

# **Når tværfaglighed og kompleksitet forøger den faglige kvalitet**

**En Analyse af MultiDisciplinære Teamkonferencer**

## Indhold

1. Indledning .....	3
2. Resume af undersøgelsens konklusioner og anbefalinger .....	3
3. Undersøgelsens teori og metode .....	5
3.1 Kort om kompleksitetsteori.....	5
3.2 Metode .....	5
4. Data .....	7
4.1 Undersøgelsens spørgeskema .....	7
4.2 Undersøgelsens repræsentativitet .....	7
4.3 Andre spørgeskema-relaterede bemærkninger .....	8
4.4 Hvorledes anvendes undersøgelsens data? .....	8
5. Hvad karakteriserer informanterne? .....	10
6. Status for MDT-konferencen: Udfordringer og vellykkede initiativer .....	12
7. Analyse – fra beskrivelse til kompleksitet og perspektivering .....	17
7.1 Hvad karakteriserer informanter i komplekse og komplicerede arbejdssituationer? .....	21
8. Konklusion og anbefalinger .....	23
8.1 Konklusion .....	23
8.2 Anbefalinger .....	24
8.3 MDT-udvalget ser følgende udviklingspotentialer: .....	24
9. Litteratur.....	25

**MDT-udvalget** er nedsat af DMCG.dk og består af:

Lene Lundvall (formand), Lone Nørgård Petersen, Torben Riis Rasmussen, Rikke Hagemann-Madsen, Jens Hillingsø, Jon Asmussen, Pernille Dehn (akademisk sekr).

Licentiat i sociologi Merete Watt Boolsen fra Københavns Universitet har foreslået den anvendte metodik (MSC) samt den anvendte kompleksitetsteori og er hovedforfatter af rapporten.

## 1. Indledning

MDT-udvalget har undersøgt - under DMCG.dk's kommissorium for udvalget - status for implementering af MDT-konferencen og udvalgets retningslinjer *Multidisciplinær kræftbehandling – en Vejledning til MDT-konferencen fra 2016*.

Den Multidisciplinære kræftbehandling blev en ny måde at organisere behandlingen af kræft på i 2007. Det er første gang betydningen af denne organisationsform undersøges blandt de personer, der varetager, forvalter og implementerer den.

Neden for rapporteres de første resultater af en samfundsvidenskabelig spørgeskemaundersøgelse af de multidisciplinære konferencer.

Formålet med undersøgelsen er at

- (a) identificere udfordringer og vellykkede initiativer ud fra *individuelle* oplevelser
- (b) pege på udviklingsområder for MDT-konferencerne og
- (c) formulere udviklingspotentialer på baggrund af ovenstående

## 2. Resume af undersøgelsens konklusioner og anbefalinger

Undersøgelsens analyser peger blandt andet på følgende:

- MDT-konferencen er en veletableret del af den kliniske hverdag.
- Møderne opleves som betydningsfulde, kvalificerede og kvalificerende.
- Der forekommer forhold, der forhindrer hensigtsmæssige møder eller hensigtsmæssige situationer på møderne.
- Tiltag, der kan kvalificere konferencebeslutningen, handler blandt andet om mere tid til opgaven.
- Samtidig opleves, at arbejdet kan gøres bedre, og der stilles forslag om, hvordan MDT-konferencen kan udvikles.
- Uddannelsespotentialer på konferencen er for indeværende ikke udnyttet til fulde og ser ud til at kunne udnyttes i større omfang.
- Endelig identificeres en spinoff effekt på konferencedeltagernes sociale og faglige relationer, som udvikles, værdsættes og understøttes i relation til møderne.
- MDT-konferencen giver med kompleksitetsteoriens linse anledning til at fire typologier indkredses. De fremkommer ved at kombinere dimensionerne viden og enighed, når hver dimension dikotomiseres.

### MDT-udvalget anbefaler:

- At der for alle konferencer defineres et entydigt ejerskab til konferencen – herunder places ansvar for fx lokale, teknik, IT, konferencelister og mødeledelse.
- At oplæggenes kvalitet øges, så alle relevante informationer forefindes, fx ved udvikling af en landsdækkende skabelon med mulighed for lokale og faglige tilpasninger (fleksible dropdown menuer mv).
- At der tages højde i afdelingernes planlægning for afsat tid til MDT-konferencen til forberedelse, deltagelse og opfølgning efter konferencen.
- At uddannelsespotentialer på konferencen udnyttes og at uddannelseslægers deltagelse og inddragelse tænkes ind i planlægningen.
- En organisering mhp bedre udnyttelse og mere cost effective konferencer, fx ved IT support til konferencen og mere fokus på, at alle for konferencen relevante og nødvendige data på den enkelte patient forefindes.
- At problemer i relation til IT mv (defineret i felt 3 i figur 1) løses og elimineres.

### MDT-udvalget ser følgende udviklingspotentialer:

- At der etableres nationale konferencer mhp udvikling af form og udveksling af erfaringer omkring selve MDT-konferencekonceptet, evt. med delfinanciering fra DCCC.
- At der etableres nationale konferencer mhp faglig national konsensus.
- At der organiseres nationale audits med patientcases indenfor specifikke sygdomsområder.
- At der etableres en organisation i DMCG (evt MDT-udvalget) som forestår Site-visit mhp erfaringsudveksling og udvikling af konferencerne.
- At der forskes indenfor MDT-området, herunder inddragelse af patientperspektivet.
- At praksiserfaringer med MDT-arbejdet udveksles og udvikles med henblik på kvalitetsforøgelse i arbejdet, forbedring af faglige behandlingsmuligheder med videre.

### 3. Undersøgelsens teori og metode

Den Multidisciplinære kræftbehandling er en ny måde at organisere behandlingen på i sammenhæng med ny diagnostik, nye behandlingsmåder, ny viden og ny teknologi. Konteksten i øvrigt er karakteriseret af stigende forandringshastighed og udvikling. Når hertil kommer en faglig opprioritering og et øget politisk fokus, bliver det vanskeligt at betragte faktorerne enkeltvis; det bliver mere hensigtsmæssigt at betragte problematikkerne i deres dynamiske sammenhæng. Antagelsen i undersøgelsen er med andre ord, at MDT-konferencerne repræsenterer en række komplekse og komplicerede situationer, når patienternes samlede billede skal drøftes og danne udgangspunkt for beslutning om videre behandling.

MDT-udvalget har på den baggrund karakteriseret undersøgelsens problemstillinger som værende komplekse og komplicerede og trækker i nærværende undersøgelse på viden og teorier fra et kompleksitetsteoretisk felt.

#### 3.1 Kort om kompleksitetsteori

Kompleksitetsteori er en interdisciplinær teori, der voksede ud af systemteorien i 1960'erne. Den tager udgangspunkt i interaktionsdimensionen og de efterfølgende feedbackmekanismer, som løbende forandrer systemer. Det er især Ralph Stacey's kompleksitetsmodel<sup>1</sup> med to akser, der repræsenterer henholdsvis viden og enighed, som anvendes her. Teorien drøftes nærmere i forbindelse med analyserne. Oplysninger om, hvad det komplekse består i, hvordan holdningen er til måder, kompleksiteten forvaltes på, samt hvad der i øvrigt påvirker konferencerne (inklusive forberedelse, gennemførelse, efterbearbejdning og opfølgning), er indsamlet med spørgeskema.

Perspektivet i undersøgelsen og i analysen er den multidisciplinære konferencedeltagers. Problemstillingen indeholder faglige, teknologiske, organisatoriske og sociale dimensioner i fortid, nutid og fremtid. Analyserne inddrager organisatoriske forhold i forlængelse af de perspektiver, som informanterne med deres besvarelser peger på.

#### 3.2 Metode

Undersøgelsen er planlagt i 2017 og gennemført i 2018. Problemstillingerne i undersøgelsen fokuserer på forvaltningen af en tværfaglig behandlingsstrategi.

Dataindsamlingsmetoden er postspørgeskema.

Spørgeskemaet ses i BILAG I.

Spørgeskemaet blev udsendt pr. mail til totalpopulationen blandt MDT-deltagere indenfor lunge-, kolorektal-, mamma- og prostata-cancer, som er de 4 kræftformer med højest volumen.

I alt identificeredes 618 informanter gennem egen MDT-leder eller kontaktperson, som udpeget af cancergruppens formand. Spørgeskemaet udsendtes første gang 24. april 2018 til MDT-ledere og kontaktpersoner, som blev bedt om videresende skemaet til deres respektive MDT-konferencemedlemmer.

Efterfølgende er rykket fire gange af MDT-udvalgets sekretær på baggrund af udsendelseslister fra første udsendelse. I sidste rykker medio juni 2018 er desuden udvalgets medlemmer blevet anmodet om at bidrage til at få svarprocenten op. Seneste svarfrist var 28. juni 2018.

## 4. Data

### 4.1 Undersøgelsens spørgeskema

Som det teoretiske udgangspunkt for spørgsmålskonstruktionen valgtes MSC (Most Significant Change teknikken), fordi denne teknik fokuserer på udvikling og dynamik<sup>ii</sup> i organisationer, der er under konstante og hurtige forandringer (Dart & Davies, 2003). En anden central pointe med denne måde at spørge på er, at den giver mulighed for at 'opdage' og identificere forhold, der er åbenlyse og/eller vigtige for informanterne<sup>iii</sup>, men som forskerne måske ikke har tænkt på som vigtige, centrale eller relevante. Teknikken anvender åbne spørgsmål, som på den ene side har en mindre sandsynlighed for at blive besvaret<sup>iv</sup> men åbne spørgsmål kan (når de besvares) give en større præcision og validitet. Teknikken er således udfordrende for informanterne; de skal vide noget om interviewets 'genstand' og de skal være villige til at lade sig interviewe.

Spørgeskemaets to første spørgsmål viser essensen af MSC-teknikken. Her spørges til **betydningsfulde oplevelser i forbindelse med MDT-konferencer inden for det seneste år, samt betydningsfulde initiativer som informanten vil prioritere inden for det kommende år**. Det betyder, at svar baseret på erfaringer i fortiden kan kobles med ønsker til fremtiden. Lidt populært kan man sige, at informanternes erfaringer fra det seneste år kan anvendes til at forme, forandre og udvikle praksis og politik for den kommende tid. Der peges dels på mulige hensigtsmæssige situationer – men også på uhenigtsmæssige i de foretagne analyser.

Kort sagt er der tale om, at der etableres et billede af, hvordan hvilke situationer (i forlængelse af besvarelserne på spørgsmål 1 og 2) påvirker/kan påvirke MDT-konferencen.

Skemaets sidste otte spørgsmål angår kvantitative dimensioner; først og fremmest demografiske spørgsmål om informanterne: (1) Køn, (2) alder, (3) region, (4) titel, (5) speciale, (6) års erfaring, (7) sygdomsgruppe, (8) uddannelseslægers deltagelse i arbejdet på MDT-konferencen.

### 4.2 Undersøgelsens repræsentativitet

Undersøgelsen blev planlagt som en repræsentativ undersøgelse. Til trods for en totalpopulation på 618 personer, har alene 189 besvaret skemaet. En svarprocent på 31 er lav og tillader ikke generaliseringer (se tabel 1).

**TABEL 1:** Svarprocenterne for de fire kræftområder er opgjort til følgende:

TABEL 1 Besvarelser for de fire kræftområder		
	%	n = 189
Lungecancer:	43%	47
Kolorektal cancer:	25%	69
Mammacancer:	38%	55
Prostatacancer:	19%	16
Cancergruppe ikke oplyst		2
Total svarprocent:	31%	

Beskrivelsen af indsamlingsproceduren peger på, at der er anvendt forskellige teknikker til at identificere og motivere informanter. Den anvendte kombination af teknikker prioriterer kvantitet frem for repræsentativitet og systematik. Konsekvensen er, at informanterne udgør en biased gruppe.

Undersøgelsen er ikke repræsentativ; undersøgelsens data siger alene noget om de informanter, der deltager i undersøgelsen.

Udvalget anerkender, at der er tale om en population, der ikke repræsenterer den 'totalpopulation', som det var hensigten at indsamle oplysninger om. Imidlertid finder udvalget, at undersøgelsens data peger på mange væsentlige og interessante informationer, som det er besluttet at rapportere.

På de givne præmisser anvendes data i analysen derfor kvalitativt.

### 4.3 Andre spørgeskema-relaterede bemærkninger

Udvalget har overordnet drøftet, hvad der har betydning for besvarelsen af spørgeskemaer. En populær opfattelse går ud på, at det er de utilfredse, der svarer. I denne undersøgelse er flertallet af indkomne besvarelser tilfredse – meget tilfredse endda.

Forklaringer, der bygger på personlige faktorer, handler om, at læger har meget lidt tid til rådighed og derfor ikke gerne besvarer spørgeskemaer. Der ER kommet 'afslag' på besvarelser - blandt andet begrundet i spørgeskemaets og undersøgelsens kvalitet. I nogle tilfælde har det været muligt at kontakte informanterne med henblik på uddybning. Efterfølgende har enkelte alligevel valgt at besvare spørgeskemaet. Hertil kommer, at andre har benyttet sig af muligheden for at besvare spørgeskemaet pr. telefon.

Andre forklaringer er systembetingede, idet der er konstateret forskellig praksis for identifikation af informanter. Det ser desuden ud til, at de anvendte MDT-udsendelseslister ikke har været komplette eller opdaterede.

Mange andre forhold kan gøre sig gældende – eller en kombination af forhold. Men uanset hvad, er der grund til at antage, at den i udgangspunktet valgte strategi er behæftet med bias af forskellig art.

### 4.4 Hvorledes anvendes undersøgelsens data?

Indledningsvist er nævnt tre formål:

- (a) identificere udfordringer og vellykkede initiativer ud fra individuelle oplevelser
- (b) pege på udviklingsområder for MDT-konferencerne og
- (c) formulere udviklingspotentialer på baggrund af ovenstående.



I forbindelse med formål (a) har MDT-udvalget besluttet at fokusere analysen på fem emner, som udvalget betragter som omdrejningspunkt for udfordringer og initiativer på basis af individuelle oplevelser. De kvalitative besvarelser er behandlet med tekstanalyseværktøjet NVivo®.

#### *Softwaren NVivo*

Værktøjer til behandling af kvalitative data, kvantitative data samt kombinationen af disse har inden for mange videnskaber nærmest haft en eksplosiv udvikling de seneste dekader. Årsagerne er blandt andet, at vi ønsker at kunne forstå, hvad der sker på forskellige fronter, når vi læser rapporter, ser nyheder eller inddrager forskningsresultater i vores tankegang. NVivo har mange funktioner. De mest almindelige og anvendte handler om 3 forhold: (1) opbevaring af data og organisering af data. (2) kategorisering og analyse af data samt (3) visualisering (grafiske fremstillinger, interaktion mellem variable, transformationer mellem forskellige tabeltyper til grafik-muligheder.

Yderligere information: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315181660>.

De kvalitative besvarelser er kodet induktivt i en første koderunde af Lene Lundvall og Pernille Dehn, og delvist af Rikke Hjarnø Hagemann-Madsen og Lone Nørgård Petersen. På baggrund af de fundne tematikker har udvalget udvalgt fem, der herefter har dannet basis for en sekundær kodning foretaget af Pernille Dehn. Det understreges, at de fem emner netop er omdrejningspunkter set med MDT-udvalgets linse. Analyserne indgår i afsnit 6, der er skrevet af Lene Lundvall og Pernille Dehn. Citater er sorteret i underemner og analyseret og udvalgt først af Pernille Dehn og derefter smallere af Lene Lundvall ud fra dels volumen og dels varianter mhp at skabe et bredt billede af informanternes oplevelser af MDT-konferencerne.

Hvad angår formål (b) og (c) giver den anvendte spørgeskemateori (Most Significant Change teorien<sup>v</sup>) mulighed for at undersøge dynamik og kompleksitet i situationen. Særlige kompleksitetsdimensioner af en informants arbejdssituation kan udtrykkes og afdækkes, når første og andet spørgsmål sammenlignes. Komplexitetsanalysen breddes ud i afsnit 7.

Undersøgelsens spørgeskema-design tillader, at der kan peges på udviklingsområder og udviklingspotentialer.

## 5. Hvad karakteriserer informanterne?

Tabel 2 indeholder en oversigt over de informanter, der har besvaret spørgeskemaet inden for de fire udvalgte kræftsygdomme. Alle demografiske data fra spørgeskemaet er sammenholdt med kræftdiagnoserne.

Et hurtigt overblik over materialet fremgår af tabellens yderste højre kolonne. I den første underrubrik – køn - viser data, at **kvinderne er i overtal**. Dette afspejler at kvinder i mange specialer er i overtal, men kan også tolkes i retning af at kvinder er mere tilbøjelige eller villige til at besvare denne type spørgeskema.

I anden underrubrik vises informanternes alder/fødeår. Kombineres disse faktorer, køn og alder, træder et kønsrollemønster frem; **kvinderne** er som nævnt i overtal, og de **er yngre end mændene**, mens **mændene er ældre og i mindretal**. Hvad angår MDT-konferencerne på sigt, ser det ud til, at mændenes andel vil falde (som følge af den almindelige dødelighedskurve).

I tredje underrubrik ses informanternes titler. ¾ del af informanterne er overlæger. Ekspertniveauet blandt informanterne er således højt.

I den fjerde underrubrik ses på informanternes 'erfaring' med MDT-konferencen. Knap halvdelen har været med i MDT-konferencen i mere end 10 år. Gruppen af informanter kan således karakteriseres som **meget erfarne** med arbejdet.

I femte underrubrik betragtes de forskellige regioner i forhold til de diagnoser, der undersøges.

Samlet viser data om informanterne, at de har høj viden, høj status og stor erfaring. De største forskelle (forstået som de undersøgte variable, der diskriminerer mest) er **køn, alder, og erfaring**.

**TABEL 2:** Oversigt over informanterne fordelt efter køn, fødeår, titel, erfaring (i år), region og med de fire kræftdiagnoser holdt konstant. Absolutte tal samt summariske procenttal. (Tabellerne indeholder alene besvarelser).

<b>1. KØN</b>	<b>Lunge</b>	<b>Kolorektal</b>	<b>Mamma</b>	<b>Prostata</b>	<b>i alt</b>	<b>Procent</b>
mand	20	33	13	6	72	40
kvinde	28	33	39	8	108	60
I ALT	48	66	52	14	180	100

<b>2. FØDEÅR</b>	<b>Lunge</b>	<b>Kolorektal</b>	<b>Mamma</b>	<b>Prostata</b>	<b>i alt</b>	<b>Procent</b>
1981-1990	3	4	2	2	11	6
1971-1980	17	24	14	5	60	33
1961-1970	14	17	18	3	52	29
1951-1960	12	19	19	4	54	30
1941-1950	1	2	0	0	3	2
I ALT	47	66	53	14	180	100

<b>3. TITEL</b>	<b>Lunge</b>	<b>Kolorektal</b>	<b>Mamma</b>	<b>Prostata</b>	<b>i alt</b>	<b>Procent</b>
overlæge	35	49	41	8	133	77
afdel.læge	9	8	6	5	28	16
udd.læge	1	1	3	0	5	3
koordinator	0	4	1	1	6	3
sekretær	0	1	0	0	1	1
I ALT	45	63	51	14	173	100

<b>4. ERFARING</b>	<b>Lunge</b>	<b>Kolorektal</b>	<b>Mamma</b>	<b>Prostata</b>	<b>i alt</b>	<b>Procent</b>
< 2 år	3	6	4	0	13	7
2-4 år	6	7	7	5	25	14
5-7 år	9	16	11	6	42	23
8-9 år	5	5	6	1	17	9
10+ år	26	32	24	1	83	46
I ALT	49	66	52	13	180	99

<b>5. REGION</b>	<b>Lunge</b>	<b>Kolorektal</b>	<b>Mamma</b>	<b>Prostata</b>	<b>i alt</b>	<b>Procent</b>
Nord	3	5	7	2	17	9
Syd	15	24	26	6	71	39
Hovedstad	7	18	16	2	43	23
Sjælland	5	7	0	1	13	7
Midt	20	13	4	3	40	22
I ALT	50	67	53	14	184	100

## 6. Status for MDT-konferencen: Udfordringer og vellykkede initiativer

Undersøgelsens spørgeskema indeholder to hovedtyper af data. Kvantitative data som ovenfor er anvendt til at give summariske statusbeskrivelser af informanterne. Materialet indgår i tabellerne 1 og 2.

Besvarelsene af spørgsmålene 1 og 2 indeholder kvalitative data, der anvendes til at belyse undersøgelsens første formål: identificere udfordringer og vellykkede initiativer ud fra individuelle oplevelser. Mange temaer kan fremhæves af de temaer, der er fundet gennem induktiv kodning. MDT-udvalget har prioritet følgende fem:

- **Kvalitet** – i beslutningen, i afviklingen af konferencen og i behandlingen – gennemgående og overordnet tema
- **Tid**- manglende prioritering af afsat tid før/under/efter konferencen
- **Kultur** -fagligt krydsfelt, omgangsform og respekt
- **Viden**- herunder *læring og uddannelse* bredt på alle niveauer (potentiale og uudnyttet potentiale)
- **Spin off effekt** -inkluderer netværksdannelse, adgang til kompetencer og viden, faglig sparring.

Nedenfor foldes de fem temaer ud. Besvarelser kodet for de enkelte temaer fremgår af bilag III.

### Kvalitet – hvad betyder det?

MDT-deltagerne er meget optagede af den kvalitet, som MDT-konferencen bidrager til; Kvalitet generelt i patientforløbet og i beslutningen.

Kvalitet, som udløber af MDT-konferencen, manifesterer sig i besvarelsene på forskellige områder: Læring/ny viden, patientforløb (og -behandling og patientflow), inddragelse af patientpræferencer, netværk/samarbejde, forskning, afvikling og ledelse af konferencen. Mest af alt fremhæves værdien af den *tværfaglige vurdering/sparring* og *tid* (afsat til forberedelse og selve konferencen). På den negative side handler manglende kvalitet om teknik, der svigter, og manglende muligheder for deltagelse, med den konsekvens at de relevante kompetencer ikke er til stede og i sidste ende får betydning for kvaliteten af beslutningen.

*”Desværre er konferencerne også præget af underbemanding, dvs. at det nogle gange er uddannelseslæger (H-læger), der kommer i stedet for speciallæger, og det forringer kvaliteten, og giver svingende kvalitet i beslutningerne. Dette sker for fx onkologerne. Der er ikke ressourcer til at sende speciallæge altid. Som udgangspunkt burde der være deltagelse af både stråleoncologer og nuklearmedicinere, idet vi tilbyder behandling indenfor to slags strålebehandling, den ene er pallierende, - men pga. en kombination af tekniske udfordringer og ressourceangel, er nuklearmedicinerne ikke koblet på – det betyder at radiologen svarer på vegne af nuklearmedicineren ud fra beskrivelse fra nuklearmediciner. Det er ikke optimalt.”*

Kvaliteten af conferenceafviklingen og -beslutningen synes at være stærkt influeret af oplæggets kvalitet, tilgængelig information om prøvesvar og om patienten. Informanterne pointerer således eksempelvis:

*”Det har stor betydning for såvel afviklingen, som kvaliteten af behandlingsbeslutningen, hvor godt oplægget er. Nogle afdelinger formår at skrive meget struktureret og medtage væsentlige kliniske oplysninger, andre er mere i prosaform/snakkende og man skal tygge sig igennem oplægget for at uddrage det væsentlige – hvis det er der.”*

*”En mere standardiseret skabelon for oplæg kunne ønskes og kan få stor betydning.”*

*”Hurtigere og mere strukturerede konferencer hvor der tages flere korrekte beslutninger på et bedre oplyst grundlag. Alle konferencerne vokser i omfang og det er tiltagende svært at styre at de relevante oplysninger der tilflydt beslutningstagerne. Det tager uforholdsmæssigt lang tid for den enkelte deltager i MDT konferencen selv at skulle opsøge og sammenstykke relevante oplysninger fra journalen, patologweb, paraklinik også videre.”*

Der kan være udfordringer i forhold til at få dokumenteret den fælles beslutning, og dermed er beslutningens kvalitet og konsensus udfordret:

*”De kolleger, der ikke har siddet med ved MDT-konference, skal umiddelbart kunne læse argumentet for, hvorfor beslutningen blev som den blev. Det skal man også kunne ved en senere vurdering af den samme patient, enten i aktuelle forløb eller senere. Desuden skal dokumentationen kunne holde juridisk (klagesager).”*

*”I øjeblikket er det MDT-lederen (kirurgen), der fungerer som sekretær – dvs. sætter deltager navne på notatet, dato og tid samt dikterer konklusionen. Dette arbejde tager fokus væk fra diskussionen og forlænger konferencen.”*

Udover de nævnte områder ses også, at struktur og ledelse er forudsætninger for en velfungerende og effektiv conference. Selektion af patienter til konferencen kan være en udfordring både i forhold til afsat tid og i forhold til uhensigtsmæssigt tilsatte patienter på for ringe grundlag for beslutning.

*”Det er utrolig vigtigt, at vi diskuterer de rette patienter til MDT-konferencen, og at folk ikke ”spilder tiden” unødigt. Hvis MDT-konferencen bliver for lang, falder koncentrationen, og der bliver truffet forkerte beslutninger.”*

Overordnet opleves, at konferencen fungerer godt, og den tværfaglige sparring udgør et fagligt, valdt beslutningsgrundlag. Der er dog mulighed for optimering på flere punkter end de allerede nævnte.

## **Tid**

Tid er en mangelvare i flere dimensioner; i forhold til afsat tid til forberedelse og herunder udformning af ordentlige informative oplæg med klare spørgsmål til konferencens deltagere, tid til drøftelse af et voksende antal patienter på konferencen, og tid til opfølgning. Det bemærkes, at en del af det MDT-relaterede arbejde foregår udenfor almindelig arbejdstid, hvilket ikke er tilfredsstillende.

Tidaspektet rammer ned i det forhold, at der ved kræftpakkernes indførelse ikke blev allokeret ressourcer til den ekstra aktivitet, som MDT-konferencen repræsenterer. De steder, hvor der derfor er afsat tid indenfor almindelig arbejdstid til MDT-relaterede aktiviteter, er det selvinitieret prioritering og organisatorisk støtte fra ledelsens side, på hospitalsniveau og / eller afdelingsniveau. Det er ikke muligt at se et mønster i, hvem der har afsat forberedelsestid, og der ses store variationer inden for fx patologi, hvor nogle kan planlægge egen tid og prioritere både forberedelse og deltagelse i konferencen, og andre ikke har mulighed for deltagelse og dermed for selv at fremlægge prøvesvar.

Samtidig peges på den manglende honorering via DRG-takster for MDT-relaterede aktiviteter som årsag til den svigtende prioritering fra ledelsens side. Konsekvenserne af den manglende tid kommer bla. andet til udtryk således:

*"Vi har udvidet til to MDT-konferencer om ugen, og der er nu nye deltagere, som ikke er helt inde i tingene endnu, og som ikke har tid til forberedelse – det er lidt utrygt. Jeg bliver bekymret for, om vi får taget de rigtige beslutninger. Der bliver skrevet ikke fyldestgørende oplæg, og det forringer kvaliteten, når flere deltagere ikke helt kender retningslinjerne og ikke har mulighed for forberedelse."*

*"Manglende tid til forberedelse af lange patient lister pga. akutte patienter forekommer fortsat, medføre manglende overblik og risiko for insufficient vurdering. Når alle derimod er forberedt, relevante scanninger ligger tilgængelige fra arkiver, opleves MDT-konferencerne professionelle og meningsfulde."*

*"Den højt specialiserede funktion, som MDT-konferencen dækker over, er helt afhængig af, at alle parter har haft den nødvendige tid til forberedelse."*

Det ønskes, at MDT-konferencen og de heraf afledte aktiviteter indlægges i den almindelige arbejdsplanlægning.

Det forekommer, at der er fast afsat tid til forberedelse af konferencen. MEN Vejledningens intention om, at MDT-deltagere 'i deres arbejdsplan er frigjort til deltagelse i MDT-konferencer' og at 'deltagelse omfatter for de faste speciallæger og koordinatore tid til forberedelse og opfølgning' er endnu ikke realiseret.

### **Kultur** (fagligt krydsfelt, omgangsform og respekt)

Der er generelt stor tilfredshed med den faglige kultur og det faglige krydsfelt, som konferencen repræsenterer. Der er samtidig ikke tvivl om, at der er noget på spil, når man agerer indenfor den ramme, som konferencen er:

*"Vi har fået en meget større grad af ensartethed i behandlingen af vores patienter, samtidig med at der er åbnet op for diskussion af tvivl og vanskelig beslutningstagen uden at nogen bliver hængt ud eller latterliggjort."*

*"tiltagende gensidig respekt for hinandens faglighed"*

Deltagelse i det tværfaglige forum løfter det monofaglige arbejde, her udtrykt af en billeddiagnostiker:

*"Vores svar er blevet bedre og mere målrettede det kliniske spørgsmål."*

Mange udtrykker, at konferencen er præget af samarbejde og god stemning:

*"God omgangstone."*

Men der er andre, der oplever det modsatte:

*"mangel på fælles kommunikationskode med vores kolleger"*

Overordnet set er der tilfredshed med kulturen på konferencen, og der arbejdes løbende med form, indhold og afvikling mange steder i landet.

## Viden

Konferencen er kilde til ny viden og indsigt. Læring på konferencen foregår på alle niveauer, uanset erfaring og professionelt niveau, og rækker udover den enkelte case, der drøftes.

*”Man får meget større indsigt i patientens samlede forløb. Normalt ser man kun patienten ud fra hvordan man selv er impliceret i forløbet. Man har selv lært en masse omkring udredning og behandlingstilbud af de aktuelle sygdomme, samt hvad det er vigtigt man beskriver til brugerne af ens undersøgelse.”*

*”Jeg er blevet klogere på hvordan jeg skal håndtere lignende cases en anden gang.”*

Det har derfor været interessant at se nærmere på, om konferencen som uddannelsesrum udnyttes.

### Læring og oplæring af næste generation

I undersøgelsen spørges informanterne, hvorvidt uddannelseslæger deltager i deres konference. 145 af 189 informanter svarer 'nogle gange' og kun 15 svarer 'altid'. Vejledningen lægger op til, at det tilstræbes, at uddannelseslæger deltager og også har specifikke opgaver, fx ved fremlæggelse af patientcase. Uddannelseslægerne kan med deres spørgsmål bidrage til at flere faglige spørgsmål vendes:

*”Når nye læger deltager, kommer der ofte mange spørgsmål, så MDT-konferencen har også stor undervisningsmæssig værdi.”*

Men det synes at være en tendens, at det ikke lægges ind i funktionsplanlægningen, at uddannelseslægerne skal deltage på MDT—konferencen. Således udtrykker en informant fremadrettet:

*”At der i vores afdeling, afsættes ressourcer til at uddannelseslæger kan deltage. MDT-konferencen er blevet et meget væsentligt element i planlægning af behandling, og der (bør) foregå en vigtig dialog omkring de forhold, som er afgørende for behandlingen. Deltagelse i og træning i dette arbejde er vigtigt i opnåelse af relevante speciallægekompeter.”*

Der ligger således også et ansvar i forhold til opfyldelse af målbeskrivelsen for speciallægeuddannelserne i adgangen til deltagelse i konferencerne, fordi de udgør en vigtig brik i hele forståelsen af behandlingsforløbet.

Der peges på det faktum, at det ikke prioriteres konsekvent, at uddannelseslægerne deltager:

*”Jeg synes uddannelsesmulighederne forsømmes groft – konferencen falder sammen med ambulante patienter og dermed ofte umuligt at deltage for H-læger.”*

*”Muligheden for større deltagelse fra yngre læger. At yngre læge forestår oplæg og præsentation af patient mhp læring. For oplæringen af kommende kolleger/speciallæger. Konferencen vil tage længere tid. Oplæring bedret.”*

En konklusion vil være, at uddannelsespotentialer i forbindelse med MDT-konferencerne ikke på nuværende tidspunkt er sat i system eller udnyttes fuldt ud. Et første skridt vil være deltagelse i et rimeligt omfang; for reservelæger, der er en sidste ende af speciallægeuddannelsen, vil det ydermere være oplagt at have mulighed for at følge en eller flere specifikke patienter – herunder at fremlægge disses case på MDT-konferencen og drage læring af det tværfaglige input. Samtidig er det

essentielt, at der er mulighed for at speciallæger kan deltage i tilstrækkeligt omfang for at sikre viden og beslutningskvalitet.

### **Spin-off**

Konferencen resulterer ikke blot i tværfaglige vurdering af patientcases. Konferencen styrker samarbejdet uden for konferencen, og faglig sparring bliver styrket på tværs af specialer:

*”Godt samarbejde i det daglige uden for MDT-konferencen”*

*”Man kender hinanden på tværs af specialer, det betyder at det er betydelig lettere at tage telefonen og få afklaret patientrelaterede ting ved behov.”*

Den viden, der tilegnes, er viden, der rækker udover den enkelte patientcase:

*”Det er betydningsfuldt fordi jeg får indsigt i at der handles på skanningssvarene og at jeg bliver bedre til at svare næste gang på baggrund af den læring som ligger i MDT-konferencen. Det betyder at jeg kan målrette svaret til modtageren som derved får bedre hjælp til optimal behandling.”*

Endelig er der en patientsikkerhedsmæssig dimension i at patienterne drøftes på MDT-konferencen:

*”Konferencen sætter også ofte fokus på SEKUNDÆRE FUND og fungerer dermed som et sikkerhedsnet.”*

Spin-off fra konferencen repræsenterer således – uden at der kan sættes tal på det – en værdi i relation til at styrke kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen.

Alt i alt kan man sige, at der er en afledt effekt af MDT-konferencen i forhold til samarbejdet uden for konferencens regi.

### **Opsamling:**

MDT-konferencen er mange steder veletableret og velfungerende. De mange eksempler på patientforløb, der kvalificeres ved konferencen, grundfæster vigtigheden af det tværfaglige samarbejde og illustrerer, hvor der stadig er plads til forbedring.

Data giver anledning til

- mange diskussioner, og
- dokumenterer hvordan konferencerne har afledte effekter i form af bl.a. tættere samarbejdsrelationer.

Den kvalitative metode har resulteret i

- Ord og eksempler på både det helt unikke og positive ved konferencerne
- Ord på udfordringer, samt identificeret et reelt udviklingspotentiale.



## 7. Analyse – fra beskrivelse til kompleksitet og perspektivering

Undersøgelsens spørgeskemateori tager som omtalt højde for dynamik, forandring og udvikling gennem spørgeskemaets to indledende spørgsmål.

Det første spørgsmål lyder: *Fortæl om et par BETYDNINGSFULDE oplevelser, som **du** har haft i forbindelse med din deltagelse i og forberedelse af MDT-konferencer **inden for de seneste 12 måneder**. Det kan være såvel positive som negative oplevelser.*

Det andet spørgsmål lyder: ***Fortæl om et par forhold, som du vil anse for at være de mest betydningsfulde initiativer** i forbindelse med din deltagelse i og forberedelse af MDT-konferencer inden for det kommende år (der tænkes både på ting du selv kan gøre, men også ting, som andre kan gøre – evt. i samarbejde med andre, i projekter eller lignende).*

Ved at sammenligne spørgsmålsbesvarelserne for den enkelte informant kan man få viden om, hvad informanten anser for betydningsfuldt, og hvad informanten ønsker at prioritere fremover. Spørgsmålene giver dermed viden om informantens handlinger og holdninger. Med udgangspunkt i besvarelserne indkredses i analysen de to sidste af undersøgelsens problemstillinger ((b) pege på udviklingsområder for MDT-konferencerne og (c) formulere udviklingspotentialer).

Fra det overordnede fagteoretiske område anvendes kompleksitetsteori, som beskrevet af Ralph Stacey. Det drejer sig om måder at betragte forandring på. Lineær kausalitet er en almindelig måde at tænke på forandring på (fx A påvirker B). Lineær kausalitet optræder fx i feedbacksystemer. (Patton, 2011). Systemafhængighed er en anden måde at se på forandring; de enkelte dele i systemerne bliver herefter de variable, som analyserne fokuserer på.

I denne undersøgelse er udgangspunktet: komplekse ikke-lineære modeller, fordi verden ikke er forudsigelig; der er mange faktorer, der påvirker samtidig - men i forskellig grad. Der skal manøvreres i situationer præget af usikkerhed og manglende kontrol.

Kunsten at være leder tager mange veje, og det er nyttigt at være opmærksom på, hvornår man skal gå hvilken vej. Ralph Stacey har fremsat den teori, at det gøres ved at identificere og koble ledelsesbeslutninger i to dimensioner. Den ene dimension handler om viden; den går fra høj viden til mangel på viden. Den anden dimension handler om enighed-uenighed; den går fra stor enighed til fravær af enighed.

”En nærmere beskrivelse lyder således:

Stor viden: emner og beslutninger der er stor enighed om i gruppen, fordi årsag-virkningskæden kan bestemmes. Det sker almindeligvis, når det aktuelle tilfælde ligner et tidligere tilfælde. Man kan bruge tidligere erfaringer til at forudsige kommende hændelser.

Mangel på viden: i den anden ende af akserne er beslutninger langt fra sikre. Her er typisk tale om situationer, der er enestående eller i det mindste nye for de involverede. Sammenhængen mellem

årsag og virkning er uklar. Og tidligere fundne sammenhænge kan ikke anvendes til at ekstrapolere fra.

Enighed: den vertikale akse måler niveauet for 'enighed' omkring et givet emne eller en given beslutning, der tages i gruppen eller i organisationen. Ledelsesfunktionen varierer afhængig af den enighed, der omkring et givet emne." (Stacey, 2019).

Kombinationen af de to akser danner fire logiske udfaldsrum – se figur 1. De fire opståede felter er anvendt som en kodemaske for de informanter, der har besvaret begge de to første spørgsmål i undersøgelsen.

I **FELT-1** er situationer, der kan karakteriseres under overskriften **PLANLÆGNING OG KONTROL**. Her er stor viden om de beslutninger, de træffer, og de er samtidig meget enige på konferencen om, hvordan beslutningerne træffes.

En mulig perspektivering i felt 1 er, at her er mulighed for at udvikle og kvalificere det arbejde, der foregår – fx gennem 'kvalificeret ledelse'.

62 informanter peger på situationer i dette felt.

I **FELT-2** er situationer, der kan karakteriseres under overskriften **STOR VIDEN OG UENIGHED HVAD ANGÅR DEN SOCIALE DIMENSION**. Her er stor viden om de beslutninger, de træffer – men beslutningsprocessen er der uenighed om; der er utilfredshed, skænderier mv. på konferencerne.

En mulig perspektivering i felt 2 er at opbygge og udvikle sociale relationer og sociale fællesskaber – f.eks. ved at udpege person(er), hvis opgave(er) er at være ansvarlig for afviklingen af MDT-konferencen.

25 informanter peger på situationer i dette felt.

I **FELT-3** er situationer, der kan karakteriseres under overskriften **MANGEL PÅ VIDEN, FRAVÆR AF TEKNOLOGISK OG IT-UDSTYR SAMT ENIGHED OM INTERAKTION OG SAMARBEJDE**.

Dette felt er formentlig det felt, der ville være helt overflødigt, hvis teknologien var opdateret.

En mulig perspektivering i felt 3 er at eksperimentere og koordinere den tekniske og faglige eksperitise – f.eks. ved at udpege en 'teknisk koordinator'.

20 informanter peger på situationer i dette felt.

I **FELT-4** er situationer, der kan karakteriseres under overskriften **MERE KOMPLEKSE OG MERE KOMPLICEREDE SITUATION**.

Dette felt indeholder det mest komplicerede billede af informanterne set fra et organisatorisk synspunkt. Her beskriver de situationer, der er **MERE KOMPLEKSE OG MERE KOMPLICEREDE**. Dels er der mangel på enighed omkring, hvordan møderne skal foregå, og dels er der utilstrækkelig viden,

udvikling af viden og produktion af viden. Informanterne i dette felt lever med konstante udviklinger og forandringer. (I en given ledelseskontekst/organisatorisk kontekst opfattes et sådant vilkår forskelligt: positivt, negativt, neutralt). Det samlede signal er på den ene side kaos, men når de enkelte besvarelser læses, bliver det klart, at informanterne reagerer på denne komplekse situation ved at foreslå konkrete kontekst-specifikke midler til afhjælpning af problemerne.

En mulig perspektivering i felt 4 følger forskellige spor. Den konkrete kontekst og den konkrete MDT-konference har konsekvenser for den faktiske adfærd, der produceres (og dermed for de tanker og visioner, som informanterne giver udtryk for; ledelse, uddannelse og styring er centrale parametre). Konkret er der flere grupper i dette felt.

37 informanter peger på situationer i dette felt. Deres besvarelser ses i BILAG II.

**FIGUR 1:** Fire kompleksitetssituationer med udgangspunkt i koderne viden og enighed (Stacey, Ralph) og applikeret på MDT-konference informanter. Figuren omfatter de 154 informanter, der har besvaret de to første spørgsmål (eller dele af de to første spørgsmål)

Den sociale dimension/ Interaktion/samarbejde <b>UENIG</b> (fx uenighed mellem konference-deltagerne)	<b>2:</b> situationer med <b>STOR VIDEN OG UENIGHED HVAD ANGÅR DEN SOCIALE DIMENSION</b> 25 informanter	<b>4:</b> situationer med <b>MERE KOMPLEKSE OG MERE KOMPLICEREDE SITUATIONER, HVOR DER ER MANGEL PÅ ENIGHED OG MANGEL PÅ VIDEN OG TILSTRÆKKELIG TEKNOLOGI</b> 37 informanter
Den sociale dimension/ Interaktion/samarbejde <b>ENIG</b>	<b>1:</b> situationer med <b>PLANLÆGNING OG KONTROL</b> 62 informanter	<b>3:</b> situationer med <b>MANGEL PÅ VIDEN, FRAVÆR AF TEKNOLOGISK OG IT-UDSTYR SAMT ENIGHED OM INTERAKTION OG SAMARBEJDE</b> 20 informanter
N= 144	Den fag-faglige dimension <b>VIDEN HAVES</b>	Den fag-faglige dimension samt teknologien er mangelfuld <b>VIDEN MANGLER</b>

Set i Staceys perspektiv og i kompleksitetsteoriens perspektiv adskiller informanterne sig fra hinanden. Det oplagte næste spørgsmål er derfor, om disse forskelle kan afspejles i andre forskelle. Hvis det viser sig at være tilfældet, har vi at gøre med paradigmet om, at forskelle skaber (andre) forskelle. Hvis det omvendt viser sig, at de konstaterede forskelle, hvad angår kompleksiteten (= besvarelserne på den kombinerede kodning af spørgsmål 1 og 2, hvor Most Significant Change er teorien), ikke viser/identificerer andre forskelle, hvad angår de variable, der kan måles på, så har denne undersøgelse ikke forøget vores videnskabelige viden.

## 7.1 Hvad karakteriserer informanter i komplekse og komplicerede arbejdsituationer?

MDT-konferencen er et avanceret værktøj i forbindelse med behandlingen af kræft. Denne undersøgelse peger på, at den kompleksitet, der omgiver MDT-konferencen (og dermed undersøgelsens informanter) kan gradbøjes.

I faglitteraturen findes en lille perle, der hedder *Getting to Maybe*. (Westley, Zimmermann & Patton, 2007). Her skelnes mellem tre forskellige grader af kompleksitet i en problemstilling: simple, complicated, complex<sup>vi</sup>.

I relation til den aktuelle undersøgelse kan alle tre grader af kompleksiteter genfindes. Hvis kompleksiteten ønskes reduceret, kan det ske gennem et kulturelt kodeks (regler om hvordan man opfører sig i grupper, hvor der skal træffes væsentlige beslutninger om patienters liv) og/eller regler om at det, der kan fungere, skal fungere. Nedenfor i tabel 3 er empirien udsat for analyser, hvor de variable, som er vist i tabel 2, holdes konstant, mens de fire kompleksitetsfelter holdes konstant/danner baggrundsvariable.

**TABEL 3:** Oversigt over informanterne fordelt efter køn, fødeår, titel, erfaring (i år), speciale, region og med placering i en af de fire felter i kompleksitetsmatricen holdt konstant. Absolutte tal samt enkelte summariske procenttal. (Tabellen indeholder 154 informanter, som har besvaret begge indledende spørgsmål i spørgeskemaet). Tabellen har inden for de enkelte variable lidt mindre antal end 154 informanter. Det skyldes, at antal uoplyste ikke indgår:

<b>1 KØN</b>	<b>FELT 1</b>	<b>FELT 2</b>	<b>FELT 3</b>	<b>FELT 4</b>	<b>I ALT</b>	<b>Pct.</b>
Mand	27	7	14	8	56	39
Kvinde	35	18	6	29	88	61
I ALT	62	25	20	37	144	100

<b>2 FØDEÅR</b>	<b>FELT 1</b>	<b>FELT 2</b>	<b>FELT 3</b>	<b>FELT 4</b>	<b>I ALT</b>	<b>Pct.</b>
1991-2000	0	0	0	0	0	0
1981-1990	1	4	1	2	8	6
1971-1980	24	11	4	10	49	34
1961-1970	16	7	5	15	43	30
1951-1960	21	2	10	9	42	29
1941-1950	1	0	0	1	2	1
I ALT	63	24	20	37	144	100

<b>3 TITEL</b>	<b>FELT 1</b>	<b>FELT 2</b>	<b>FELT 3</b>	<b>FELT 4</b>	<b>I ALT</b>	<b>Pct.</b>
Overlæge	48	15	16	29	108	78
Afdelingslæge	11	6	1	5	23	17
Uddannelseslæge	0	2	0	0	2	0
Koordinator	1	2	1	1	5	4
Sekretær	1	0	0	0	1	0
I ALT	61	25	18	35	139	99

4 ERFARING	FELT 1	FELT 2	FELT 3	FELT 4	I ALT	Pct.
< 2 år	4	3	0	2	9	6
2 - 4 år	9	9	1	4	23	16
5 - 7 år	15	2	5	11	33	23
8 - 9 år	8	2	0	4	14	10
10 + år	27	9	14	17	67	46
I ALT	63	25	20	38	146	101

5 REGION	FELT 1	FELT 2	FELT 3	FELT 4	I ALT	Pct.
Nord	5	2	4	2	13	9
Syd	27	11	8	12	58	40
Hovedstaden	13	3	3	13	32	22
Sjælland	4	2	1	4	11	8
Midt	14	7	4	7	32	22
I ALT	63	25	20	38	146	101

Tallene i tabel 3 peger på, at der er store forskelle mellem de informanter, der indgår i de fire felter.

Konklusionen af tabel 2 var, at der var nogle af de anførte variable, der diskriminerede mere end andre. Det samme kan siges på basis af tabel 3. Da nogle af tallene er små (og dermed usikre), drages alene konklusioner på basis af køn, alder og erfaring. Informanterne i de forskellige felter er forskellige.

I forlængelse af noten fra *Getting to Maybe* (note vii) er der i figur 1 tale om tre forskellige kompleksitetssituationer: I **FELT 1** ses **SIMPLE**, i **FELT 2 og 3** ses **COMPLICATED** og i **FELT 4** ses **COMPLEX**.

Analysen af, hvad der karakteriserer informanterne i de forskellige felter, er 'smal, fordi data er begrænsede. Derfor begrænser analysen sig her til følgende: FELT 1 indeholder forholdsvis flere ældre mænd, mens FELT 4 indeholder forholdsvis flere yngre kvinder.

## 8. Konklusion og anbefalinger

Undersøgelsens problemstillinger er belyst med spørgeskema-data, der er indsamlet specielt for denne undersøgelse.

Undersøgelsen er ikke repræsentativ, men den tillader en række konklusioner i forlængelse af undersøgelsens problemstilling givet det dynamiske perspektiv, som spørgeskemateorien trækker på.

Undersøgelsen peger på, at problemstillingen er kompleks, og teorier fra dette felt er anvendt til at forstå og perspektivere analysernes resultater.

Undersøgelsen kan derfor også anvendes til at sige noget om forandringer og udviklinger over tid.

Ved at lytte efter hvad informanterne i denne undersøgelse siger, har man et usynligt panel af kvalitetsbevidste højtuddannede personer, der er begejstrede for at videreudvikle deres fag, disciplin med videre, samtidig med at de indgår i faglige sammenhænge, der hele tiden arbejder med de nyeste ideer, den nyeste teknologi – og nu også inden for nogle ledelsesmæssige situationer, der fremmer dynamik, udvikling og kompleksitet.

Hvad angår udviklingspotentialerne for konferencen, kan man sige, at informanterne er såvel kvalitetsbevidste som kvalitetshungrende. De ved, hvad de taler om – deres forslag til udvikling handler blandt andet om relationen til praksis. Informanterne befinder sig i praksisfeltet til daglig. De er interesserede i at kvalificere deres arbejde.

Det kan ske på forskellig måde jf. anbefalinger nedenfor.

### 8.1 Konklusion

Undersøgelsens analyser peger blandt andet på følgende:

- *Multidisciplinær kræftbehandling – en Vejledning til MDT-konferencen fra 2016* synes at være dækkende i forhold til de oplevelser, positive som negative, som informanterne giver udtryk for.
- MDT-konferencen er en veletableret del af den kliniske hverdag.
- Møderne opleves som betydningsfulde, kvalificerede og kvalificerende.
- Der forekommer forhold, der forhindrer hensigtsmæssige møder eller hensigtsmæssige situationer på møderne.
- Tiltag, der kan kvalificere conferencebeslutningen, handler overvejende om mere tid til opgaven.
- Samtidig opleves, at arbejdet kan gøres bedre, og der stilles forslag om, hvordan MDT-konferencen kan udvikles.
- Uddannelsespotentialer på konferencen er for indeværende ikke udnyttet til fulde.
- Endelig identificeres en spinoff effekt på konferencedeltagernes sociale og faglige relationer, som udvikles samtidig med at møderne finder sted.

- MDT-konferencen giver med kompleksitetsteoriens linse anledning til at fire typologier indkredses: (1) situationer med planlægning og kontrol, (2) situationer med stor viden og uenighed hvad angår den sociale dimension, (3) mangel på viden, fravær af teknologisk og IT-udstyr samt enighed om interaktion og samarbejde, (4) mere komplekse og mere komplicerede situationer, hvor der er mangel på enighed og mangel på viden og tilstrækkelig teknologi.

## 8.2 anbefalinger

MDT-udvalget anbefaler:

- At der for alle konferencer defineres et entydigt ejerskab til konferencen – herunder places ansvar for fx lokale, teknik, IT, konferencelister og mødeledelse.
- At oplæggenes kvalitet øges, således at alle relevante informationer forefindes, fx ved udvikling af en landsdækkende skabelon med mulighed for lokale og faglige tilpasninger (fleksible drop-down menuer mv).
- At der tages højde i afdelingernes planlægning for afsat tid til MDT-konferencen, før, under og efter denne.
- At uddannelsespotentialer på konferencen udnyttes og at uddannelseslægers deltagelse og inddragelse tænkes ind i planlægningen.
- En organisering mhp bedre udnyttelse og mere cost effective konferencer fx IT-support til konferencen og mere fokus på at alle for konferencen relevante og nødvendige data på den enkelte patienter forefindes.
- At problemer i relation til IT mv (defineret i felt 3 i figur 1) løses og elimineres.

## 8.3 MDT-udvalget ser følgende udviklingspotentialer:

- At der etableres nationale konferencer mhp udvikling af form og udveksling af erfaringer omkring selve MDT-konferencekonceptet.
- At der etableres nationale konferencer mhp faglig national konsensus.
- At der organiseres nationale audits med patientcases indenfor specifikke sygdomsområder.
- At der etableres en organisation i DMCG (evt MDT-udvalget) som forestår Site-visit mhp erfaringsudveksling og udvikling af konferencerne.
- At der forskes indenfor MDT-området - herunder inddragelse af patientperspektivet.
- At praksiserfaringer med MDT-arbejdet udveksles og udvikles med henblik på kvalitetsforøgelse i arbejdet, forbedring af faglige behandlingsmuligheder med videre.



## 9. Litteratur

Boolsen, Merete Watt, 2008: *Spørgeskemaundersøgelser. Fra konstruktion af spørgsmål til analyse af besvarelsene*. Hans Reitzels Forlag. 2. Udgave (237 sider)

Davies, Rick and Dart, Jessica, 2005: Most Significant Change Technique.  
<http://www.mande.co.uk/wp-content/uploads/2005/MSCGuide.pdf>

Patton, Michael Quinn, 2011: *Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. The Guildford Press.

Stacey, Ralph. Komplexitetsteori – kan bl.a. ses i forbindelse med følgende link:

[https://www.google.dk/search?q=stacey&rlz=1C1GCEA\\_enDK822DK822&oq=stacey&aqs=chrome..69i57j0l5.6114j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.dk/search?q=stacey&rlz=1C1GCEA_enDK822DK822&oq=stacey&aqs=chrome..69i57j0l5.6114j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Og specielt Stacey's model, som den anvendes her (retrieved februar 2019):

[https://www.google.dk/search?rlz=1C1GCEA\\_enDK822DK822&q=ralph+stacey+model&sa=X&ved=2ahUKEwjw\\_uDkioPfAhVOL1AKHVS\\_BiYQ1QIoAXoECAUQAg&biw=1280&bih=648](https://www.google.dk/search?rlz=1C1GCEA_enDK822DK822&q=ralph+stacey+model&sa=X&ved=2ahUKEwjw_uDkioPfAhVOL1AKHVS_BiYQ1QIoAXoECAUQAg&biw=1280&bih=648)

Westley, Frances, Zimmermann, Brenda & Patton, Michael Quinn, 2007: *Getting to Maybe*. Vintage Canada.

## Noter

<sup>i</sup> [https://www.gp-training.net/training/communication\\_skills/consultation/equipoise/complexity/stacey.htm](https://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/equipoise/complexity/stacey.htm)

<sup>ii</sup> Dart & Davies, 2003. Most Significant Change teknikken fokuserer på udvikling og dynamik i organisationer, der er under konstante og hurtige forandringer. Jess Dart har videreudviklet teknikken samtidig med at hun har udviklet [www.clearhorizon.com.au](http://www.clearhorizon.com.au)

<sup>iii</sup> Vi oplever alle spørgeskemaer, hvor spørgsmålene eller svarkategorierne i spørgsmålene er uhensigtsmæssige, ikke passer til vores formål med videre. Svarkategorier er (jo) implicite spørgsmål og skal derfor være indrettet således, at der gives valide svar. Med MSC-teknikken spørges åbent, så lige præcis det, som informanten tænker på eller hentyder til, kan angives. Ved indgangen til et nyt forskningsfelt eller afdækningen af en ny problematik – som her – er det hensigtsmæssigt at stille spørgsmål, der giver valide svar, som kan bidrage til udviklingen af undersøgelsesfeltet.

<sup>iv</sup> En diskussion af LUP's spørgeskemaer i 2010 og 2011 fremgår af Zeuner, Boolsen og Schwartz, 2017, kapitel 6, pp 174. Diskussionen peger på, at åbne spørgsmål har en lavere sandsynlighed for at blive besvaret end lukkede spørgsmål. En af hypoteserne er, at det er nemmere at 'krydse af' fremfor selv at skulle digte et svar. På den måde kan et undersøgelsesresultat blive en funktion af spørgeskemaets spørgsmålskonstruktion frem for af virkeligheden. Og det er jo sidstnævnte, som forskerne er interesserede i.

<sup>v</sup> Se Jess Dart i litteraturlisten samt hendes hjemmeside [www.clearhorizon.com.au](http://www.clearhorizon.com.au)

vi

### simple

Following a Recipe

- **The recipe is essential**
- **Recipes are tested to assure replicability of later efforts**
- **No particular expertise; knowing how to cook increases success**
- **Recipes produce standard products**
- **Certainty of same results every time**



### complicated

A Rocket to the Moon

- **Formulae are critical and necessary**
- **Sending one rocket increases assurance that next will be ok**
- **High level of expertise in many specialized fields + coordination**
- **Rockets similar in critical ways**
- **High degree of certainty of outcome**



(Diagram from Zimmerman 2003) – efter Patton

### complex

Raising a Child

- **Formulae have only a limited application**
- **Raising one child gives no assurance of success with the next**
- **Expertise can help but is not sufficient; relationships are key**
- **Every child is unique**
- **Uncertainty of outcome remains**



Hvis man har interesse i at gå bagom besvarelsen er det muligt at rekvirere kodede citatsamlinger indenfor de fem udvalgte temaer hos udvalgets sekretær Pernille Dehn på: [pernille.dehn@regionh.dk](mailto:pernille.dehn@regionh.dk)

## SKEMA TIL MDT-EVALUERING 2018

løbenr. \_\_\_\_\_

Kære MDT-konferencedeltager.

I forbindelse med evalueringen af **MDT-konferencen** vil vi bede dig besvare dette spørgeskema, **der handler om, hvad du har oplevet i forbindelse med din deltagelse. Deltager du i konferencer indenfor flere sygdomstyper, skal du kun besvare ét spørgeskema; vi vil bede dig besvare spørgeskemaet med udgangspunkt i den konference, du sidst har deltaget i. Skemaet besvares i denne word-fil og sendes som Word-fil til MDT-udvalgets sekretær Pernille Dehn på mail [pernille.dehn@regionh.dk](mailto:pernille.dehn@regionh.dk) senest den 15. maj 2018. Du kan evt. udfylde skemaet i hånden, indskanne det og sende det. Endelig kan du alternativt skrive dit tlf.nr. til Pernille Dehn mhp. opringning og telefonisk besvarelse. Skemaet er anonymt og kun DMCG's MDT-udvalgsmedlemmer vil få din besvarelse at se.**

**SPØRGSMÅL 1:** Fortæl om et par BETYDNINGSFULDE oplevelser, som **du** har haft i forbindelse med din deltagelse i og forberedelse af MDT-konferencer **inden for de seneste 12 måneder**. Det kan være såvel positive som negative oplevelser.

BOKSEN UDVIDER SIG EFTER BEHOV

- DEN **FØRSTE** BETYDNINGSFULDE oplevelse du har haft er (SKRIV hvad der skete) \_\_\_\_\_
- Forklar hvordan det kan være, at det er betydningsfuldt (SKRIV) \_\_\_\_\_
- Fortæl hvilken forskel det allerede har betydet eller vil betyde? (SKRIV) \_\_\_\_\_

BOKSEN UDVIDER SIG EFTER BEHOV

- DEN **ANDE**N BETYDNINGSFULDE oplevelse du har haft er (SKRIV hvad der skete) \_\_\_\_\_
- Forklar hvordan det kan være, at det er betydningsfuldt (SKRIV) \_\_\_\_\_
- Fortæl hvilken forskel det allerede har betydet eller vil betyde? (SKRIV) \_\_\_\_\_

**SPØRGSMÅL 2:** Fortæl om et par forhold, som du vil anse for at være de mest betydningsfulde initiativer i forbindelse med din deltagelse i og forberedelse af MDT-konferencer inden for det kommende år (der tænkes både på ting du selv kan gøre, men også ting, som andre kan gøre – evt. i samarbejde med andre, i projekter eller lignende).

BOKSEN UDVIDER SIG EFTER BEHOV

DET **FØRSTE** BETYDNINGSFULDE initiativ vil være (SKRIV) \_\_\_\_\_

Forklar hvordan det kan være, at det vil være betydningsfuldt (SKRIV) \_\_\_\_\_

Fortæl hvilken betydning det vil gøre fremadrettet (SKRIV) \_\_\_\_\_

BOKSEN UDVIDER SIG EFTER BEHOV

DET **ANDE**T BETYDNINGSFULDE initiativ vil være (SKRIV) \_\_\_\_\_

Forklar hvordan det kan være, at det vil være betydningsfuldt (SKRIV) \_\_\_\_\_

Fortæl hvilken betydning det vil gøre fremadrettet (SKRIV) \_\_\_\_\_

**OPLYSNINGER OM DIG SELV OG DIN MDT-KONFERENCE**

3. Dit køn (sæt kryds): mand \_\_\_\_\_ kvinde \_\_\_\_\_

4. Hvilket årti er du født? 1991-2000 \_\_\_\_\_ 1981-90 \_\_\_\_\_ 1971-80 \_\_\_\_\_ 1961-70 \_\_\_\_\_ 1951-60 \_\_\_\_\_ 1941-50 \_\_\_\_\_

5. Hvad er din titel? \_\_\_\_\_

6. Hvor mange år har du arbejdet med MDT? SKRIV ANTAL: \_\_\_\_\_

7. Inden for hvilket speciale arbejder du? \_\_\_\_\_

8. Hvilke(-n) sygdomsgruppe(-r) vedrører din konference? \_\_\_\_\_

9. Ansat i Region: (sæt ét kryds) Nord \_\_\_\_\_ Syd \_\_\_\_\_ Midt \_\_\_\_\_ Hovedstaden \_\_\_\_\_ Sjælland \_\_\_\_\_

10. Afvikles konferencen som videokonference? (sæt ét kryds) JA \_\_\_ NEJ \_\_\_ Delvist \_\_\_

11. Hvor mange forskellige specialer deltager i din MDT-konference? \_\_\_\_\_

Hvilke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deltager uddannelseslæger fra dit speciale i konferencen? (sæt ét kryds): Ja altid \_\_\_\_\_ Ja nogle gange \_\_\_ Nej aldrig \_\_\_\_\_

**MANGE TAK FOR HJÆLPEN**

## BILAG II: Udsagn fra FELT 4 i figur 1. Komplexitetskoden er benævnt 'mere komplekse og mere komplicerede' situationer

### (1) Organisatoriske forhold:

1. Måske udvide MDT-teamet med nye medlemmer, herunder vurdering af patient af anæstesi-læge og evt. kardiolog så patienter med hjerte-lungesygdomme bedre kan vurderes, om hvilken type operation, der er mest hensigtsmæssig. Måske bør sygeplejerske med kendskab til patientens sociale status også deltage.
2. Selve konferencen kan dog godt systematiseres lidt bedre og kvaliteten blive endnu bedre
3. overholde tid for at undgå efterfølgende forsinkelse i ambulatorium/ operationsstuer
4. At vores lungemedicinere, som planlægger MDT-konferencen har sorteret patienterne på en måde, så de sidste på listen kun behøver at blive diskuteret med røntgen- og PET-læger.
5. Det betyder, at patologen og kirurgen (og i nogle tilfælde onkologen) kan gå før tid.
6. Det er utrolig vigtigt, at vi diskuterer de rette patienter til MDT-konferencen, og at folk ikke "spilder tiden" unødigt. Hvis MDT-konferencen bliver for lang, falder koncentrationen, og der bliver truffet forkerte beslutninger.
7. Et MDT-møde med de kolleger som er på MDT-konferencen over video, hvor afholdelse af MDT-konferencen blev diskuteret. Det er meget vigtigt at have en fast struktur, at en fremlægger patienten efter en fast skabelon, at det først gøres, når folk er færdige med at diktere, at der gives tydelige svar.
8. Ændring fra 2 til 3 MDT-konferencer pr uge, fordi der kom et stigende antal af patienter til diskussion på konferencerne.
9. Færre patienter på hver MDT-konference giver tilstrækkelig tid og opmærksomhed til hver enkelt. Bonus: hyppigere konferencer giver bedre flow i pakkeforløbet, da der ikke bliver ventetid på MDT-beslutning. For patologien en lettelse at der ikke bliver presset på for at få en diagnose i sidste øjeblik for at kunne tilmelde patienten til MDT-konferencen
10. månedlige teammøder.
11. Næste udfordring er at optimere samarbejdet på tværs af andre afdelinger og/eller MDT-grupper.
12. Forberedelse af behandlingstider.
13. Skabelon for MDT-oplæg laves og udbredes så alle udredende afdelinger anvender det.
14. Bedre IT-understøttelse af konferencen, således at oplæggene kan ses på en fælles skærm, som evt. er del af et klinisk proces-afviklingsværktøj.
15. Faste computere indbygget i bedre arbejdsborde.
16. MDT-konference er en arbejdsmetode og tilgang, som skal indarbejdes i vores faglige kultur og som vil give bedre behandlingstilbud med formentlig færre kontakter til sundhedsvæsenet.
17. Tidsbesparende på selve konferencen, hvor det kunne gøre drøftelserne mere effektive.
18. Man burde reducere antallet af udredende afdelinger i Region Midt til en eller 2 og udvide antallet af MDT-konferencer til 3 ugentligt (nu 2). Det vil være effektivt og tidsbesparende for konferencen. Når hele AUH er samlet på én matrikel i Skejby fra 2019 vil det være logistisk nemmere at øge antallet af MDT-konference til 3/uge
19. Det er godt for både læger og patient, at samarbejdet fungerer.
20. bedre drift.

21. man har tid til at forberede sig.
22. at MDT- konferencer starter kl. 13, ikke som tidligere 14.
23. Klinikere kunne være bedre forberedt.
24. Når de ikke er ordentligt forberedte får vi ikke alle relevante ting frem, eller det tager længere tid.
25. Vi mangler pc'er tilgængelig på konferencen.
26. Så kan vi slå patienten op med det samme og er ikke nødt til at støtte os på gamle udskrifter.
27. At der er fast team af læger fra røntgenafdeling og anæstesiafdeling, som deltager i konferencen (som minimum én fra hver) og minimum 2 kirurger og forløbsygeplejerske.
28. Man vil kunne planlægge bedre mht. narkose og operationsvalg.
29. Det vil styrke teamspirit og forbedre behandlingskvalitet.
30. at bookings sekretær deltager i konferencen
31. det vil være hurtigere at planlægge
32. større effektivitet og bedre kommunikation
33. billeddiagnostisk teams så det ikke er så meget gæsteri eller vi stiller diagnoser ved MDT-konferencen.
34. Uden bedre billeddiagnostik kommer vi ingen vegne.
35. Opfølgingskonferencer, hvor ALLE deltager, ikke kun kirurger og patologer.
36. Vi bliver ikke bedre uden refleksion.
37. tvungne opfølgingskonferencer.

## **(2) Nye områder inddrages:**

38. MDT møder om faglighed, udvikling – temaer som er nye indenfor specialet.
39. digital diktering skal indføres, så vi undgår "båndsalat".
40. Der opstår muligheder for videre undersøgelser og behandlingsmuligheder.
41. Planlægning af videre behandling eller iværksættelse af yderligere undersøgelser under MDT-konference.
42. Deltagelse af plastikkirurger i MDT-konferencen
43. Implementering af nye guidelines

### (3) OPLÆG TIL FORSKNING

44. Jeg fik ny viden om et studie som var præsenteret på onkologisk kongres. Dette studie vil få betydning for vores patienter i fremtiden
45. Jeg arbejder på at optimere vores MDT-konference. Jeg har idéer til et projekt og aftalt møde i den nærmeste fremtid med de forskellige faggrupper, der er repræsenteret til konferencen.
46. mulighed for at diskutere specielle, komplicerede patienter som ikke hører under målgruppe for MDT-konferencen.
47. at fortsætte med årlige arrangementer

### (4) MEMORABLE QUOTES

48. Bedre beskrivelser, færre fejl
49. Bedre beslutning-bedre behandling.
50. bedre beskrivelser-bedre behandling.
51. Dette er betydningsfuldt fordi jeg lærte noget om et fagområde som jeg ikke er speciallæge i.
52. Tripple konsensus
53. offentlig anerkendelse af vores arbejde gør det sjovere at gå på arbejde og vi fik at vide at det ikke var spildt patienten var blevet rectumresekeret.
54. øget arbejdsglæde giver forhåbentlig bedre kvalitet og det er rart at kunne være med til at træffe de rigtige beslutninger for patientens behandling.
55. Se jeres egen pamflet. Der er en liste med gode grunde til at gennemføre god MDT konferencer
56. MDT-konferencen er et rigt godt forum for hurtigt at få udbredt nye guidelines og minde hinanden om dem. MDT-konferencen også et godt forum for at få forklaret og uddybet nye guidelines indenfor de andre specialer i MDT-samarbejdet.
57. Hurtig implementering, opmærksomhed
58. Godt samarbejde i det daglige uden for MDT-konferencen
59. Patienten står aldrig i et tomrum. Bliver f.eks. overdraget til anden afdeling ved MDT-konferencen. Patienten visiteres direkte fra MDT-konferencen. Er han diskuteret ved MDT-konferencen, visiteres han uden forudgående henvisning – hurtig ekspedition.
60. Forberedelsestid. Forberedelse betyder rigtig meget for MDT-konferencens afvikling, og at alle er klædt på til at tage de rigtige beslutninger.
61. Jeg har oplevet mange gange, at vi i behandlingsforløbet vender tilbage til MDT-beslutninger. Særligt hvad angår TNM klassifikation og behandlingsniveau (ikke operationskandidat, palliativ eller kurativ)
62. Næste udfordring er at optimere samarbejdet på tværs af andre afdelinger og/eller MDT-grupper.
63. Optimalt vil forløbet for en patient med flere samtidige cancerudredninger og/eller –sygdomme blive lige så effektivt som enkelt-cancer forløbet.
64. Inden for kræftsygdomme, hvor behandling og forebyggelse er multidisciplinær, kræver fælles beslutningstagning reel MDT for at undgå, at patienterne kun præsenteres for et udsnit af de faglige drøftelser og skal bruge tid/kontakter på at sikre sig relevant viden forud for beslutning om behandling.
65. Patienten har ofte brug for at kunne henvende sig med spørgsmål vedr. udredning og behandling eller blot for at give udtryk for bekymringer. Det er derfor betydningsfuldt at være en del af teamet for at kunne bistå patienten.
66. Patienten oplever, at et velfungerende og fagligt dygtigt team varetager hans sygdomsforløb.
67. Vi undgår planlagt overarbejde.
68. vi sparer tid.

## (5) Andet

69. MDT-konference er ressourcekrævende, da mange læger fra flere afdelinger skal mødes. Der er således ofte kun en MDT-konference pr uge inden for en given sygdomsgruppe. Kommer patienten skævt ind i forhold til ugens MDT-konference kan patientforløbet komme til at overskride kræftpakkeforløb. Dette kan virke som incitament til ikke at sætte patienten til MDT-konference.
70. Bliver MDT-konferencen noget, der kan vælges til og fra afhængig af, hvor godt det passer ind i patientforløbet, vil det underminere MDT-konferencens betydning.
71. At MDT-konferencen ikke kunne gennemføres pga. knas med teknikken. I vores region er interessenterne placeret på mange forskellige matrikler og vi er afhængige af brug af videomøder. Vi har også kun begrænset tid til at afvikle konferencerne da rummet skal bruges til andre videokonferencer eller deltagerne skal videre til andre konferencer.
72. Vi ser aktuelt ikke alle patienter på MDT-konferencen. Kun de patienter der er potentielt operable, hvor der er problemer med udredningen eller patienter vi selv sætter på fra onkologien. Vi har flere gange oplevet at patienter med dissemineret sygdom viderehenvises til os, før vi har tilstrækkelig viden om patologi til at kunne iværksætte behandling (mutationsanalyser, PD-L1 analyser)
73. samarbejdet med urologerne er blevet rigtig godt. Respekterer hinandens synspunkter. Bidrager med hver sin viden på feltet
74. I mange tilfælde er det vigtigt overfor patient og pårørende, at de ved at deres sygdomshistorie har været diskuteret, og at det fx er vurderet at de ikke kunne opereres, men var bedre tjent med onkologisk behandling. Det er betydningsfuldt både for patient og familie samt den behandlende læge.
75. MDT-konferencen fremmer samarbejdet og forståelsen for andre specialer.
76. Man kender hinanden på tværs af specialer, det betyder at det er betydelig lettere at tage telefonen og få afklaret patientrelaterede ting ved behov. Vi underviser vores yngre kolleger på tværs af specialer, har kendskab og interesse for fælles patienter.
77. Vi har et godt samarbejde og har efterhånden mange eksempler på fælles protokoller, det betyder muligheder for udvikling
78. Ved sygdomme i andre organer med samtidig udredning er der risiko for at prioriteringen ikke er optimal – både i udredning og behandling. I nogle tilfælde kan processen gå i stå, da man venter på andres initiativer
79. Stor forskel på kvaliteten af oplæg til MDT-konferencen
80. Alle ser på det samme oplæg, alle kan følge med i, hvor vi er på "listen" og man behøver ikke længere udskrevne lister med oplæg. Optimalt set burde man skrive direkte, så alle kan se, hvad MDT beslutningen er. Evt. med standardiserede tekster, der kan modificeres. med et MDT-konference-lokale med indbyggede computere i bordene, som var startet op, ville spare os alle for meget tid ved opstart af konferencen.
81. Afsættelse af ressourcer i de enkelte afdelinger/specialer så speciallægerne kan deltage i de relevante MDT-konferencer. Ja, det går fra en produktion, men det sparer patienterne og systemet for en hel del i den anden ende. Reel MDT med patienter og pårørende frem for advisory boards.
82. Videoteknik som virker hver gang og ikke først efter flere forsøg (og nogle gange slet ikke).
- 83.** der bør afsættes flere økonomiske midler, så medlemmer af MDT-konferencerne får bedre tid til at løse opgaverne og udfordringerne.
84. og om de sociale forhold kan bære følger efter en operation, måske kan understøttende ophold organiseres.