

Commentaar
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2010;154:A2295

Multidisciplinaire oncologische teams: niet polderen

Raimond W.M. Giard

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, afd. Klinische pathologie, Rotterdam.
Dr. R.W.M. Giard, patholoog, klinisch epidemioloog en jurist (tevens: Erasmus School of Law,
Capaciteitsgroep burgerlijk recht, Rotterdam)
Contactpersoon: dr. R.W.M. Giard (rwm.giard@xs4all.nl)

De bekende clichés als ‘vele handen maken licht werk’ of ‘twee weten meer dan een’ doen vermoeden dat dingen vanzelf beter gaan zodra meerdere mensen zich ergens mee gaan bemoeien. Maar voor het optimaal laten functioneren van een multidisciplinair team zal er meer moeten gebeuren dan alleen de professionals bij elkaar te brengen.

Om met succes op antilopen in de savanne te kunnen jagen of hunebedden te bouwen, was men in de oertijd al op teamwerk aangewezen. Het diagnosticeren en behandelen van kanker vraagt dat tegenwoordig ook. Naarmate het diagnosticeren en behandelen van oncologische aandoeningen ingewikkelder werd, groeide de wens om de betrokken zorgprofessionals gezamenlijk bijeen te brengen en zo ontstonden er multidisciplinaire oncologische teams voor het gezamenlijk nemen van beslissingen.

Voor het bestaan van een multidisciplinair team zijn verschillende goede argumenten te bedenken: er komt meer eenvormigheid, continuïteit en coördinatie van zorg, en dat draagt bij tot betere kwaliteit. Het team zorgt voor een voortdurende audit, de onderlinge communicatie wordt geoptimaliseerd, en zo groeien betrokkenheid en collegialiteit. Artsen in opleiding kunnen er leren hun patiënten te presenteren en nieuwe ontwikkelingen binnen een betrokken vakgebied kunnen onderling kenbaar worden gemaakt. Er is beter zicht op welke patiënten gerekruteerd zouden kunnen worden om aan klinische trials mee te doen.¹ Maar is er inmiddels empirisch bewijs dat dit teamwork daadwerkelijk de veronderstelde vruchten afwerpt? We weten het nauwelijks.^{2,3}

Teamwerk levert soms ook ongewenste resultaten op, niet alleen in de geneeskunde – zie de geruchtmakende gerechtelijke dwalingen bij de Schiedammer parkmoord of bij Lucia de B. Wie het functioneren van teams wil verbeteren, stuit op centrale vragen als ‘Hoe kunnen we het effectiefst in teams werken om een omschreven taak te volbrengen?’ en ‘Hoe besturen we organisaties zodanig dat groepsprocessen optimaal bijdragen tot het doel en de effectiviteit van die organisatie?’⁴

In dit commentaar wil ik bij die vragen stilstaan, toegespitst op multidisciplinaire oncologische teams. Reden daarvoor is dat dergelijke teams veel tijd en energie vragen en dat kan alleen gerechtvaardigd worden als daar een evidente kwaliteitswinst tegenover staat. Daar kan men echter niet automatisch van uit gaan.

Factoren voor slagen of falen

Het slagen of falen van een multidisciplinair team wordt door vele factoren bepaald, waaronder sociaal-psychologische, organisatorische en informatie-technologische.⁵

Sociaal-psychologische factoren Wat betreft de sociaal-psychologische omstandigheden is in de eerste plaats de attitude van deelnemers aan de groep van belang: zien die het multidisciplinair team als een kans, en stellen zij daarom zich constructief en coöperatief op? Teams kennen het fenomeen van ‘social loafing’ (letterlijk: sociaal lummelen). Deelnemers blijken in een groep terughoudender te zijn met hun inbreng dan wanneer ze alleen zouden opereren; ze veronderstellen bijvoorbeeld dat anderen hun punt niet zullen opmerken, het al weten of eventueel niet zouden waarderen. Dit is een belangrijke kwestie, omdat onderzoek heeft uitgewezen dat het besef van de beslissende informatiebijdrage die elke deelnemer in het team levert, bepalend blijkt voor de uiteindelijk kwaliteit

van een multidisciplinair oncologisch team.⁶ Een punt hierbij nog is te voorkómen dat een teamlid dankbaar de gelegenheid aangrijpt om zichzelf te profileren ten koste van de inbreng van anderen.

Er speelt binnen teams nog een ander belangrijk psychologisch fenomeen: groepsdenken. Hieronder wordt verstaan dat de groep tot een onjuiste beslissing komt doordat de groepsleden een onderling conflict willen vermijden, waardoor men niet openstaat voor alternatieve – betere – ideeën. Soms vloeit een dergelijke houding ook voort uit de behoefte hoe dan ook unanieme beslissingen te nemen. Hier blijkt het belang van de onderlinge sfeer in de groep. Voelen de leden zich ten opzichte van elkaar veilig en durven ze dan ook een afwijkend standpunt in te nemen?⁵

Organisatie De organisatorische kant is evenzeer belangrijk. Bestaat het team daadwerkelijk alleen uit de direct betrokken professionals, inclusief oncologieverpleegkundigen, en wordt het niet te groot voor effectieve communicatie? Is er een goede vergaderruimte met alle benodigde voorzieningen waar de teamleden ongestoord vis-à-vis kunnen communiceren?

Informatietechnologie In veel ziekenhuizen worden de benodigde data tegenwoordig in een elektronisch dossier verzameld, waardoor de gegevens voor alle teamleden toegankelijk zijn. Daarom speelt informatietechnologie een belangrijke rol bij het welslagen van multidisciplinaire oncologische teams, en dienen adequate hard- en software beschikbaar te zijn. De werkprocessen kunnen daarmee worden ondersteund en gecontroleerd. Soms kan een team niet fysiek bijeenkomen en moet er een videoconferentie plaatsvinden. Daarvoor dienen de voorzieningen en de organisatie optimaal te zijn.

Hoe verder?

De bekende clichés als ‘vele handen maken licht werk’ of ‘twee weten meer dan één’ doen vermoeden dat dingen vanzelf beter gaan zodra meerdere mensen zich ergens mee gaan bemoeien. Dat is echter niet zo. Voor het optimaal laten functioneren van een multidisciplinair team zullen we dus meer moeten doen dan alleen de professionals bij elkaar brengen. Samenwerken verloopt gemakkelijker als er een duidelijke en serieuze taak ligt, waarbij glashelder is welke inbreng er – individueel of collectief – wordt verwacht. Dat werkt motiverend. Omdat het gaat om problemen op te lossen, is de eerste en belangrijkste stap helder aan te geven om welke kwesties het gaat en wie daarvoor verantwoordelijk is. Daarvoor is goede leiding nodig.

Bij bijvoorbeeld mammadiagnostiek moeten we een multidisciplinair oncologisch team niet gebruiken om de gegevens bijeen te brengen – die staan al in het elektronisch dossier – maar draait het om procestoetsing: hebben we een sluitende diagnostiek of zijn er discordanties, en hebben we daarom nog nader onderzoek nodig? En in geval van de diagnose ‘borstkanker’: is de preoperatieve diagnostiek nu afgerond? Een dergelijk team dient zich dus alleen te buigen over die aspecten waar de gezamenlijke inspanning vruchten afwerpt. Daar hoort grondig voorwerk aan vooraf te gaan, resulterend in concrete vragen aan het team. Oncologiebesprekingen zijn geen oefeningen in polderen.

Conclusie

Waar steeds vaker om multidisciplinaire oncologische teams gevraagd wordt voor diagnostiek en behandeling van bepaalde tumoren, bijvoorbeeld colorectaal carcinoom,⁷ wordt een groot beroep gedaan op radiologen, pathologen en oncologen. We zullen dus goed moeten nadenken over het nut en de noodzaak ervan, en de juiste inrichting van de werkprocessen. Daar ligt nog een duidelijke onderzoekstaak en moeten beslissingen genomen worden. Daarnaast dienen we ook aandacht te schenken aan de juridische dimensies van groepsbeslissingen.^{8,9} We zijn op het gebied van oncologiecommissies duidelijk aan een inhoudelijke kwaliteitsslag toe.

Literatuur

1. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol.* 2006;7:935-43.
2. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, Griffith C, Trevatt P, Richards M, Ramirez AJ. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ.* 2010;340:c951
3. Mesmer-Magnus JR, DeChurch LA. Information sharing and team performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology* 2009;94:535-46.

4. West MA, Brodbeck FC, Richter AW. Does the 'romance of teams' exist? The effectiveness of teams in experimental and field settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2004;77:467-73.
5. Stokols D, Misra S, Moser RP, Hall KL, Taylor BK. The ecology of team science: understanding contextual influences on transdisciplinary collaboration. *Am J Prev Med.* 2008;35:S96-115.
6. Jenkins VA, Fallowfield LJ, Poole K. Are members of multidisciplinary teams in breast cancer aware of each other's informational roles? *Qual Health Care.* 2001;10:70-5.
7. Wood JJ, Metcalfe C, Paes A, Sylvester P, Durdey P, Thomas MG, Blazeby JM. An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis.* 2008 ;10:769-72.
8. Sidhom MA, Poulsen MG. Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol.* 2006;7:951-4.
9. Studdert DM. Can liability rules keep pace with best practice? The case of multidisciplinary cancer care. *Med J Aust.* 2008;188:380-1.

Belangenconflict: de auteur is lid van oncologiecommissies en multidisciplinaire oncologische teams.
Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 27 mei 2010