

Multidisciplinära team (MDT) som pedagogiskt instrument

Pedagogiskt docenturarbete

Pär Myrelid

Bakgrund

Ämnet jag valt för min pedagogiska reflektion berör multidisciplinära behandlingskonferenser (MDT) som inlärnings- och förståelseinstrument. Idag används MDT som en självklar del i handläggandet av många olika patientgrupper för att säkerställa en god vårdkvalitet. Inom kirurgi, det område jag själv är verksam inom, används MDT framför allt inom vården av patienter med cancersjukdomar men även vissa andra sjukdomar som till exempel inflammatorisk tarmsjukdom. Huvudmålet med dessa konferenser är att olika specialiteter skall ge sin syn på behandlingen, och i vilken ordning de bör ske, och att behandlingen ur ett patientperspektiv blir optimerat¹. Inom fallet med cancer belyses oftast den radiologiska utredningen och tillsammans med kirurger och onkologer bestäms om patienten skall få onkologisk behandling inför en eventuell operation eller om patienten skall opereras direkt. I efterförloppet efter en kirurgiskt behandlad cancer görs en histopatologisk bedömning på den avlägsnade cancersjuka kroppsdel, ofta baserad på fastlagda riskkriterier som medför en högre risk för återfall av sjukdomen. Detta histopatologiska utlåtande ligger till grund för en diskussion med berörda specialiteter om ytterligare onkologisk behandling är aktuell eller ej. Vid andra typer av maligniteter som inte behandlas kirurgiskt utan enbart medicinskt och/eller med strålning via onkologer baseras MDT ofta på andra former av riskvärderingar. Att MDT anses ha ett mycket stort värde på såväl individ som gruppnivå kan till exempel ses i det dokument som tidigare kallades "Öppna jämförelser" och idag går under namnet "Vården i siffror"². Som ett exempel från det kirurgiska området anges det här att andelen patienter med kolorektal cancer som handlagts enligt en MDT bedömning skall vara över 90 % för att kvaliteten på den behandlande enheten skall vara god³.

Förutom att säkerställa en jämn och hög kvalitet inom patientvården kan dessa behandlingskonferenser utgöra en möjlighet till inläring och framför allt djupare förståelse av kliniska problem för studenter och yngre läkare inom samtliga berörda specialiteter. I såväl kursplaner för läkarprogrammet⁴ som utbildningsboken för blivande specialister i kirurgi⁵ ingår det att inhämta en bredare förståelse för kliniska diagnostik och behandling utifrån andra aspekter än den egna specialiteten. MDT underlättar på många sätt möjligheten att få en djupare förståelse utifrån olika perspektiv, samtidigt som det kan underlätta inlärande och även förbereda de deltagande individerna för en föränderlig klinisk verksamhet som bygger på arbete i interdisciplinära grupper snarare än individuell expertis inom ett område⁶. Den kliniska verksamheten är idag dock ofta baserad på kortsiktig produktion och det finns idag en tydlig strömning, åtminstone inom mitt eget område, att deltagande av yngre kollegor prioriteras ned till förmån för andra uppgifter.

Motivation till lärande

En av de viktigaste förutsättningarna för att skapa en bra inläring är att skapa motivation till lärande. Vad som skapar motivation skiljer sig från individ till individ men brukar delas in i *kontrollerad* och *autonom* motivation och *amotivation* (relativ frånvaro av motivation)⁷. Dessa kan sedan ytterligare delas upp enligt nedanstående modell:

Kontrollerad motivation

- Yttre (*Extrinsic*) motivation
- Överförd (*Introjected*) motivation

Autonom motivation

- Identifierad (*Identified*) motivation
- Inneboende (*Intrinsic*) motivation

Yttre motivation

Det mest tydliga sättet att skapa motivation är yttre motivation, till exempel genom att individen vill vara som alla andra, undvika yttre bestraffning eller få en yttre belöning (såsom pengar, lön eller bättre villkor).

Överförande motivation

Överförande motivation innebär att en person får en bra självkänsla och/eller skapar en inre belöning av sitt kunskapsinhämtande. Individen motiveras av att han/hon vill känna stolthet och/eller undvika att känna skam.

Identifierad motivation

Personliga värderingar och/eller egen känsla av att något har ett stort värde att kunna/förstå kallas identifierad motivation. Kunskapsinhämtandet i sig behöver inte vara roligt eller lustfyllt men ger en känsla av att det är värdefullt ur ett socialt perspektiv.

Inneboende motivation

Den som känner eget nöje, intresse eller tillfredsställelse av att inhämta kunskapen har en inneboende motivation. Den som har en inneboende motivation blir ofta absorberad av sin uppgift eller sitt lärande och till och med bli så absorberad att man tappar kontroll över tiden.

De självvalda/autonoma motivationerna ger hos de flesta en högre grad av långvarigt lärande då man bättre förstår varför kunskapen är av vikt. Det gäller således att skapa en känsla av autonom motivation genom att göra studenterna delaktiga med tydliga mål som de dessutom kan återkoppla till senare och se sin egen utveckling inom kunskapsområdet⁸.

Pedagogik för ökat kliniskt lärande

Det finns många olika pedagogiska modeller för att nå ett ökat lärande. En sådan pedagogisk modell passar mycket väl in i hur en MDT-konferens går till^{9, 10}. Målet med en MDT är förutom en optimerad klinisk handläggning av den enskilda patienten även en ökad förståelse av hur olika kliniska discipliner tänker vid en given situation. Enligt den modell som författaren William beskriver kan undervisningen (i det här fallet samtidigt den kliniska diskussionen under en MDT) delas upp i fem steg^{9, 10}:

- 1 Klargöra och skapa delaktighet i vad som krävs för ett lyckat lärande.
- 2 Få till stånd ett lärande klassrum med diskussioner och frågor som utvecklar och visar på lärandet.
- 3 Ge återkoppling på vad som för lärandet framåt.
- 4 Aktivera eleverna som ägare av sitt egna lärande.
- 5 Aktivera eleverna som undervisningsresurser för varandra.

Sjukvården idag arbetar med ett helt förändrat synsätt jämfört med hur det fungerade för dryga 20 år sedan. Från att arbetet mest var fokuserat kring en enskild läkare och dennas kompetens har fokus skiftat mot team och teamets gemensamma kompetens⁶. Modern sjukvård handlar om att samarbeta i team och medicinsk utbildning handlar idag mycket om att skapa instrument för att underlätta ett sådant arbete i grupp⁶. Dessutom är målet att den gemensamma kompetensen både skall få resultatet för gruppen att bli bättre och samtidigt få varje enskild deltagare att lyfta sin egen kunskap och förståelse⁶. Utifrån Williams fem steg^{9, 10} kan man säga att skapa själva förutsättningen för att en MDT-konferens sker och att olika specialiteter representeras utgör punkt 2 (skapa ett lärande klassrum som utvecklar och visar på lärandet) medan viljan att förbättra vården, och på sikt den kliniska kunskapen, motsvaras av punkt 1 (klargörande och skapande av delaktighet för ett lyckat lärande). Att följa förloppet för patienter som tidigare diskuterats och följa upp hur de beslut som då togs fallit ut motsvaras av punkterna 3 och 4 (återkoppling och aktivering av eget lärande) medan själva diskussionen motsvaras av punkterna 4 och 5 (aktivering av eget lärande samt undervisning av varandra).

Ett annat sätt att se på hur det skapas ett bra lärandeklimat är att bygga ett fundament på tre pelare – autonomi, kompetens och relationsskapande⁷. Autonomi baseras på att vi känner att vi äger möjligheten att själva besluta och agera utifrån våra värderingar och de slutsatser vi gör. Kompetens innebär att vi tillsammans får till ett önskvärt utfall efter gemensam diskussion och värdering medan relationsskapandet innebär att var och en som deltar i MDT-konferensen gör det av egen vilja och med ömsesidig respekt för andras kunskaper och erfarenheter och på så sätt skapar en miljö öppen för diskussion och lärande⁷.

En MDT-konferens gällande kolorektal cancer kan gälla som modell för att beskriva hur det kan fungera som ett pedagogiskt instrument samtidigt som det förbättrar vården för den enskilda patienten. Närvarande är ofta kolorektalkirurg, kontaktsjuksköterskor kirurgi och onkologi, onkolog, radiolog, patolog, leverkirurg, lungmedicinsk specialist och thoraxkirurg, var och en med sin kompetens. Vid en konferens kan diagnostiska specialister inom radiologi och patologi få en omedelbar respons och

återkoppling beroende på vad deras utlåtande blir. De kan ibland vara mer tveksamma i sitt radiologiska eller histopatologiska utlåtande gällande till exempel utlåtande *A* eller *B*, vilket kan vara svårt i ett skriftligt utlåtande. Om de istället får en omedelbar återkoppling vad det innebär gällande kliniskt handläggande av patienten om de anger utlåtande *A* i stället för utlåtande *B* kan detta vägas in och de får en djupare insikt i vad som är viktigt för klinikerna som beslutar om olika behandlingsalternativ. Gällande kliniskt aktiva läkare kan det på samma sätt ha avgörande betydelse i hur behandlingen läggs upp, skall man behandla kirurgiskt eller onkologiskt i första hand, skall man välja en viss typ av onkologisk behandling inför senare kirurgi utifrån komplikationsrisker eller vice versa. Att på ett sådant sätt ta del av någon annans perspektiv gör att man känner en större önskan att själv se "hur det verkligen förhåller sig" och gör samtidigt att man får en känsla av att ens egna tankar och kunskaper får ett högre värde i gruppen⁷. MDT-konferensen är således en viktig del i utbildning och fortbildning av sjukvårdspersonal¹¹.

MDT som praktisk pedagogik

MDT kan utgöra en viktig del i utbildningen av studenter på liknande sätt som sjukvårdspersonal under olika faser av sin utbildning inom olika specialiteter¹¹. Det finns också många likheter med ett problembaserat lärande (PBL) och hur en MDT-konferens går till¹².

En enkätstudie till medicinstuderande i England, Belgien och Brasilien påvisade stora skillnader i hur MDT används som en del av utbildningen. Studenterna själva såg en tydlig möjlighet till att använda MDT som en del av utbildningen och då helst med ordentlig förberedelse och uppföljning efter behandlingskonferensens genomförande samt att öppna upp för ett tydligare studentdeltagande. Ett större studentdeltagande lyfts även upp av WHO som en viktig del och de förordar till och med att studenterna tydligt fördelas en roll som de förväntas fullgöra, om så bara. Deltagande i MDT kan på ett naturligt sätt lyfta fram de viktigaste delarna vad studenterna behöver lägga sin energi och tid på när det gäller kunskapsinhämtande samtidigt som det ger en ökad motivation¹³.

Hur man bäst involverar studenter och yngre kollegor i MDT för att bäst ta tillvara på det pedagogiska momentet avgörs till stor del av på vilken nivå

den enskilde individen befinner sig i sin kunskap inom området, studenter måste engageras på ett sätt och yngre kollegor på ett annat sätt. Ett aktivt deltagande är dock av stor vikt för att skapa en inre motivation¹⁴.

Studenter

Ett aktivt deltagande för studenter skulle kunna innebära att en handledare inför MDT-konferensen fördelar ut ett fall till varje student för att läsa in sig på respektive fall och göra en kort sammanfattning inför mötet. Studenterna skall sedan under MDT-konferensen aktivt och kritiskt lyssna till diskussionen rörande det egna fallet och därefter sammanfatta vilket beslut som togs och om möjligt varför. Det hela kan avslutas med en gemensam diskussion mellan samtliga deltagande studenter och handledare om de beslut som togs och diskussion om varför. Man kan också ha en diskussion om vilka faktorer som kunde gjort att man valt att handlägga fallet annorlunda. Ett alternativ, eller komplement, till avslutande diskussion vore en skriftlig sammanfattning av det fall man tilldelats, den diskussion som hölls kring fallet och på vilka fakta besluten baserades. Fokus för studenter bör vara på den sammantagna utredningen och behandlingen av berörd diagnos och på vilka faktakunskaper (eller klinisk erfarenhet) detta baseras på. Det finns också ett värde av att intervjua eller följa en patient med samma diagnos för att bättre förstå innebörden av ett beslut om behandling likaväl som frånvaro av behandling¹⁴.

ST-läkare

För läkare under specialistutbildning är möjligheterna till kunskapsinhämtande och förståelse på en högre nivå. Dagens specialistutbildning ställer höga krav på specialisering inom sitt eget område men samtidigt är vården idag allt mer fokuserad kring att arbeta i team runt patienten. Tiden för att en blivande kirurg skall inhämta kunskap inom till exempel onkologi vid cancersjukdomar eller gastroenterologi vid inflammatorisk tarmsjukdom genom tjänstgöring på berörd klinik finns idag inte. Utöver den kliniska kunskapsinhämtningen är dessutom dagens krav på blivande specialister stor. Kunskapskraven är omfattande när det gäller mer mjuka värden som ledarskap, pedagogik och etik men även kvalitetsarbete och forskning skall hinnas med⁵. MDT-konferensen ingår också som en viktig del av en ST-läkares utbildning och kan utnyttjas på många sätt. ST-läkaren kan liksom studenterna förbereda sina egna patientfall, delta i diskussionen

och slutligen informera och diskutera med patienten de behandlingsförslag konferensen enats om. Ett sådant patientsamtal bör inledningsvis under placeringen ske tillsammans med handledare men bör snabbt kunna övergå i mer självständigt arbete. Att följa patientens hela väg ger en större förståelse för sjukdomen och hur den påverkar patienten. Ett aktivt deltagande i diskussionen på MDT skapar också utrymme för att bättre förstå nytta, men också risker, med angränsande behandlingsmodaliteter, i fallet med cancer i första hand strål- och cytostatikabehandling.

Yngre specialist

Att som blivande subspecialist inom ett område är svårt och tar tid. Som kirurg handlar det inte bara om det rent tekniska i att kunna utföra en operation utan mycket handlar också om och när en operation skall göras, och när man måste agera annorlunda. En yngre specialist kan med fördel vara ansvarig för att hålla i MDT-konferensen som helhet, eller åtminstone vara den som med stöd av mer erfaren kollega är den som i första hand leder diskussionen utifrån sin specialitets perspektiv. Oavsett så bör ST-läkaren få god tid på sig att läsa in sig på de berörda patientfallen, sammanfatta dem och även själv planera en möjlig behandlingsregim. Att sedan i ett forum med ömsesidig respekt få direkt återkoppling på varför man tänkt rätt liksom varför andra tänker annorlunda kan skapa ett stort pedagogiskt värde både kvalitativt och kvantitativt, eftersom ingen enskild läkare hinner se och följa lika många fall på egen hand som det som diskuteras på en MDT-konferens.

Att på ett djupare sätt och mer i detalj förstå hur andra specialister tänker kan påverka hur ST-läkaren agerar i andra situationer också. En patient som har ett akut behov av kirurgisk åtgärd på grund av en underliggande cancersjukdom får troligen en annan och mer genomtänkt kirurgisk behandling om vederbörande läkare deltar aktivt i diskussionerna kring elektiva fall med samma bakomliggande sjukdom. Det som ter sig som det bästa ur ett rent kirurgiskt perspektiv behöver nödvändigtvis inte vara det ur ett onkologiskt perspektiv och vice versa. För patienten är helheten och slutprodukten av vårdens gemensamma insatser det viktiga och om det innebär en eller flera operationer spelar då mindre roll. En detaljerad diskussion och förståelse av varandras behandlingsprinciper kan också väcka nya tankar och funderingar om hur ett visst tillstånd kan behandlas

Sammanfattning

Den kliniska rutinen med MDT-konferenser kan på många sätt utnyttjas som ett bra pedagogiskt instrument i läkarutbildningen på olika nivåer. Läkarstudenterna kan med handledning förbereda, sammanfatta och diskutera enskilda fall. ST-läkarna inom berörda specialiteter kan på ett mer effektivt sätt få en djupare förståelse för sjukdomen och hur den påverkar patienten samt också en respekt för varandras kunskaper och åsikter. För den yngre specialisten kan MDT-konferensen vara en möjlighet att få detaljkunskap och insikt inom sitt eget och angränsande områden som också påverkar kunskapsinhämtandet och förståelsen kring andra områden och ger en ödmjukhet för komplexiteten av en sjukdom och dess handläggande. Sjukvården är i kontinuerlig förändring och för att klara detta på bästa sätt måste studenter och vårdpersonal tränas i team-arbete⁶ och MDT-konferensen är där en naturlig del som kan lyftas ytterligare.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 - Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Indikatorer och underlag för bedömningar, 2013.
2. Inera (2017). "Vården i siffror." Retrieved April 24, 2017, from <https://www.inera.se/Fordjupning/fordjupad-information-om-vara-tjanster/Varden-i-siffror/>.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting. In: Socialstyrelsen, ed, 2011.
4. Bergdahl B. Mål Stadium III Läkarprogrammet. In: Universitet L, ed, 2013.
5. Utbildningskommittén. Utbildningsbok Kirurgi. In: SKF, ed: Svensk Kirurgisk Förening, 2012.
6. Morrison G, Goldfarb S, Lancken PN. Team training of medical students in the 21st century: would Flexner approve? Acad Med 2010;85:254-9.
7. Weinstein N. Human Motivation and Interpersonal Relationships: Theory, Research, and Applications. In: Weinstein N, ed. Dordrecht Heidelberg New York London: Springer, 2014.
8. Ehdin M. Motivationsmyten : få igång din och alla andras motivation både i arbetet och privat: Stockholm : Ekerlid, 2010, 2010.
9. William D, Lee C, Harrison C, et al. Teachers developing assessment for learning: impact on student achievement. Assessment in Education: Principles, Policy & Practice 2004;11:49.
10. William D. Att följa lärande : formativ bedömning i praktiken: Lund : Studentlitteratur, 2013 1. uppl., 2013.
11. Tattersall MH. Multidisciplinary team meetings: where is the value? Lancet Oncol 2006;7:886-8.
12. Organization WH. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.: WHO, 2011.
13. dos Anjos G, Peeters M, Wyatt JC, et al. Will the medical student in the team please stand up? Lancet Oncol 2012;13:757-8.
14. Tang M. Multidisciplinary teams in cancer care: pros and cons. Cancer Forum 2009;33.