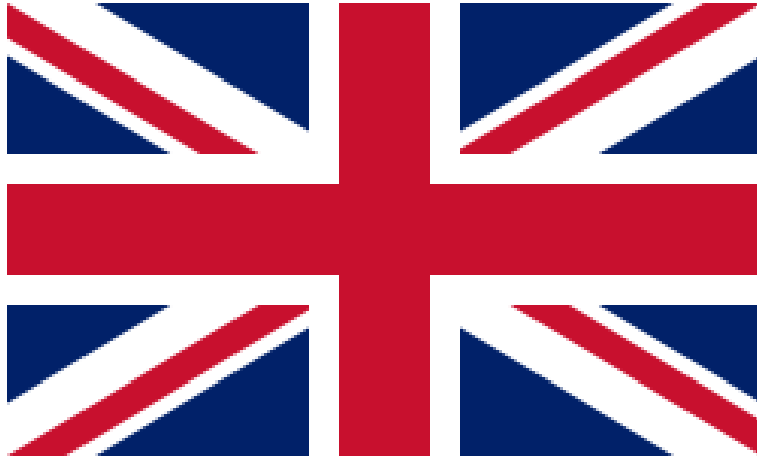
4. Den faglige kvalitet i MDT beror på tre ekspertiseformer og fire logikker

Patienten

5. Patientens rolle omkring MDT – ”holistisk fokus” og ”fælles beslutningstagning”

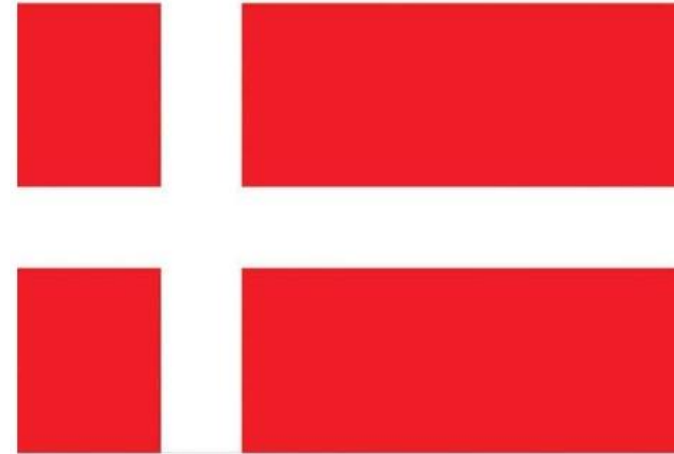
1) MDT er en standard med variation

UK



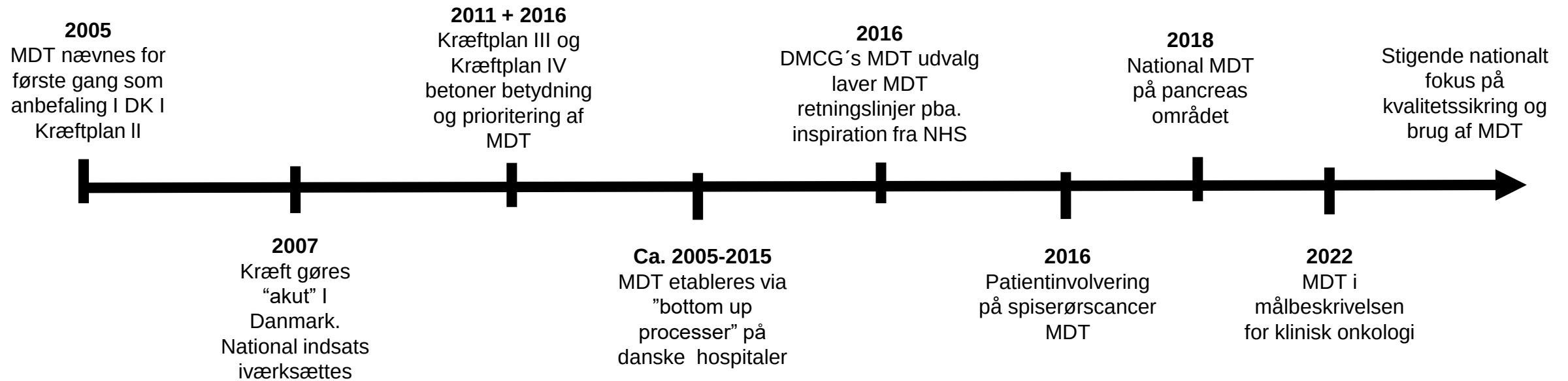
- Top down implementering
- Teknisk og organisatorisk understøttelse,
- Kvalitetssikring og audit
- Drevet af MDT-koordinatorer

DK



- Bottom up implementering
- Ingen teknisk og organisatorisk understøttelse
- Ingen kvalitetssikring og audit
- Drevet af klinikere

MDT i Danmark



En standard med variation



Nyrecancer MDT

1) Variation

MDT Praksis	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E
Dokumen- tation	Efter MDT	Under MDT	Under MDT	Efter MDT	Efter MDT
Patient inklusion	Alle	Alle	Alle	Alle	Kun komplicerede
Forløbs- koordinator	Medium rolle	Medium rolle	Medium rolle	Stor rolle	Ingen rolle

Karakteristika ved danske cancer-MDT

- Udføres 1-2 gange ugentligt, regionalt inden for alle cancerområder.
- Opleves som værdifulde: styrker kvalitet, effektivitet, samarbejde og læring.
- Ressourcekrævende - kræver meget forberedelse og høj prioritet.
- Deltagere:
 - Højtspecialiserede speciallæger ofte med 5 års + erfaring,
 - Ofte med PhD og forskningsaktive (opdateret på state of the art)
 - Stabil, lille deltagergruppe (1-3 fra hver afdeling)
 - Begrænset/systematisk inddragelse af andre faggrupper og uddannelseslæger
- Udføres ritualiseret, repetitivt.

2) MDTs autoritet og legitimitet beror på usynligt arbejde og eksklusion

“Vi betragter en MDT beslutning som det højeste beslutningsniveau. Det kræver meget for en læge at gå imod en MDT-beslutning.”

- Kirurg

Grænsearbejde – ”Beskyttelse”

Radiologen peger på CT-scanningen og siger: “Den optager ikke noget kontrast.”

Kirurg A dikterer: “Mistanke om solid proces i højre nyre.”

Radiologen afbryder og retter kirurgen: “Nej. Intet kontrastoptag. Det er en cyste.”

Kirurg A ignorerer radiologen og fortsætter med at diktere.

Kirurg B afbryder og retter Kirurg A: “Nej ingen solide processer.”

(...) Senere, efter MDT'en, udtrykker to af klinikerne deres frustration over Kirurg A og diskuterer hvordan de kan undgå at kirurgen kommer med til MDT igen.

- Feltnote

MDT som det højeste beslutningsniveau

- Enormt “usynligt” ritualiseret grænsearbejde (kalibrering, refleksion og beskyttelse)
- Muliggør tværfaglige beslutningsprocesser af høj faglig kvalitet
- Beror på inklusions- og eksklusionsdynamikker
- Snæver deltagerkreds (re) producerer magthierarkier og biomedicinsk behandlingsregime



3) Best practice inden for cancerområder defineres både gennem guidelines og MDT

“MDT er en del af en kæde, som øger standardisering og sammenhæng i sundhedsvæsenet - sammen med kliniske retningslinjer.”

- Kirurg



Best practice formes både lokalt og nationalt

Guidelines	Mindlines
• Nedskrevne • Implementeret • Opdateres hver 3.- 5. år • Nationalt behandlingsregime	• Internaliserede og uskrevne • Opstår gennem sociale interaktioner • Dynamiske, opdateres ved MDT • Lokale behandlingsregimer

(Gabbay and Le May 2002)

4) Den faglige kvalitet i MDT beror på tre ekspertiseformer og fire logikker

“Læger er ofte ret forfængelige. Når nogen ser dem over skuldrene, så tager de sig sammen og tænker: Jeg må være helt forberedt og have styr på argumenterne. Det holder dem lidt mere på tæerne.”
- Informant

Tre centrale ekspertiseformer i MDT

1. Kerne ekspertise (fagspecifik indsigt)
2. Relational ekspertise (samarbejdsevne)
3. Adaptiv ekspertise (evnen til at håndtere uforudsigelighed og kompleksitet)



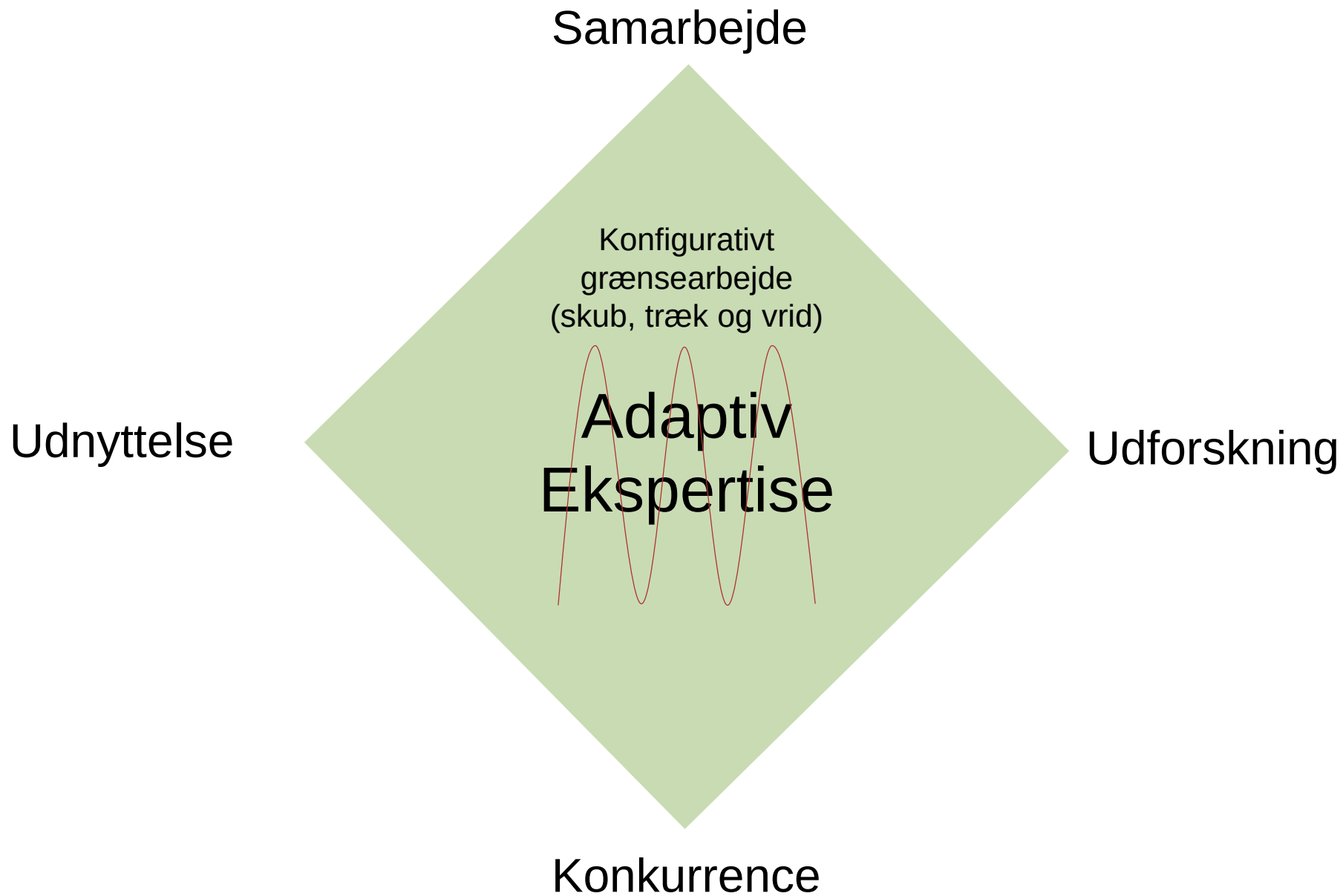
MDT ekspertise i praksis

“Onkolog: Der er ikke så meget forskning i denne sygdom, fordi den er så sjælden (...). Jeg tænker ... er det her bare toppen af isbjerget?”

Kirurg: Det ligner toppen af isbjerget. Han har en nyretumor, og flere metastaser har spredt sig i kroppen. Jeg er bekymret for, at hvis vi opererer, kan der dukke noget nyt op om nogle måneder. (...) Jeg vil helst undgå at operere, hvis udfaldet virker usikkert – det er en meget kompleks operation.

Onkolog: Vi kan behandle ham med to præparater. Den kombinationsbehandling er sandsynligvis den bedste mulighed lige nu. Vi kan informere patienten om, at vi ikke udelukker operation, men vores første mål vil være at opnå systemisk kontrol.”

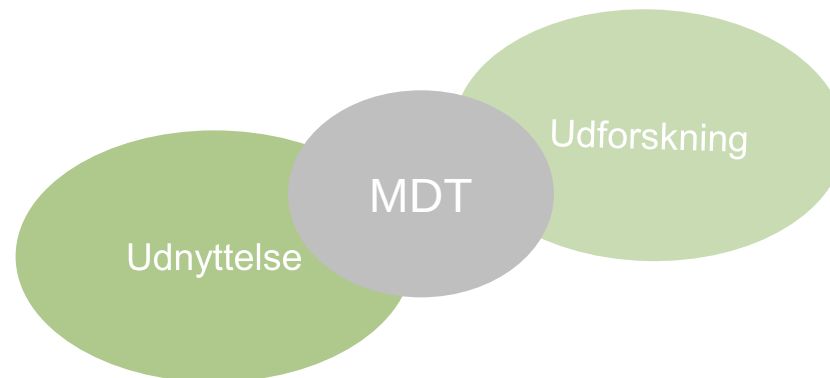
- Feltnote



MDT - kilde til læring og udvikling i klinisk praksis

Den faglige kvalitet beror på:

- Tre centrale ekspertiseformer (kerne, relationel og adaptiv)
- Spændingen mellem fire logikker (udnyttelse, udforskning, samarbejde og konkurrence)
- Grænsearbejde (skub, træk og vrid) udvikler klinisk praksis og professionalisme
- MDT vigtig bro mellem forskning og klinik



4) Patientens rolle omkring MDT

- ”holistisk fokus og ”fælles beslutningstagning”?**

Patientens rolle



MDT

Anvendes med tilladelse.
Foto fra eget arkiv.



Konsultation

Anvendes med tilladelse
Foto fra eget arkiv.

Fem pointer om MDT og implikationerne

Variation

1. MDT er en standard med variation
→ findes der uhensigtsmæssig variation?

Usynligt arbejde

2. MDTs autoritet og legitimitet beror på usynligt arbejde og eksklusion
→ understøttelse, bæredygtighed og betydning af det arbejde.
→ Deltagersammensætningen – styrker, begrænsninger og effekter.

Mindlines

3. Best practice inden for cancerområder defineres både gennem guidelines og MDT
→ anerkendelse og anvendelse af MDT som styringsform (nMDT, kvalitetssikring, infrastruktur)

Læring

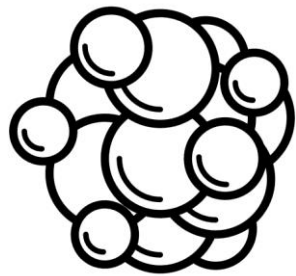
4. Den faglige kvalitet i MDT beror på tre ekspertiseformer og fire logikker
→ Vi skal træne nye ekspertiseformer og lede i grænsezoner og spændinger

Patienten

5. Patientens rolle omkring MDT
→ bør vi øge det "holistiske fokus" og den "fælles beslutningstagning"?

AFTALE OM
**SUNDHEDS-
REFORM 2024**


INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET



Kræft



Diabetes



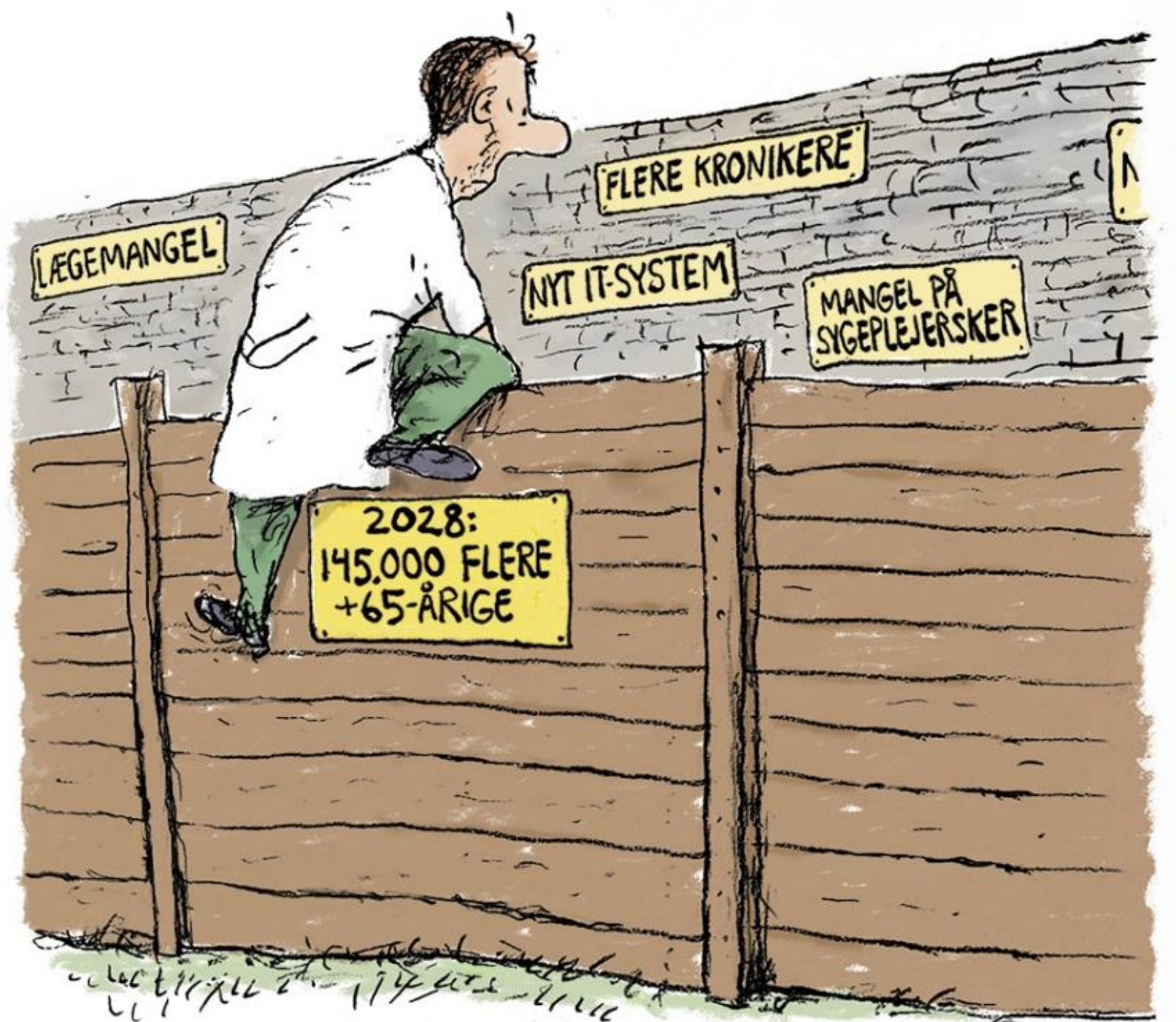
Hjerteområdet



Psykiatrien

“MDT kommer til at spille en større rolle i fremtiden.”

- Erik Jylling, Koncerndirektør, Region Hovedstaden



Lars Andersen.

Er vi klar til MDT “2.0”?

- Værne om og udvikle eksisterende praksis
- Minimering af uhensigtsmæssig variation - infrastruktur, monitorering og kvalitetssikring
- Mere læring og erfaringsdeling på tværs
- Fra biomedicinsk til bio-psyko-socialt fokus, fra livsforlængelse til livskvalitet
- Mere patientinvolvering og - oplysning
- Platform for differentieret sundhed (eks. triagering)
- Bæredygtighed i en ressourceknap fremtid

Tak!

Henriette List
Medicinsk Antropolog, PhD

Afdelingen for Sundhedsfremme, Forebyggelse og
Samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen

Email: Henriette.list@regionh.dk

