

Survey vedr. status for MDT-konferencerne i DMCG.dk

Maj - juni 2021

Indhold

Baggrund	3
Samlet vurdering af status for MDT-konferencerne baseret på nærværende survey	4
Status for MDT-konferencen- survey til dmccg-formænd	7
Opsummering af resultaterne ud fra besvarelser fra dmccg-formænd	21
Status for MDT-konferencen – Survey til deltagere/MDT-konferencer	22
Opsummering af survey-resultater vedr. status for MDT-konferencen blandt deltagere/MDT-konferencer	44

Baggrund

MDT-udvalget blev nedsat af DMCG.dk's forretningsudvalg i 2015. På baggrund af efterspørgsel på en klinisk forankret vejledning fra Danske Regioner, RKKP, DMCG.dk og Sundhedsstyrelsen udfærdigede udvalget en [vejledning til afholdelse af MDT-konferencer](#).

Siden er implementeringen af optimale rammer blevet fokus for det opfølgende arbejde i udvalget, først med [surveyrapport](#) i 2019 og derpå med nærværende survey til formænd og MDT-konferencer indenfor alle DMCG'er. DMCG.dk har et stående ønske om at følge op på implementeringen og udviklingen af MDT-konferencerne og afdække eventuelt behov for at tilrette den gældende vejledning.

Nærværende undersøgelse består af to spørgeskemaer; et er rettet mod cancergruppernes formænd og et andet mod de enkelte MDT-konferencer. Førstnævnte har primært haft fokus på MDT-konferencens rolle i den pågældende DMCG's kliniske retningslinje, mens sidstnævnte primært har haft fokus på den praktiske afvikling af MDT-konferencerne. Spørgeskemaernes indhold er drøftet og afprøvet i MDT-udvalget samt i Udvalg for Tværgående Indikatorer. Vi takker for alle de konstruktive input, vi har modtaget.

Der har været mulighed for såvel elektronisk som manual mailbesvarelse.

Udsendelse af spørgeskema til formænd er varetaget af Dorrit Andersen, RKKP. Surveys er udsendt den 25. maj 2021 med svarfrist den 1. juli 2021. Formændene har sendt videre til respektive MDT-konferencer inden for egen cancergruppe i hele landet.

Survey til formænd er udsendt til 25 formænd. Vi har modtaget 15 besvarelser. Survey rettet mod MDT-konferencerne har genereret 57 besvarelser. Begge surveys afrapporteres i nærværende rapport.

Det er vores forhåbning, at svarene vil give anledning til refleksion og debat.

På vegne af MDT-udvalget

Torben Riis Rasmussen

*Formand for MDT-udvalget,
Overlæge, klinisk lektor*

Samlet vurdering af status for MDT-konferencerne baseret på nærværende survey

Det må konstateres, at kun få DMCG'er har defineret i retningslinje, hvorledes en MDT-konference skal afholdes indenfor deres kræftgruppe, ligesom få i retningslinje har angivet hvilke spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen, eller hvilke oplysninger, der skal foreligge om patienten, før diskussion på MDT-konference. Hermed er det heller ikke for flertallet af DMCG'er i retningslinje angivet, hvorledes patientens eventuelle somatiske eller psyko-sociale komorbiditeter inddrages i beslutningerne på MDT-konferencen. Dette til trods angiver mere end halvdelen af MDT-konferencerne dog, at patienternes præferencer helt eller delvist inddrages i diskussionen på konferencen, og fra godt halvdelen af MDT-konferencerne angives også, at man ved MDT-konferencen har en samlet skriftlig fremstilling af patientens udredningsresultater – en anbefaling fra MDT-udvalgets tidligere survey. Men mindre end halvdelen af MDT-konferencerne nedfælder conferencebeslutningen på stedet, og tilsvarende sikrer mindre end halvdelen, at beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen.

På nuværende tidspunkt angiver kun et fåtal af DMCG'ernes formænd, at deres DMCG er begyndt at registrere, om deres patienter har været diskuteret på en MDT-konference, hvilket fremadrettet er valgt som en fælles, tværgående kvalitetsindikator for alle kræftforløb. Men af besvarelsene fra MDT-deltagerne fremgår dog, at ca. 2/3 af alle patienter i kræftforløb diskuteres på MDT-konference, og knap halvdelen af MDT-konferencerne angiver, at de registrer, at der er afholdt MDT-konference, enten direkte i deres databasen eller med kode herfor i LPR. De patienter, der ikke tages på MDT-konference, er dels patienter, som opfattes som klart inkurable, og dels patienter, som vurderes oplagt kurable. Herudover er der dog også en kategori af patienter, som falder udenfor de 2 førnævnte kategorier, men hvor nærværende survey ikke kan udsige præcist, hvad det er for patienter. Man kan spekulere, om det f.eks. er patienter, hvor man gennem udredningen ikke påviser malign sygdom, hvilket ønskes besluttet på en MDT-konference.

I forhold til resultaterne fra MDT-udvalgets tidligere survey på MDT-konferencerne indenfor de 4 største kræftsygdomme – bryst-, lunge-, prostata- og colorectalcancer, er der over den forløbne tid sket en forbedring i forhold til, at de fleste MDT-konferencer nu angiver tilfredsstillende lokale- og IT-mæssige forhold. Der angives også i stor udstrækning at være entydigt ejerskab til lokaler og konferencens IT-udstyr – begge dele en anbefaling fra MDT-udvalgets tidligere survey. Der synes også nu generelt at være afsat den fornødne tid til selve afholdelsen af MDT-konferencen – igen en anbefaling fra tidligere survey. Men det halter stadigvæk med fornøden forberedelsestid, hvilket kan siges specielt at ramme radiologer og patologer, som repræsenterer de 2 specialer, der hyppigst deltager i MDT-konferencerne, ligesom der er stor variation i forhold til, om opfølgningen på MDT-konferencen er tænkt ind i arbejdstilrettelæggelsen.

Inden for nogle få kræftgrupper afholdes der interne audits på MDT-beslutningerne i forhold til, om behandlingsbeslutningerne ved MDT-konferencen svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med senest opdaterede retningslinje, mens eksterne audits stort set ikke forekommer. Men i flere kræftgrupper afholdes så til gengæld nationale MDT-konferencer.

Site-visits mhp inspiration og læring fra andre MDT-konferencer er sjældne.

Uddannelsespotentialet i MDT-konferencerne udnyttes ikke i den udstrækning, som kunne ønskes, idet færre end halvdelen af MDT-konferencerne planlægger, at yngre læge deltager i konferencen.

Samlet kan man således konkludere, at der på flere af de områder, hvor der ud fra MDT-udvalgets tidligere survey blev gjort anbefalinger, faktisk er sket forbedringer i overensstemmelse med anbefalingerne. Således mht entydigt ejerskab til conferencefaciliteterne i form af lokaler og IT-udstyr og IT-udstyrets funktion. Ligeledes til dels mht fornøden tid før, under og efter MDT-konferencen.

For andre af anbefalingerne er der fortsat et udviklingspotentialt – således udnyttes uddannelsespotentialt ikke fuldt ud, og for kun ca. halvdelen af MDT-konferencerne har man patienternes udrædningresultater i en samlet skriftlig fremstilling, ligesom man for færre end halvdelen af MDT-konferencerne sikrer, at beslutningsnotatet fra konferencen er i overensstemmelse med beslutningerne taget på konferencen.

Kun 2/3 af patienterne diskuteres på MDT-konference, selvom det i princip anbefales for alle patienter. Når det bliver indført som en fælles tværgående kvalitetsindikator, vil man sandsynligvis fastsætte en standard på 90%. Men samtidig er det også en udfordring for mange kræftgrupper med et stort patientvolumen at få alle patienter diskuteret på MDT-konference. En mulig løsning på dette dilemma kunne være, at man i sin retningslinje definerede hvilke patienter, der kunne MDT-behandles i et 'fast-track' system, hvilket praktiseres enkelte steder i udlandet (bl.a. i Basel/Schweiz), hvor man for bestemte patientkategorier elektronisk kan udsende et oplæg til en MDT-konference med forslag til beslutning. Hvis alle specialer, der er involveret i MDT-konferencen, tilslutter sig det fremsatte forslag til behandling, så vedtages det som MDT-konklusion. Men kan blot én ikke tilslutter sig forslaget tages den pågældende patient op på den ordinære MDT-konference. Herved kan man dels reducere omfanget af de ordinære MDT-konferencer, og dels kan patienter MDT-konfereres på daglig basis og behøver ikke vente til næste ordinære MDT-konference.

I forhold til de udviklingspotentialer, som blev påpeget fra MDT-udvalget i forbindelse med tidligere survey, og som primært var vedrørende kontrol og sikring af kvaliteten af de beslutninger, der blev truffet på MDT-konferencen, er der desværre fortsat lang vej.

Nedenfor er anført de kvalitetsudviklingspotentialer, som blev listet i konklusionen på MDT-udvalgets tidligere survey, og som altså i stor udstrækning fortsat er gældende.

- 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.

Et yderligere kvalitetsudviklingspotentialer kunne også ligge i at afholde en POST-terapeutisk MDT-konference mhp at styrke læringen derved, at MDT-konferencens deltagere opdateres på, om den beslutning, man tog om behandlingstilbud, førte til det tilsigtede resultat. Et enkelt MDT-site indenfor DBCG (på OUH) angiver at praktisere dette, ligesom det også praktiseres enkelte steder i udlandet.

MDT Survey - Formænd for DMCG'er

Der er udsendt survey til 25 DMCG-formænd. Der er modtaget 15 besvarelser. Som det fremgår, giver besvarelserne derved ikke overblik over samtlige aktuelle MDT-konferencer i regi af dmcg'erne.

Sp. 1. Gruppenavn og Sp. 2: På hvilke hospitaler afholdes MDT-konferencer inden for din dmcg?

Svar nr	Sp. 1. Gruppenavn	På hvilke hospitaler afholdes MDT-konferencer inden for din DMCG?
1	PAL (<i>Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats</i>)	-
2	DSG (<i>Dansk Sarkom Gruppe</i>)	Rigshospitalet (inkl. deltagelse fra Herlev Hospital) Aarhus Universitetshospital
3	DLG (<i>Dansk Lymfom Gruppe</i>)	Rigshospitalet, (Herlev Hospital indtil for nylig), Sjællands Universitetshospital Roskilde, Vejle Sygehus, Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital, Regionshospitalet Holstebro, Esbjerg Sygehus
4	DSKMS (<i>Dansk Studiegruppe for Kroniske Myeloide Sygdomme</i>)	-
5	DBCG (<i>Dansk Brystcancer Gruppe</i>)	Ålborg Universitetshospital, Århus Universitetshospital, Viborg Hospital, Vejle Sygehus, Esbjerg Hospital, Aabenraa Sygehus, Odense Universitetshospital, Herlev Hospital, Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital Roskilde
6	DPCG (<i>Dansk Pancreas Cancer Gruppe</i>)	Odense Universitetshospital, Århus Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital, Vejle Sygehus og Rigshospitalet
7	ALG (<i>Akut Leukæmi Gruppen</i>)	Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Herlev Hospital/Rigshospitalet
8	DOOG (<i>Dansk Okulær Onkologi Gruppe</i>)	Rigshospitalet, Århus Universitetshospital,
9	DLCG (<i>Dansk Lunge Cancer Gruppe</i>)	Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Vejle, Odense Universitetshospital, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Næstved Sygehus, Gentofte Hospital, Bispebjerg Hospital
10	DCCG (<i>Dansk Kolorektalcancer Gruppe</i>)	Koloncancer: Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hillerød Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Slagelse Sygehus, Sygehus Lillebælt, Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Hospital, Sønderjylland Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Horsens Sygehus, Hospitalsenheden Vest, Randers Hospital, Viborg Hospital, Aalborg Universitetshospital, Hjørring Sygehus. Rectumcancer: Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hillerød Hospital, Hvidovre Hospital, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Slagelse Sygehus, Lillebælt Hospital, Odense Uni-

		versitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sønderjylland Hospital, Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Vest, Aalborg Universitetshospital
11	DGCG (<i>Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe</i>)	Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet
12	DaBlCa (<i>Dansk Blære Cancer Gruppe</i>)	Aalborg Universitetshospital, Regionshospitalet Holstebro, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Herlev Hospital, Sjællands Universitetshospital Roskilde og Rigshospitalet
13	DaPeCa (<i>Dansk Penis Cancer Gruppe</i>)	Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet
14	DAHANCA (<i>Dansk Hoved-/hals-cancer Gruppe</i>)	Rigshospitalet, Herlev Hospital, Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital
15	DNOG (<i>Dansk Neuro-Onkologisk Gruppe</i>)	Rigshospitalet, Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital

Der er ikke modtaget svar fra:

DACG (*Dansk Anal Cancer Gruppe*),

DMG (*Dansk Melanom Gruppe*),

DAPHO (*Dansk Pædiatrisk Hæmatologisk Gruppe*),

DHG (*Dansk Multidisciplinær Non-Melanom Hudkræft Gruppe*),

DAPROCA (*Dansk Prostata Cancer Gruppe*),

DARENCA (*Dansk Renal Cancer Gruppe*),

DATECA (*Dansk Testis Cancer Gruppe*),

DEGC (*Dansk EsophagoGastrisk Cancergruppe*),

DLGCG (*Dansk Lever-Galdevejs Cancer Gruppe*),

DMSG (*Dansk Myelomatose Studiegruppe*).

For PAL gælder, at de ikke har egne konferencer eller deltager i MDT-konferencer.

Sp. 3: Har DMCG'en retningslinje for hvorledes MDT-konference afholdes (f.eks. ift. krav om specifikke specialers deltagelse for beslutningsdygtighed eller udformning af oplæg)?

SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	6.67%	1
Nej	60.00%	9
Delvist	33.33%	5
I ALT		15

Specifikation af hvilke specialer, der bør deltage obligatorisk, synes ikke at være udbredt. På trods af at Sundhedsstyrelsen har MDT-konferencen som markør for forløbet, så har de nærmere ikke specificeret det. Sundhedsstyrelsen rammesætter blot, at patienten skal vurderes på MDT-konferencen og hvornår.

Sp. 4: Registreres drøftelse på MDT-konference systematisk i databasen og/eller i LPR med SKS-kode?

SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	20.00%	3
Nej	80.00%	12
Ved ikke	0.00%	0
I ALT		15

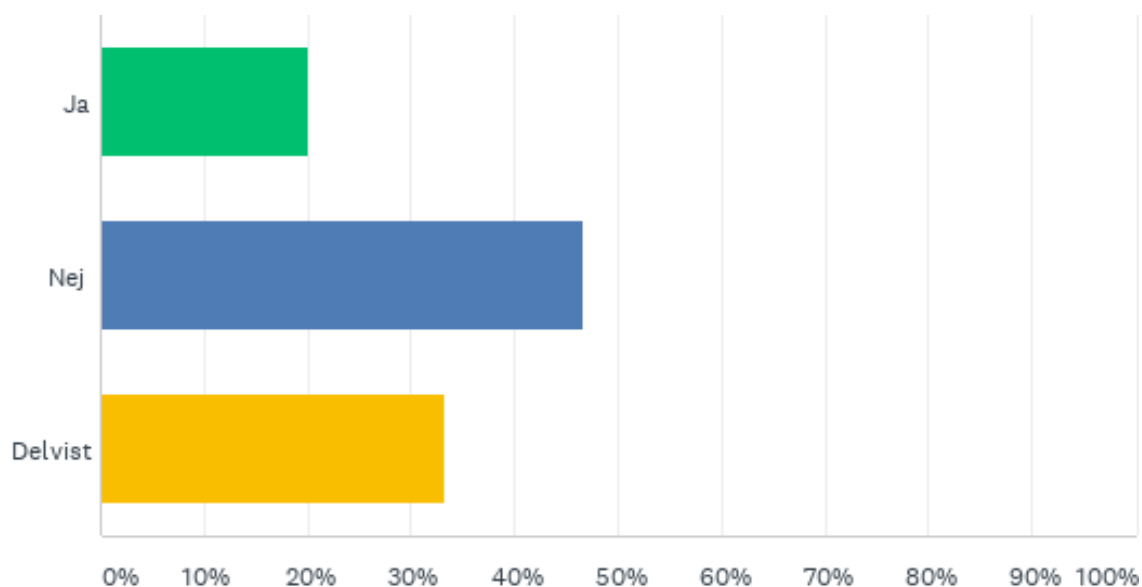
Da kun tre ud af 15 har besvaret dette spørgsmål bekræftende, bekræftes behovet for at sætte fokus på registrering. Registrering af drøftelse på MDT-konferencen er en tilstræbt kvalitetsindikator. Det er ikke entydigt om besvarelsen dækker nationalt eller er lokalt baseret.

Sp. 5: Hvis ja, offentliggøres det da, f.eks. som indikator i årsrapport?

SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	66.67%	2
Nej	33.33%	1
I ALT		3

Spørgsmålet er kun besvaret af de tre, der har svaret bekræftende på sp. 4. Man kan overveje, hvorvidt om spørgsmålet er misforstået, således at der med årsrapport er associeret til cancergruppens årsrapport til RKKP frem for databasens årsrapport. Fremadrettet specificeres, at det er databasens årsrapport.

Sp. 6: Er der i retningslinjen angivet kriterier for hvilke patienter, der skal diskuteres på MDT-konference?



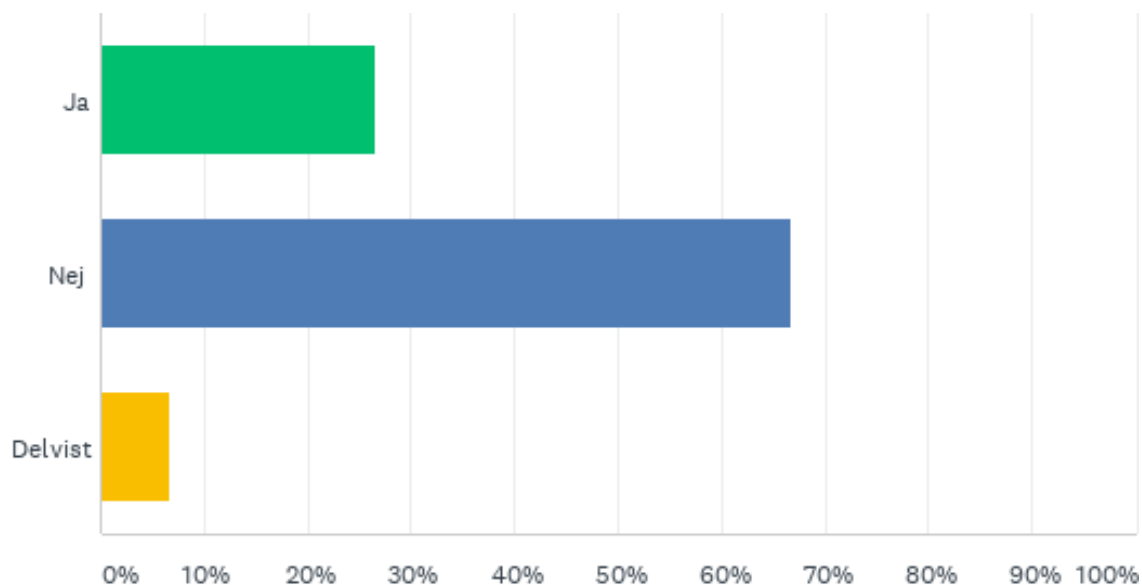
SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	20.00%	3
Nej	46.67%	7
Delvist	33.33%	5
I ALT		15

Ift kvalitet bør det defineres hvilke patienter, der skal drøftes, og hvilke undtagelser, der er.

Nogle MDT-konferencer registrerer kun nyhenviste patienter og en del har ikke mulighed for at registrere ved recidiv i databasen.

Hvis der skal være indikator for registrering skal det være meget præcist angivet hvilket besøg eller drøftelse, der skal indberettes. For mange konferencer vil første drøftelse på MDT-konferencen være den mest retvisende.

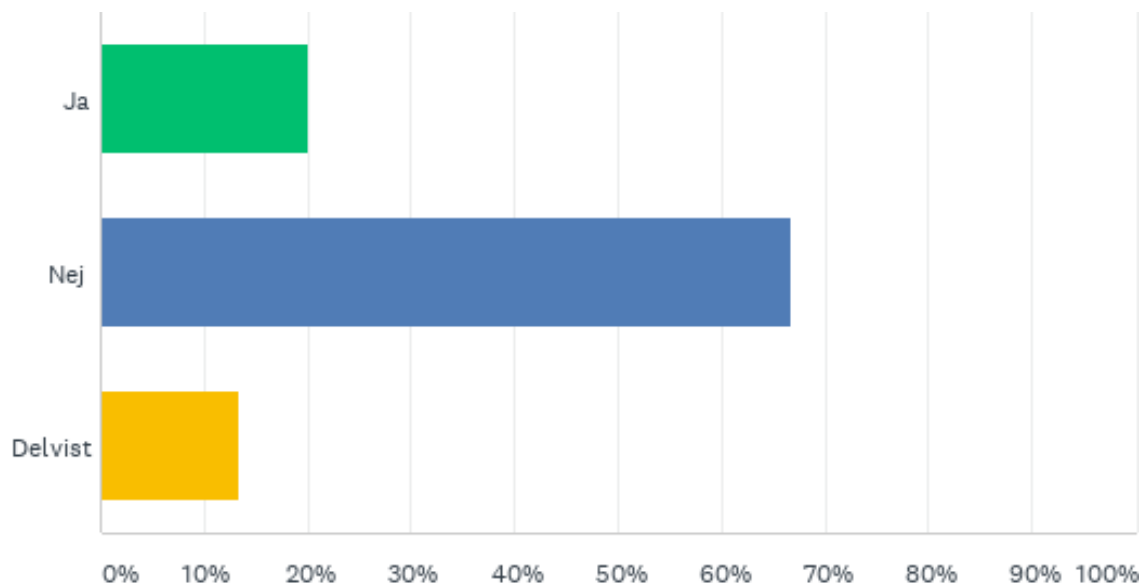
Sp. 7: Er det i retningslinjen angivet, hvilke oplysninger, der skal foreligge før MDT-konference?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER
Ja	26.67% 4
Nej	66.67% 10
Delvist	6.67% 1
I ALT	15

Det varierer hvilke undersøgelser, der skal foreligge før drøftelse på MDT-konferencen. Meget få ser ud til at have dette specificeret i en retningslinje. Der er behov for løbende opdatering af specifikationer, men som beskrevet i en [vejledning til afholdelse af MDT-konferencer](#), er det uomtvisteligt meget relevant. Det forsinker ofte patientforløbet, når oplysninger mangler.

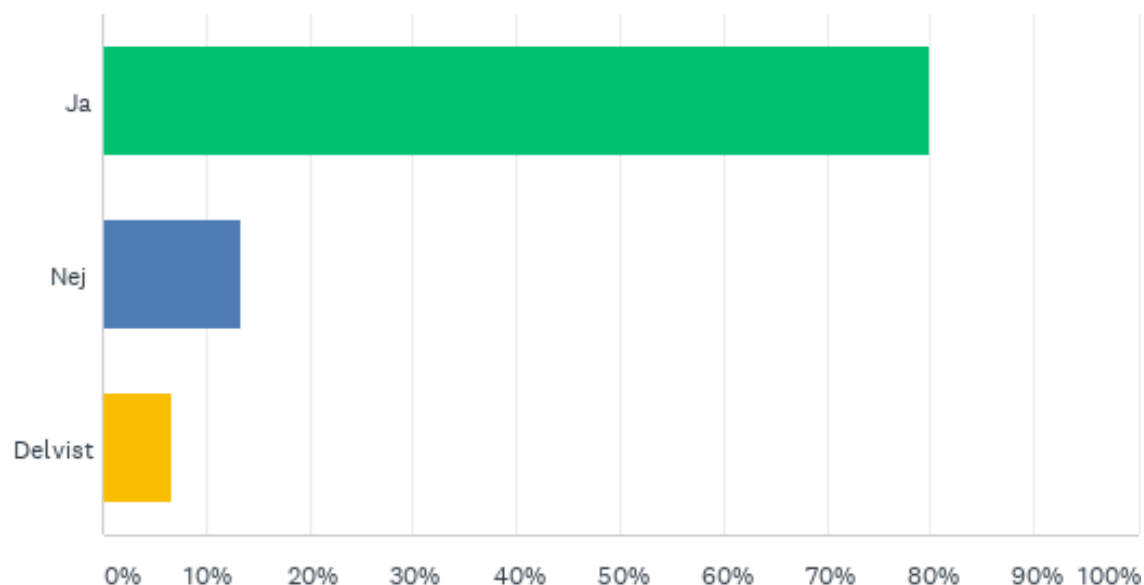
Sp. 8: Er det i retningslinjen angivet hvilke kliniske spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen (såsom f.eks. TNM-stadie og behandlingsmuligheder)?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	20.00%	3
Nej	66.67%	10
Delvist	13.33%	2
I ALT		15

En femtedel har specificeret de kliniske spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen, mens 2/3 dele ikke har specificeret det. Besvarelsene er forbundne med det begrænsede antal, der svarede positivt på, om der eksisterer en retningslinje.

Sp. 9: Er der i DMCG's kliniske retningslinjer angivet, hvilken behandling en given defineret patient bør tilbydes?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	80.00%	12
Nej	13.33%	2
Delvist	6.67%	1
I ALT		15

Det forekommer overraskende, at der er tre cancergrupper, der ikke har retningslinje. Dette kan muligvis forklares ved, at nogen ikke har MDT konferencer eller kliniske retningslinjer, fx PAL.

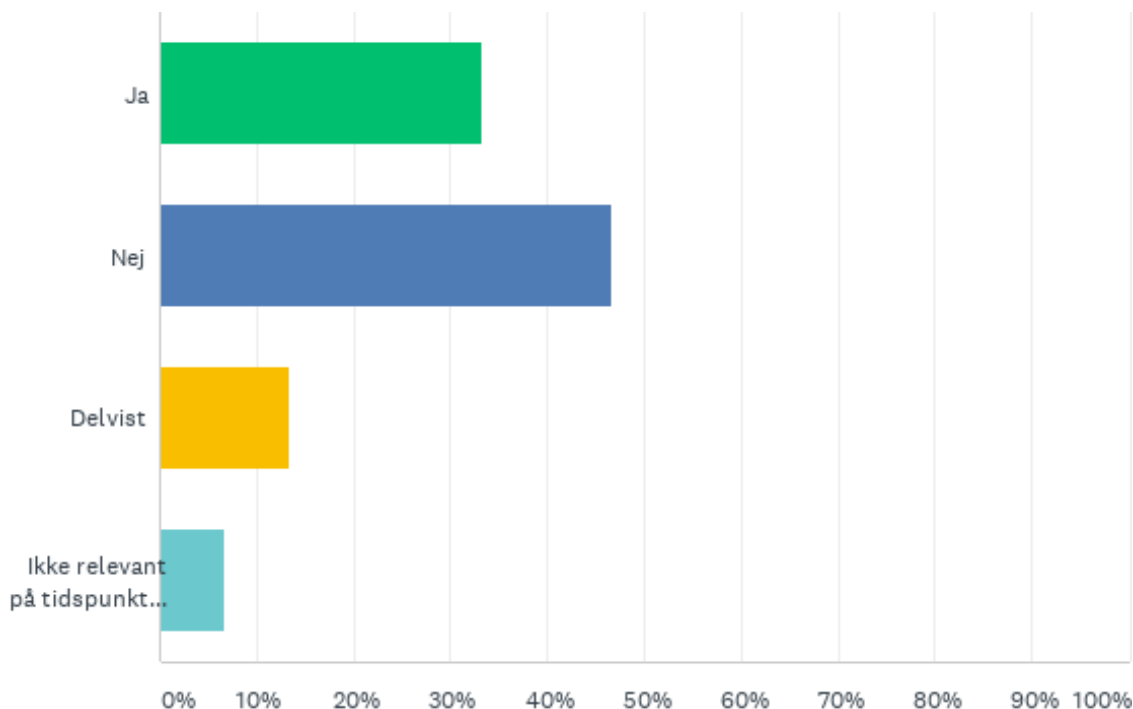
Sp. 10: Slettet i forbindelse med efterfølgende gennemgang af besvarelser.

Sp. 11: Er det i retningslinje angivet, at patienter skal informeres om mulighed for second opinion ved anden MDT?

SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	0.00%	0
Nej	100.00%	15
I ALT		15

Det kan diskuteres, hvor denne information til patienten hører til - i en retningslinje eller mere i regi af SST? Men det er erfaringen, at det foregår i onkologisk og kirurgisk regi. Andre har såkaldte revisioner, og det er almindeligt forekommende. også selv om det ikke er nedfældet.

Sp. 12: Er der i DMCG's kliniske retningslinjer angivet, at patientens eventuelle somatiske comorbiditeter skal vurderes/inddrages ved MDT-konferencen?

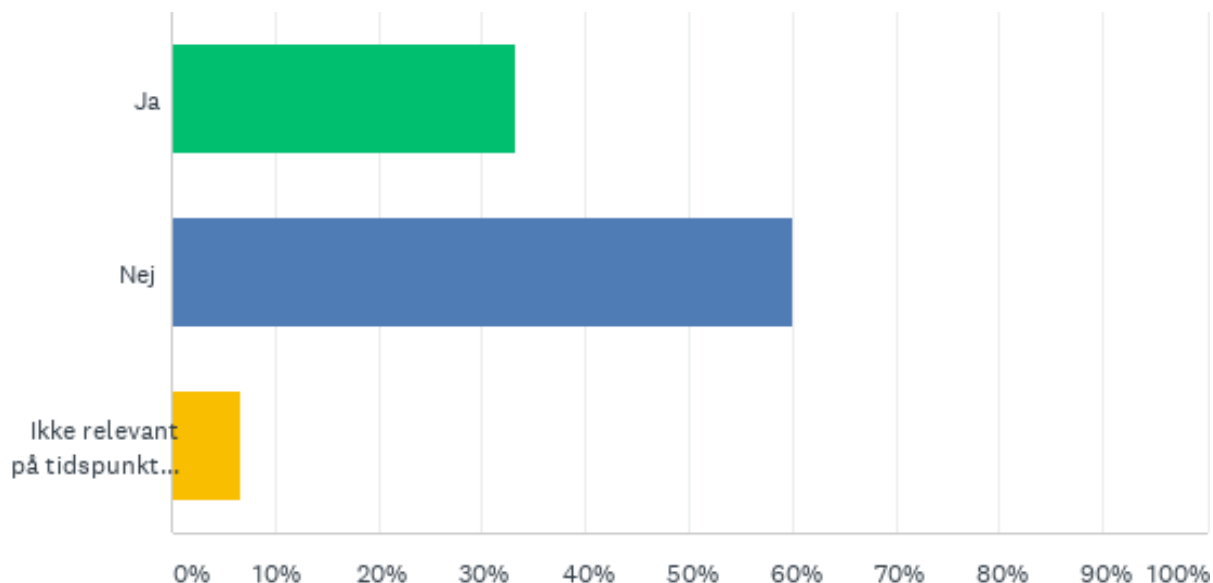


SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	33.33%	5
Nej	46.67%	7
Delvist	13.33%	2
Ikke relevant på tidspunktet for MDT-konferencen	6.67%	1
I ALT		15

For mange vurderes det at gælde, at selvom det ikke er anført eksplicit, gør man det på konferencen.

Det er oplagt, at det er godt at have det nedfældet og godt at praktisere det, men det er ikke altid muligt; Patienten kan være kommet hurtigt ind i forløbet, og det kan derfor være svært. Besvarelsen 'Ikke relevant' kan således i nogle tilfælde være 'ikke muligt'.

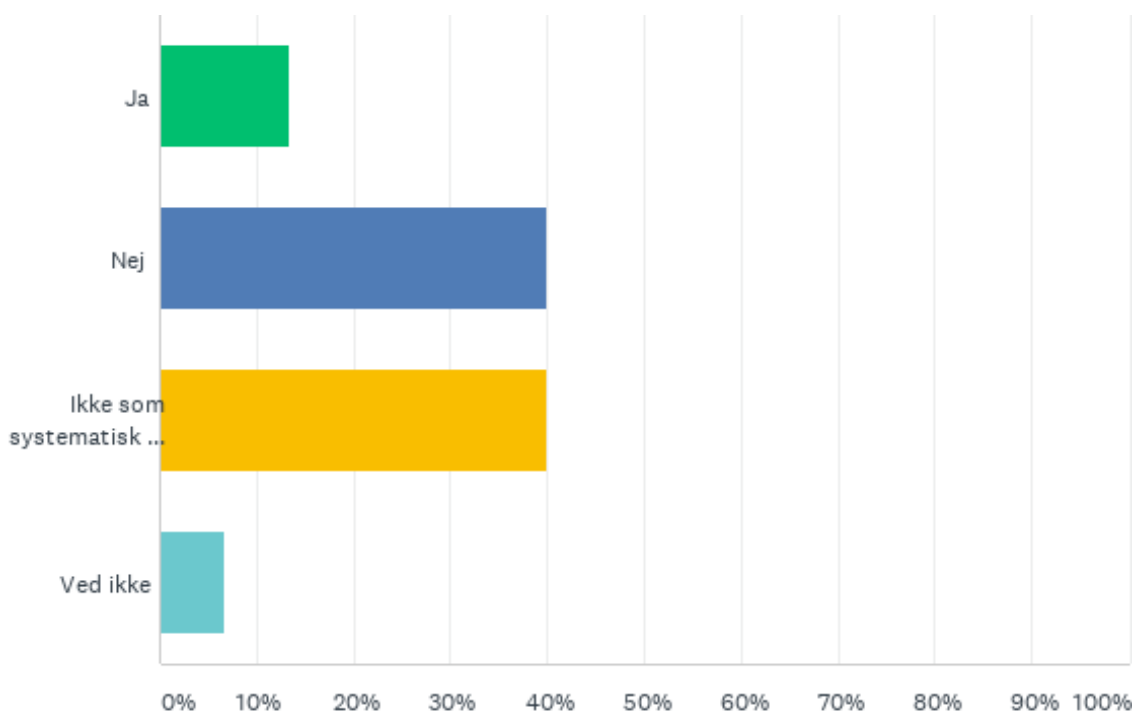
Sp. 13: Er der i retningslinjen angivet, at patientens eventuelle psykosociale, støttende & palliative plejebehov skal tages i betragtning i forhold til MDT-konferencens beslutning?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	33.33%	5
Nej	60.00%	9
Ikke relevant på tidspunktet for MDT-konferencen	6.67%	1
I ALT		15

Spørgsmålet relaterer sig til tidligere spørgsmål. Spørgsmål og besvarelser siger kun noget om, hvorvidt det er specificeret, hvilket det for 60 % vedkommende ikke er for nuværende.

Sp. 14: Er der indenfor DMCG'en tradition for interne (i egen MDT-konf. regi) audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret klinisk retningslinje?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	13.33%	2
Nej	40.00%	6
Ikke som systematisk / planlagt aktivitet	40.00%	6
Ved ikke	6.67%	1
I ALT		15

Besvarelserne går på nationale traditioner i de respektive cancergrupper dvs. hvor vidt cancergrupperne sørger for, at sådanne tiltag implementeres i de enkelte MDT-konferencer.

Kun 2 ud af 15 har tradition for interne audit på MDT-beslutningerne.

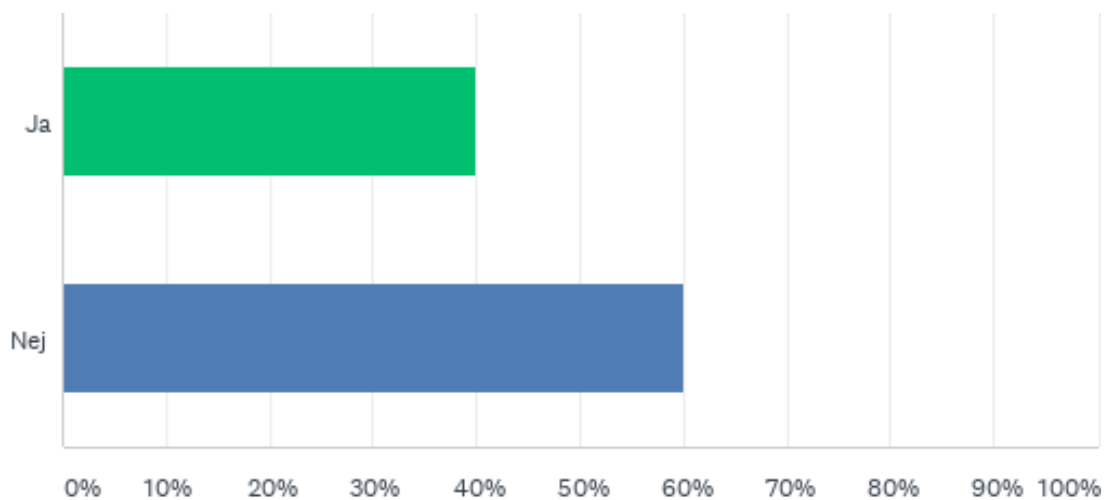
Besvarelserne skal sammenholdes med besvarelser fra de lokale MDT-konferencer.

Sp. 15: Er der indenfor DMCG'en aftale om, at der foretages eksterne audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret klinisk retningslinje – f.eks. ved at lade anden MDT inden for samme DMCG kræftpakke revurdere en stikprøve af cases uden kendskab til tidligere MDT's vurdering og beslutning ift diagnose, TNM kategorier, UICC e.lign. stadie og behandlingstilbud?

SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	0.00%	0
Nej	100.00%	15
Ikke som systematisk / regelmæssig aktivitet	0.00%	0
Ved ikke	0.00%	0
I ALT		15

Besvareelserne skal sammenholdes med besvareelser fra de lokale MDT-konferencer.

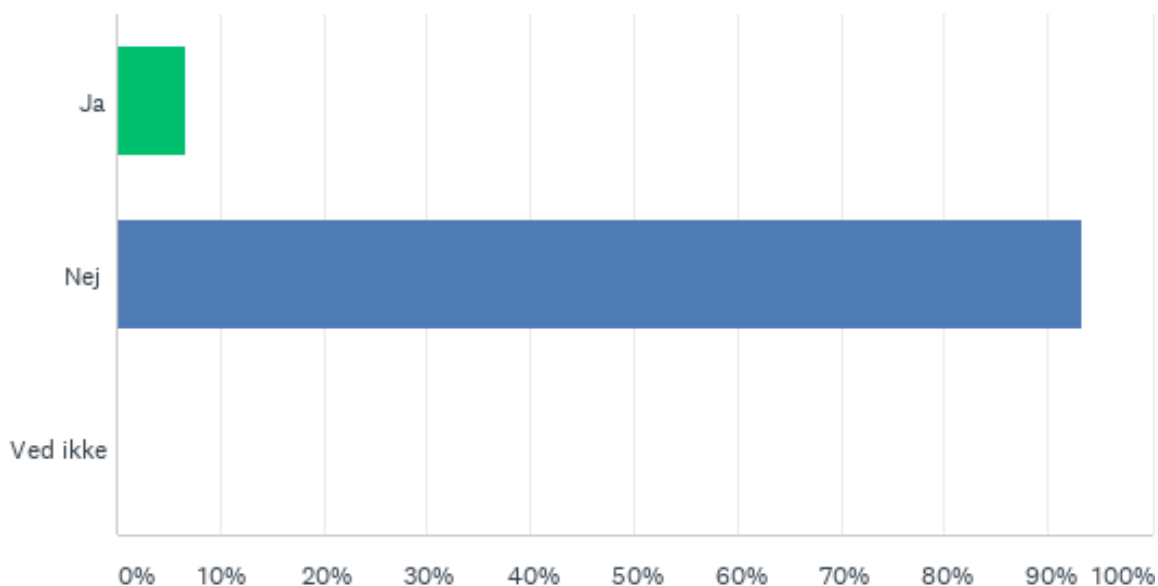
Sp. 16: Afholdes der indenfor DMCG'en Nationale MDT-konferencer?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	40.00%	6
Nej	60.00%	9
I ALT		15

Da antallet af MDT-konferencer inden for de enkelte cancergrupper varierer, ligesom antallet af cases, skal dette medtænkes, når man ser på dette svar.

Sp. 17: Er der indenfor DMCG'en tradition for site-visits ved andre MDT-konferencer mhp erfaringsudveksling?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	6.67%	1
Nej	93.33%	14
Ved ikke	0.00%	0
I ALT		15

Besvarelsene viser, at et sådan tiltag er vanskeligt at organisere inden for det daglige kliniske arbejde. Site-visits kunne give god mening, hvis det var muligt at organisere og prioritere.

Besvarelsene skal sammenholdes med besvarelser fra de lokale MDT-konferencer.

Opsummering af resultaterne ud fra besvarelsene fra DMCG-formændene

Det kan konkluderes, at

- meget få DMCG'er har en retningslinje for MDT-konferencens afholdelse
- drøftelse af patientcases på MDT-konference for 80% s vedkommende ikke registreres systematisk i databasen og/eller i LPR med SKS-kode
- meget få grupper har kliniske retningslinjer, der angiver hvilke kliniske spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen (såsom f.eks. TNM-stadie og behandlingsmuligheder) – mens flertallet i retningslinjerne har beskrevet, hvilke behandlingstilbud patienterne skal tilbydes.
- næsten halvdelen af grupperne har ikke i de kliniske retningslinjer udspecificeret, hvilke patienter der skal vurderes på MDT-konference
- to tredjedele har ikke en retningslinje, hvori det angives hvilke oplysninger om patienten, der skal foreligge forud for konferencen, eller hvilke spørgsmål der skal afklares på konferencen
- flertallet har ikke en retningslinje, der angiver, at patientens eventuelle somatiske comorbiditeter skal vurderes/inddrages ved MDT-konferencen
- 60% af grupperne angiver, at der ikke i en retningslinje er angivet, at patientens eventuelle psyko-sociale, støttende & palliative plejebehov skal tages i betragtning i forhold til MDT-konferencens beslutning
- ingen af grupperne har en retningslinje, der foreskriver information om second opinion
- Intern audit på MDT-beslutninger foregår i nogen udstrækning mens eksterne audit ikke forekommer
- Nationale konferencer foregår i en del cancergrupper, mens site-visits er sjældne.

Status for MDT-konferencen – Survey til deltagere/MDT-konferencer

Sp. 1: Cancergruppe og 2: Hospital:

Besva- relse nr	Cancergruppe	Hospital
1	Hæm-DMCG, Akut Leukæmi	Aalborg Universitetshospital
2	Hæm	Rigshospitalet
3	DLCG	Næstved sygehus (Næstved-Slagelse-Ringsted sygehus)
4	DLCG	Aarhus Universitetshospital
5	DLCG	Bispebjerg Hospital
6	DLCG	Bispebjerg-Frederiksberg
7	DLCG	Odense Universitetshospital, OUH Center for Lungekræft (CFL)
8	DGCG	Odense Universitetshospital
9	DGCG	Aarhus Universitetshospital
10	DGCG	Aalborg Universitetshospital
11	DaBlaCa	Aarhus Universitetshospital og Holstebro Sygehus (fælles regional MDT)
12	DaBlaCa	Herlev Hospital
13	DaBlaCa	Aalborg Universitetshospital
14	DaBlaCa	Sjællands Universitetshospital Roskilde
15	DaBlaCa	Odense Universitetshospital
16	DaBlaCa	Rigshospitalet
17	DAHANCA	Aarhus Universitetshospital
18	DAHANCA	Rigshospitalet/Herlev Hospital
19	DAHANCA	Aarhus Universitetshospital
20	DAHANCA	Aalborg Universitetshospital
21	DaProCa	Herlev Hospital
22	DOOG	Rigshospitalet Blegdamsvej
23	ALG	Aarhus Universitetshospital
24	ALG	Odense Universitetshospital
25	ALG	Herlev Hospital
26	DBCG	Aarhus Universitetshospital
27	DBCG	Rigshospitalet
28	DBCG	Herlev Hospital og Rigshospitalet, 50 % hvert sted
29	DBCG	Aalborg Universitetshospital, område Syd
30	DBCG	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
31	DBCG	Herlev – Gentofte Hospital
32	DBCG	Roskilde/Næstved
33	DBCG (OBS: vi har både ALM samt POST MDT)	Odense Universitetshospital

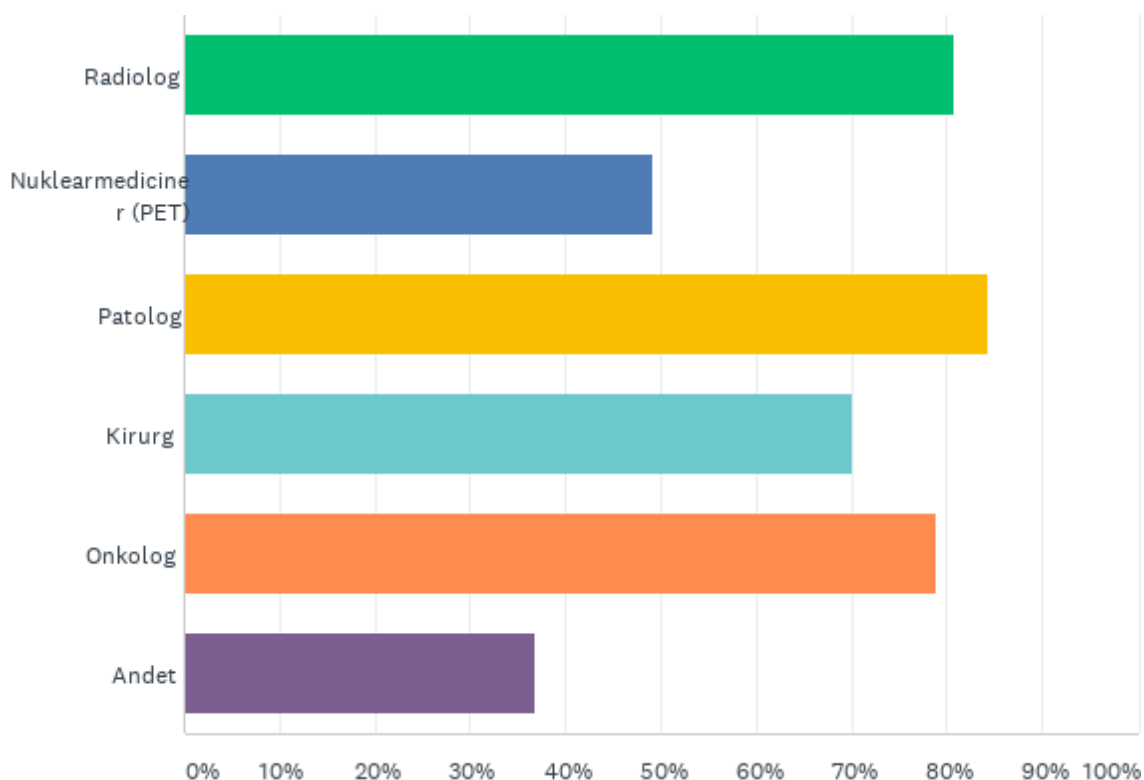
34	DBCG	Sjællands Hospital, Roskilde
35	DBCG	Sygehus Lillebælt, Vejle
36	DBCG	Herlev Hospital (onkologiske patienter, der er færdigopererede mhp videre forløb)
37	DBCG	Herlev Hospital (neoadjuverende beh. mhp præoperativ vurdering)
38	DSKMS - Kroniske myeloide	Sjællands Universitets Hospital Roskilde
39	DSKMS - Kroniske myeloide	Rigshospitalet
40	DSKMS - Kroniske myeloide	Aalborg Universitetshospital
41	DPCG	Rigshospitalet
42	DLG - Dansk Lymfomgruppe	Aalborg Universitetshospital
43	DLG - Dansk Lymfomgruppe	Herlev Hospital
44	DLG - Dansk Lymfomgruppe	Aarhus Universitetshospital
45	DLG - Dansk Lymfomgruppe	Regionshospitalet Holstebro
46	DNOG	Aalborg Universitetshospital
47	DCCG	Odense Universitetshospital /Svendborg Sygehus
48	DCCG	Aalborg Universitetshospital
49	DCCG	Sjællands Universitets Hospital Slagelse
50	DCCG	Randers Sygehus
51	DCCG	Hvidovre Hospital
52	DCCG	Sydvestjysk Sygehus
53	DCCG	Viborg Hospital
54	DCCG (CRC-MDT SUH)	Sjællands Universitets Hospital Køge
55	DCCG (Rectum, indbefatter kolorektal, avanceret, sarkom mm)	Aarhus Universitetshospital
56	Dansk Sarkom Gruppe (DSG)	Rigshospitalet
57	-	Sjællands Universitets Hospital Roskilde
Besvarelse nr	Cancergruppe	Hospital

Sp. 3 Hvilket speciale har hovedansvar for udredningen og præsentation på MDT?

Svarene fordeler sig som følger:

Mammakirurgi:	8
Radiologi:	2
Kirurgi:	10
Hæmatologi:	11
Kirurgi (ALM)/ Onkologi (POST):	1
Øre-Næse-Hals-kirurgi:	4
Lungemedicin:	5
Ortopædkirurgi:	1
Urologi/onkologi:	1
Mave-tarmkirurgi:	1
Patologi:	2
Neuro-kirurgi:	1
Oftalmologi:	1
Gynækologi:	3
Urologi:	6
TOTAL:	57

Sp. 4 Obligatoriske øvrige specialdeltagere?

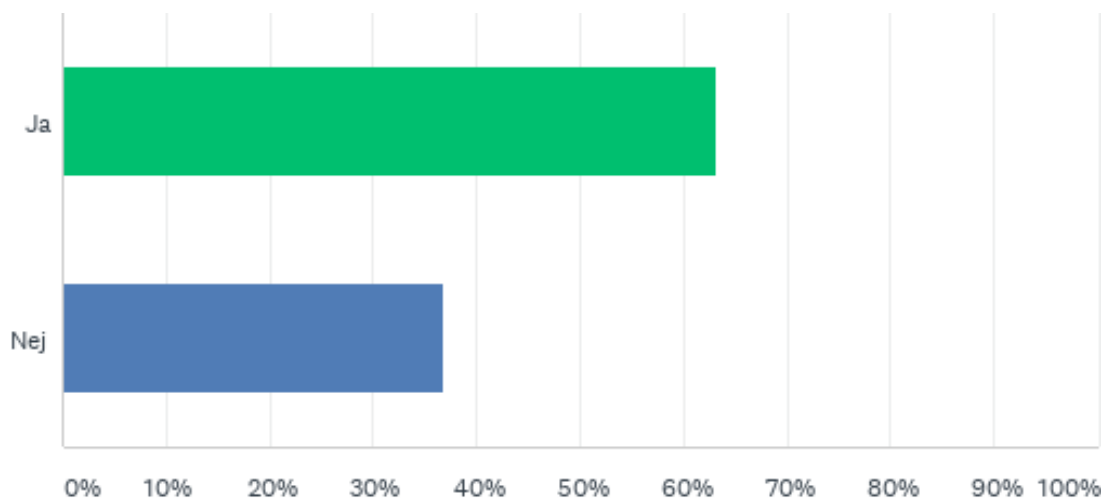


SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Radiolog	80.70%	46
Nuklearmedicinere (PET)	49.12%	28
Patolog	84.21%	48
Kirurg	70.18%	40
Onkolog	78.95%	45
Andet	36.84%	21
Respondenter i alt: 57		

Under 'andet' er nævnt koordinator og sekretær.

Der synes at være en relativ bred, fast deltagerskare. Hvorvidt det opleves, at der mangler specialer eller kompetencer er ikke undersøgt. Det er relativt overraskende at PET/CT ikke er hyppigere repræsenterede.

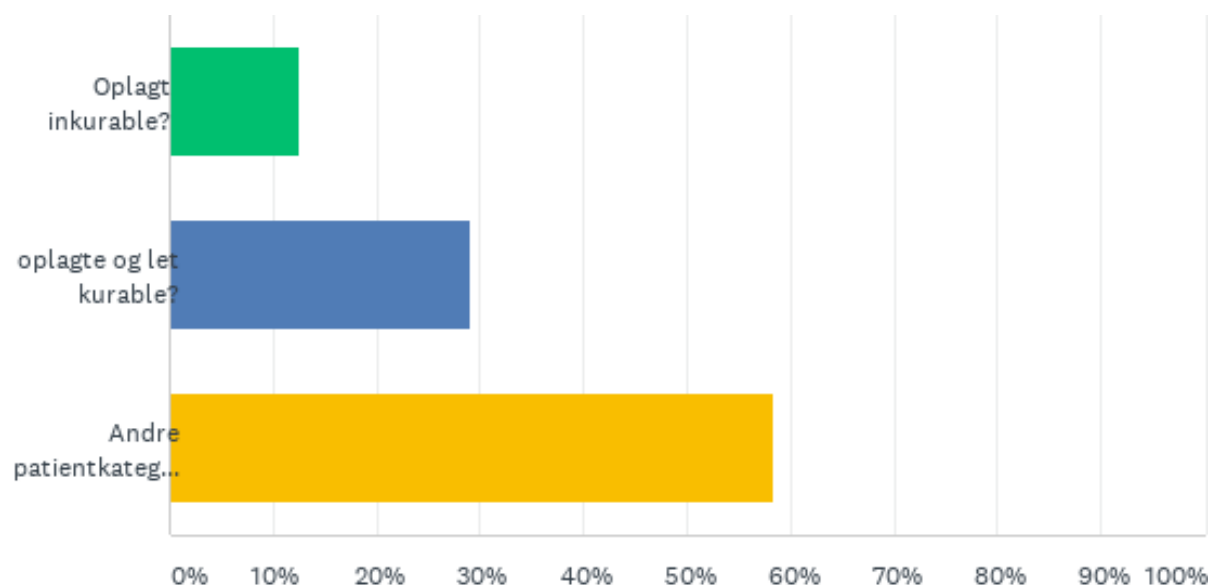
Sp. 5 Bliver alle patienter i DMCG'ens kræftpakkeforløb drøftet på MDT-konferencen?



SVARMULIGHEDER		BESVARELSER	
Ja		63.16%	36
Nej		36.84%	21
I ALT			57

Begrundelser for, at over en tredjedel af patienter i pakkeforløb ikke drøftes på MDT-konference, uddybes i sp. 6.

Sp. 6 Hvis ikke, hvilke patienter drøftes da ikke på MDT-konference?



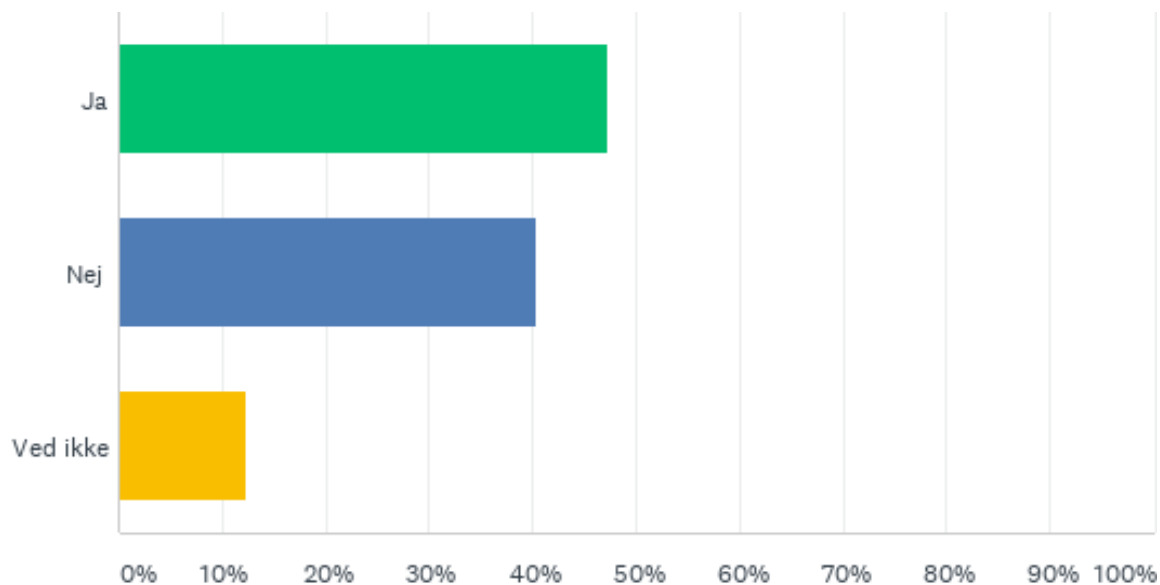
SVARMULIGHEDER	BESVARELSER
Oplagt inkurabel?	12.50% 3
oplagte og let kurable?	29.17% 7
Andre patientkategorier	58.33% 14
I ALT	24

Dette spørgsmål burde kun have været besvaret af de 21 respondenter, der i forrige spørgsmål har svaret, at ikke alle patienter vurderes på MDT-konferencen.

Man må antage, at der er et udsnit af patienter, der falder uden for oplagte MDT-cases, og at en stor del af disse falder udenfor af andre årsager end de umiddelbart oplagte; 'oplagt inkurabel', eller 'oplagte og let kurable'.

Vi har ikke nogen antagelse om, hvad 'andre patientkategorier' indeholder. Der kunne eventuelt her være tænkt på patienter, som gennem udredning findes uden kræftsygdom.

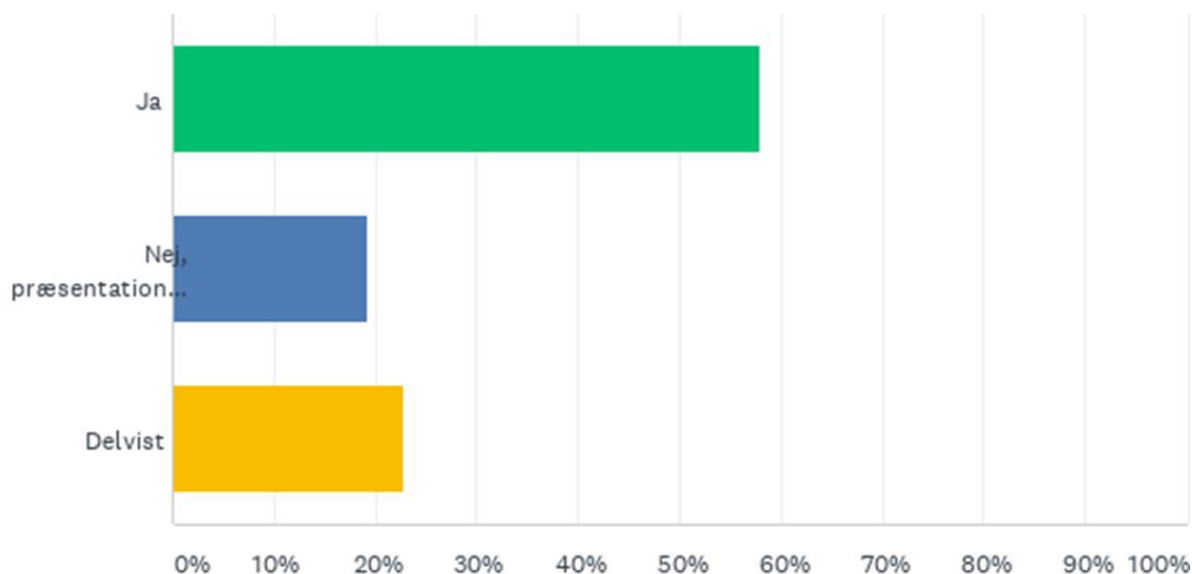
Sp. 7 Registreres drøftelse på MDT-konference systematisk - enten direkte i databasen eller i LPR med SKS-kode?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER
Ja	47.37% 27
Nej	40.35% 23
Ved ikke	12.28% 7
I ALT	57

Besvarelsene foranlediger til et øget fokus på registrering som et område, der kan løftes og udvikles.

Sp. 8 Haves der ved MDT-konferencen en samlet skriftlig (papir eller digitalt) fremstilling af patientens udredningsresultater?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	57.89%	33
Nej, præsentationen er alene mundtlig og billedmæssig på stedet	19.30%	11
Delvist	22.81%	13
I ALT		57

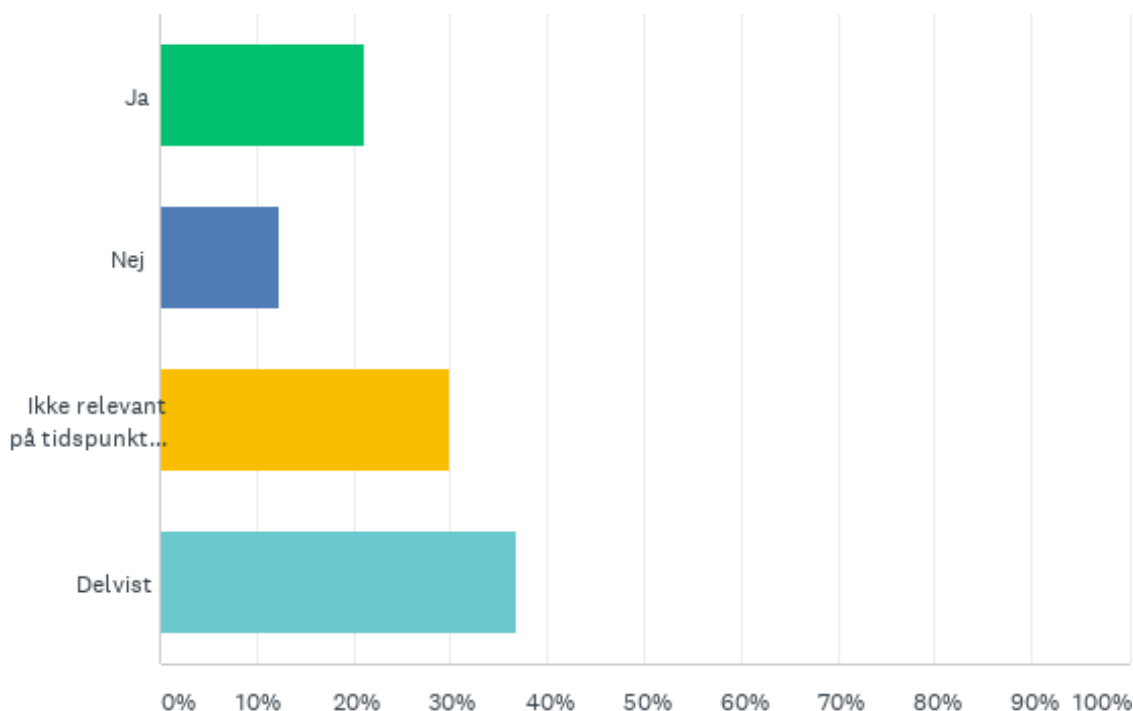
Det fremgår at en ret stor andel kun har mundtlig fremstilling. Det kan potentielt afføde, at man ikke får alle relevante oplysninger med. Eller det kan være udtryk for manglende tid.

Det er uomtvisteligt at der er forskellige ressourcer til rådighed rundt omkring.

Det ligger i forberedelsen, at man gerne skulle kunne gå igennem alle oplysninger inden konferencen og evt konsultere nogen. Ofte opleves dog, at svar og beskrivelser først kommer til konferencen.

Forberedelsen er med til at sikre de bedste forløb.

Sp.9 Inddrages patientens præferencer systematisk i diskussion og beslutning på MDT-konferencen?

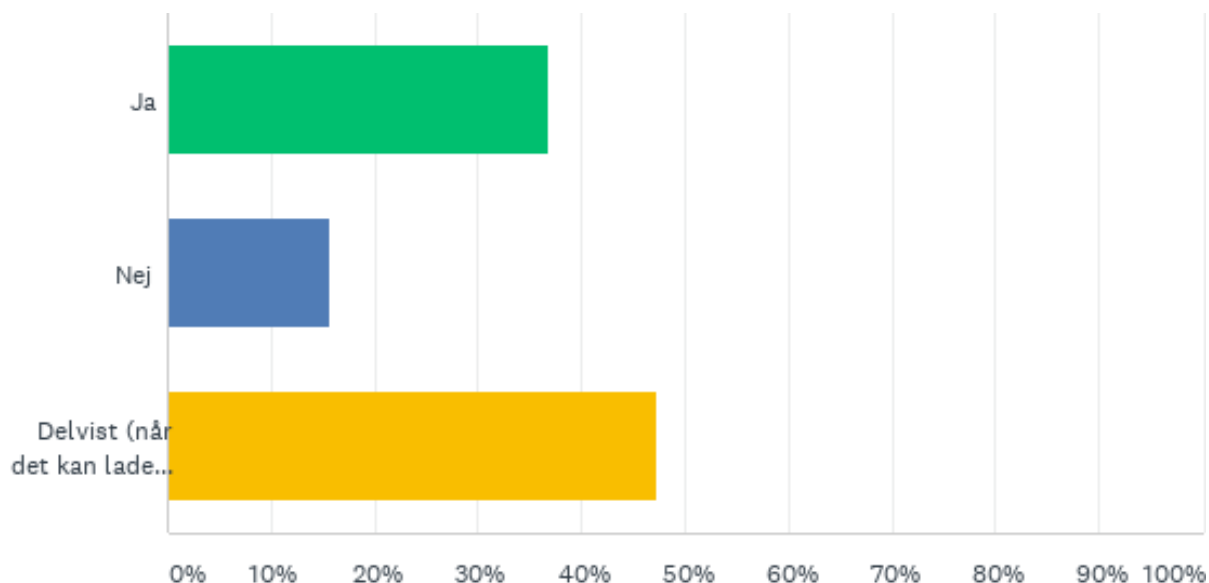


SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	21.05%	12
Nej	12.28%	7
Ikke relevant på tidspunktet for MDT-konferencen	29.82%	17
Delvist	36.84%	21
I ALT		57

Patientinddragelse er af RKKP og DMCG.dk udpeget som strategisk indsatsområde. Som det fremgår, er patientens præferencer ifølge mere end 47% af respondenterne/MDT-konferencerne helt eller delvist inddraget i drøftelserne på MDT-konferencen. Hertil kommer de knap 30%, hvor det ikke er relevant på tidspunktet for MDT-konferencen.

Ofte vil patienternes præferencer først blive inddraget på tidspunktet for drøftelse med patienten, når man kender de mulige behandlingsforslag. Det er først, når man har hele paletten af muligheder og stadietinddeling, at det diskuteres. Det er således ofte først efter MDT-konferencen, når man kender de reelle terapeutiske muligheder, at patientinddragelsen foregår.

Sp. 10 Planlægges YL systematisk til deltagelse i MDT-konference som del af deres uddannelse?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	36.84%	21
Nej	15.79%	9
Delvist (når det kan lade sig gøre)	47.37%	27
I ALT		57

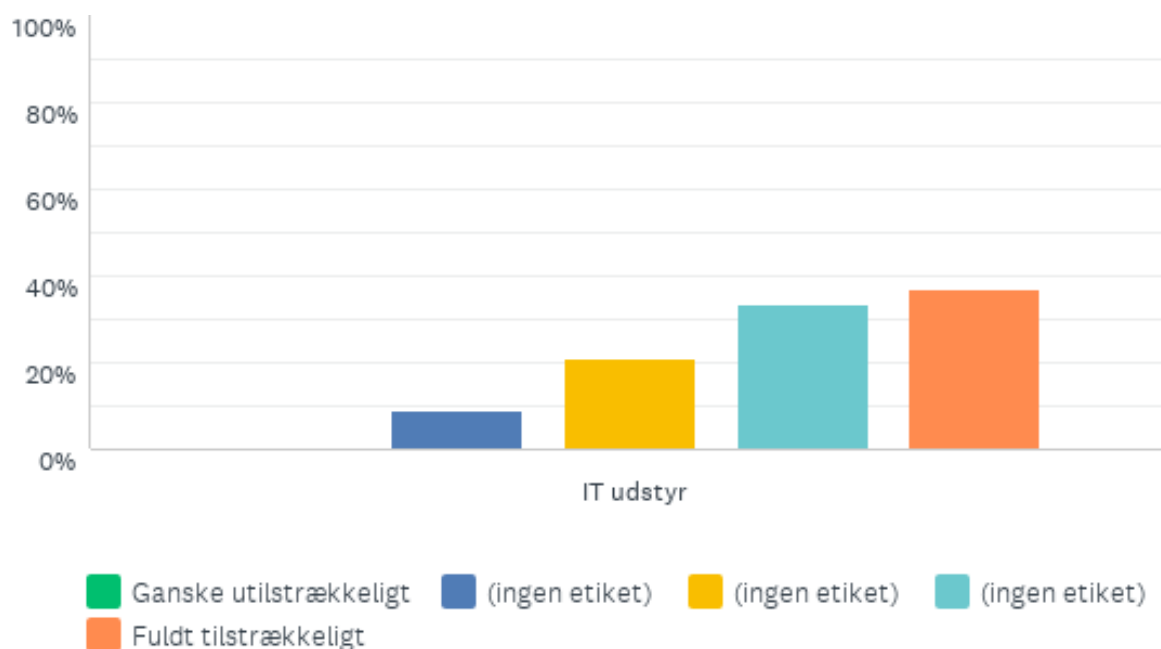
MDT-udvalget har i den tidligere udsendte [vejledning til afholdelse af MDT-konferencer](#) peget på konferencen som et vigtigt læringsrum for yngre læger og uddannelseslæger. Som besvarelsene viser, bliver konferencedeltagelse langt fra prioriteret på alle afdelinger. I 9 ud af 57 tilfælde planlægges de slet ikke (16%), og ellers prioriteres det i vid udstrækning lavere end andre funktioner (47%). Der er således også her et oplagt indsatsområde.

Da det ofte er kirurgerne, der ejer konferencen, jf. sp. 3, viser det, at de kirurgiske specialer i højere grad kan få YL med. Det burde dog være muligt at også andre speciale deltager, evt virtuelt. Det opleves svært at få YL ud af produktionen, afhængigt af speciale. I onkologien er det svært.

Hvis vi ikke sørger for, at de YL kommer med, ser vi ind i risikoen for, at læger, der aldrig har været på konference før, lige pludselig er ansvarlige for en konference.

H-læger kan ikke være ansvarlige for konferencen. Afdelingslæger læres op til at kunne tage over. Men i nogle specialer synes der ikke at være nogen systematisk oplæring.

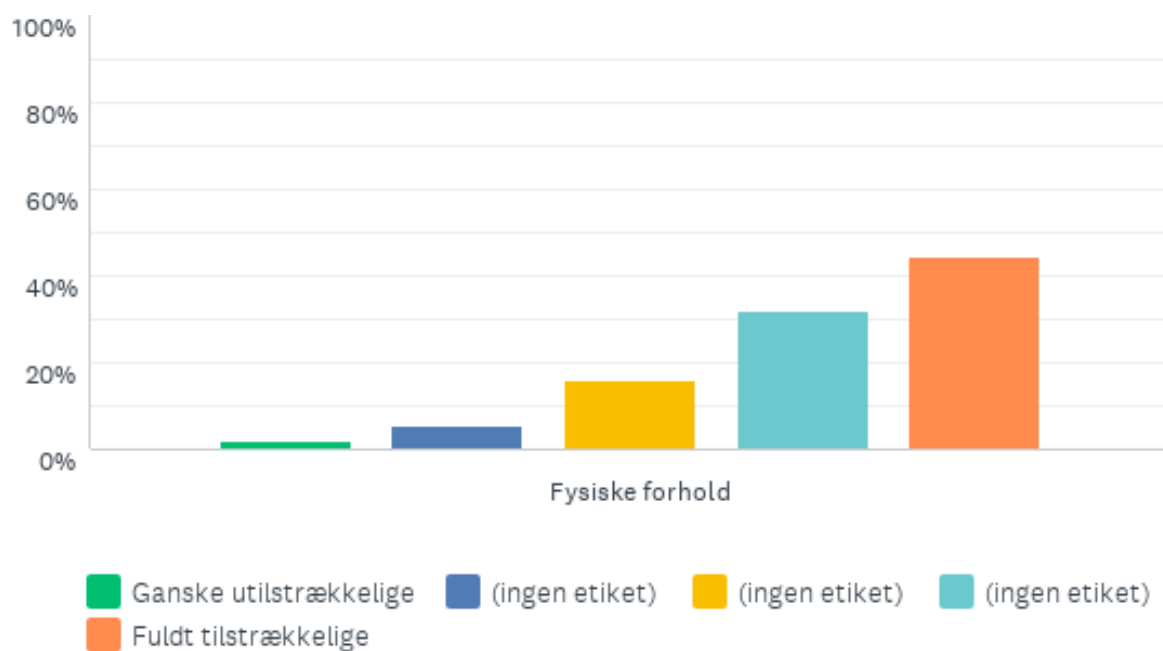
Sp. 11 Er IT-udstyr til afholdelse af MDT-konferencen tilstrækkeligt? Angiv på skala fra 1-5, med 1 som ganske utilstrækkeligt og 5 som fuldt tilstrækkeligt



	GANSKE UTILSTRÆKKELIGT	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	FULDT TILSTRÆKKELIGT	I ALT	VÆGTET GENNEMSIT
IT udstyr	0.00% 0	8.77% 5	21.05% 12	33.33% 19	36.84% 21	57	3.98

I forhold til tidligere survey viser denne besvarelse et overraskende godt resultat. Der er over de senere år investeret i bla. servere og udstyr.

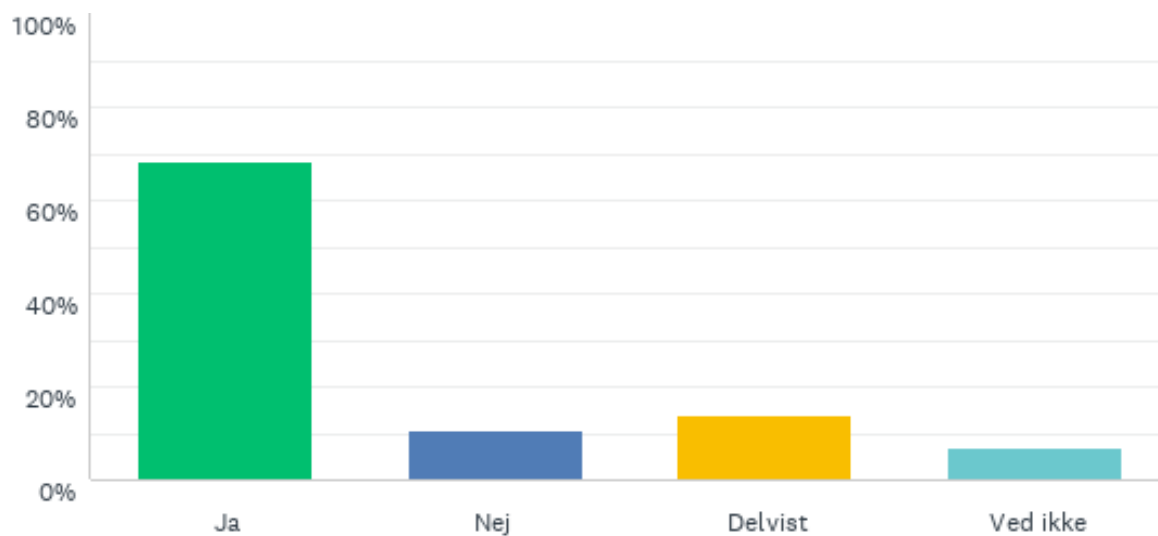
Sp. 12 Er de fysiske forhold for afholdelse af MDT-konferencen tilstrækkelige Angiv på skala fra 1-5, med 1 som ganske utilstrækkelige og 5 som fuldt tilstrækkelige



	GANSKE UTILSTRÆKKELIGE	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	FULDT TILSTRÆKKELIGE	I ALT	VÆGTET GENNEMSIT
Fysiske forhold	1.79% 1	5.36% 3	16.07% 9	32.14% 18	44.64% 25	56	4.13

Samme positive resultat gælder her.

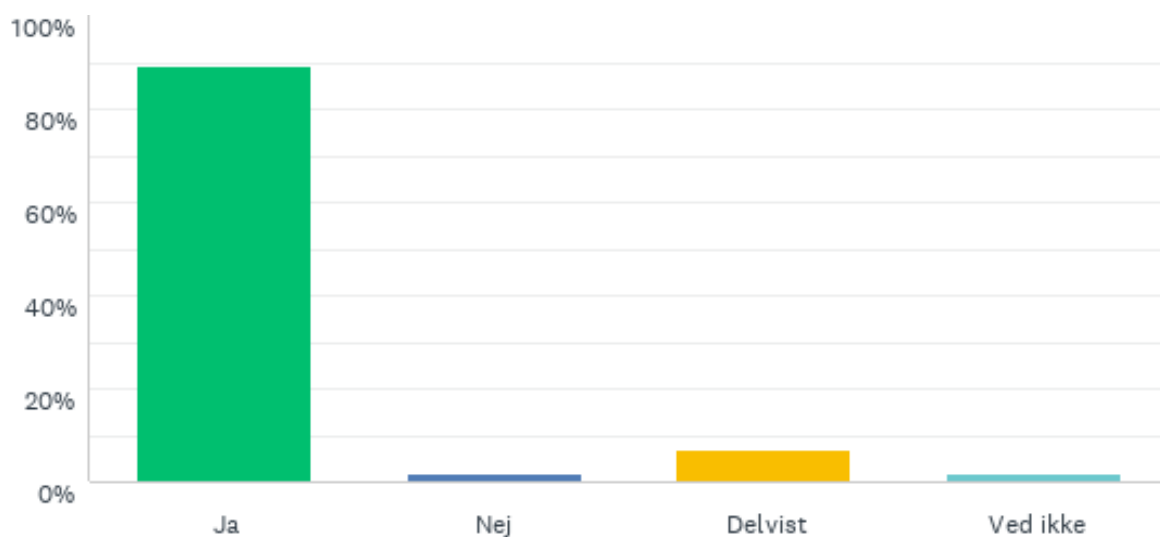
Sp. 13 Er der et entydigt ejerskab til konferencen fsva. placering af ansvar for IT?



SVARMULIGHEDER		BESVARELSER	
Ja		68.42%	39
Nej		10.53%	6
Delvist		14.04%	8
Ved ikke		7.02%	4
I ALT			57

Også her en meget positiv besvarelse. Der forekommer dog ikke sjældent problemer, når konferencen går på tværs af hospitalerne.

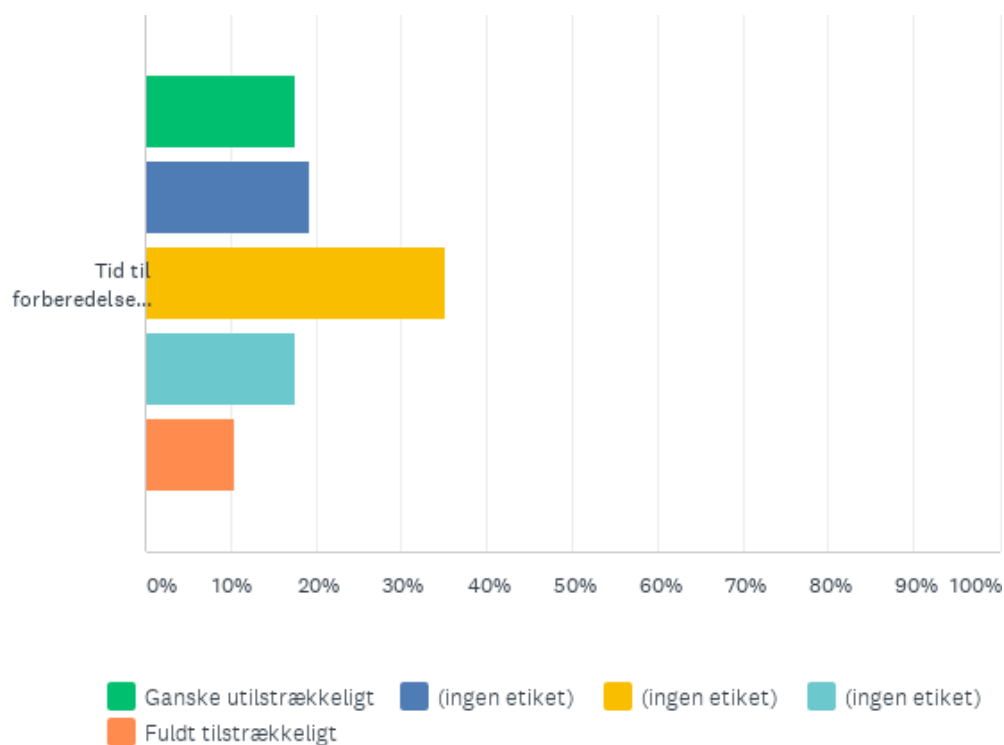
Sp. 14 Er der et entydigt ejerskab til konferencen fsva. placering af ansvar for fysiske rammer (lokale mv)?



SVARMULIGHEDER		BESVARELSER	
Ja		89.47%	51
Nej		1.75%	1
Delvist		7.02%	4
Ved ikke		1.75%	1
I ALT			57

Også her et meget positivt resultat.

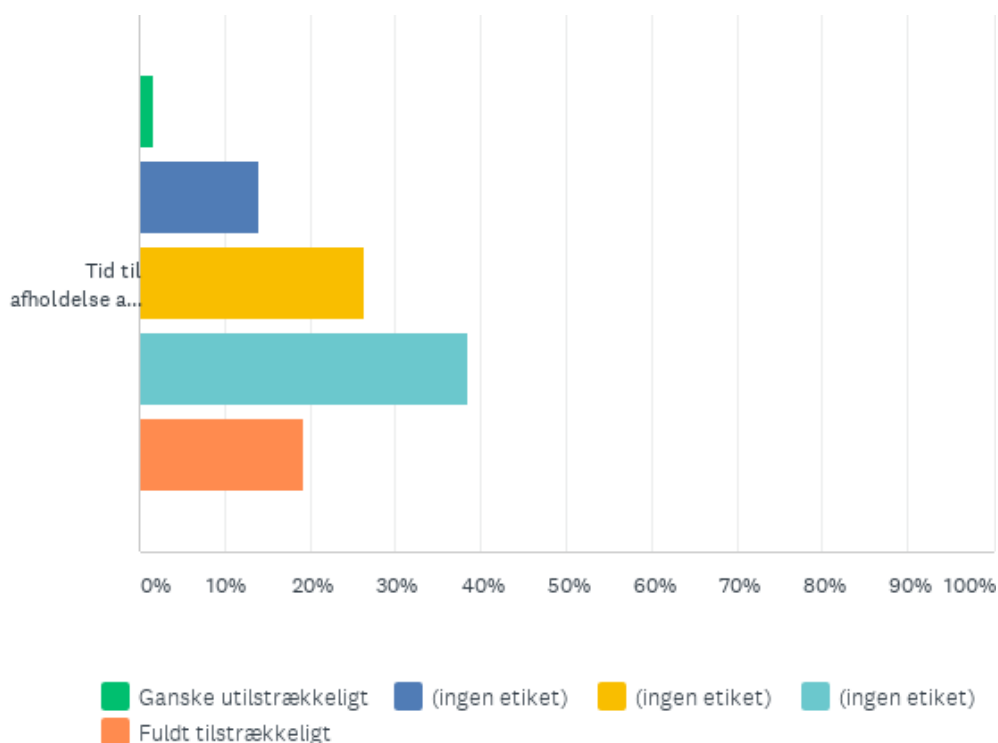
Sp. 15 Er der generelt for deltagerne i MDT-konferencen fornøden tid til forberedelse forud for MDT-konferencen? Angiv på skala fra 1-5, med 1 som ganske utilstrækkeligt og 5 som fuldt tilstrækkeligt



	GANSKE UTILSTRÆKKELIGT	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	FULDT TILSTRÆKKELIGT	I ALT	VÆGTET GENNEMSNIT
Tid til forberedelse af MDT- konferencen	17.54% 10	19.30% 11	35.09% 20	17.54% 10	10.53% 6	57	2.84

Forberedelsestid synes at være et område, der kan optimeres. Jo dårligere oplæg, jo mere tid er der brug for ved selve MDT-konferencen. Behovet er specialespecifikt. Billeddiagnostikken skal fx helst være gennemgået forud for konferencen.

Sp. 16 Er der fornøden tid til afholdelse af MDT-konferencen? Angiv på skala fra 1-5, med 1 som ganske utilstrækkeligt og 5 som fuldt tilstrækkeligt



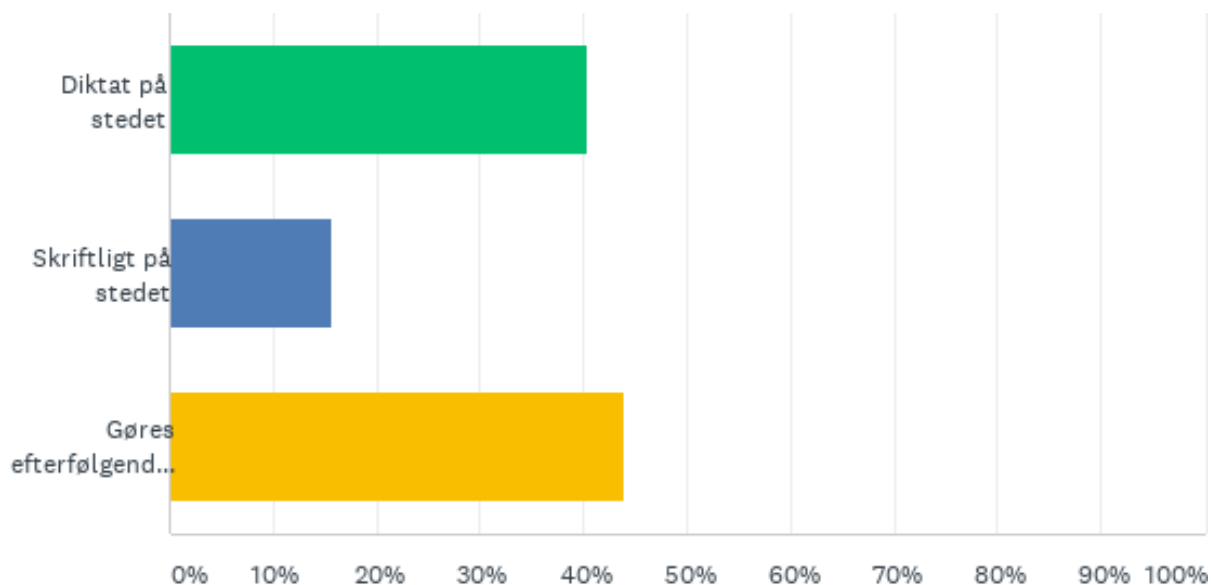
	GANSKE UTILSTRÆKKELIGT	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	FULDT TILSTRÆKKELIGT	I ALT	VÆGTET GENNEMSIT
Tid til afholdelse af MDT- konferencen	1.75% 1	14.04% 8	26.32% 15	38.60% 22	19.30% 11	57	3.60

Der synes at være rimelig tilfredshed den afsatte tid til konference, overvægten ligger i den positive ende.

Der er ikke nødvendigvis en grænse for antal patienter, der drøftes. Hvis ingen øvre grænse = lange konferencer. Det er et spørgsmål, der bør følges op på.

Når der drøftes fornøden tid til konferencen, så er der konferencer, hvor der er afgrænset på tid eller afgrænset antal patienter. Der er forskellige måder at gøre det på.

Sp. 17 Hvorledes nedfældes beslutninger fra MDT-konferencen?



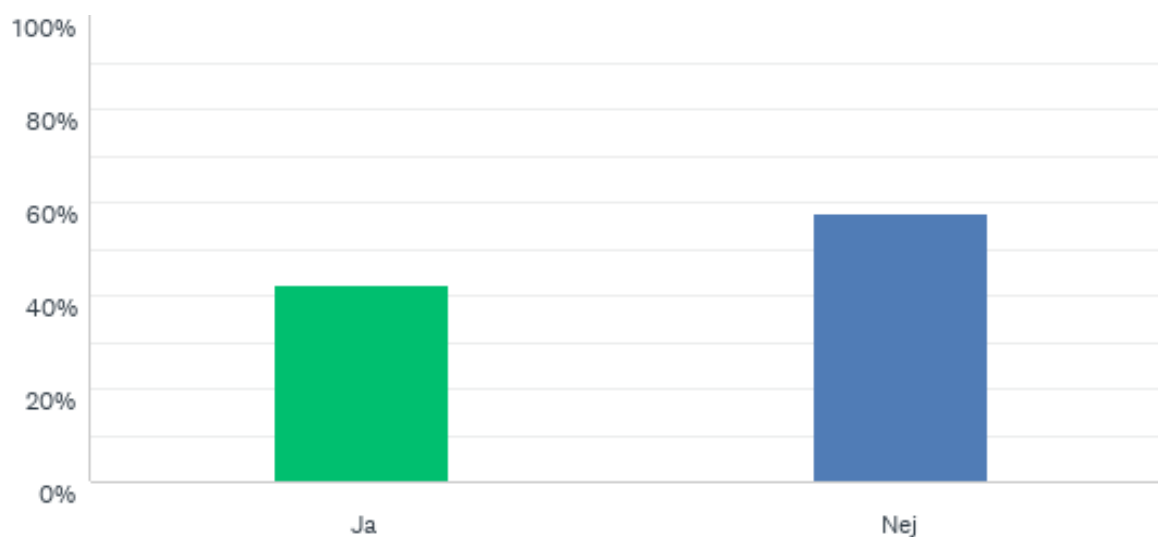
SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Diktat på stedet	40.35%	23
Skriftligt på stedet	15.79%	9
Gøres efterfølgende (skriftlig eller diktat)	43.86%	25
I ALT		57

Besvarelsene indikerer, at næste halvdelen af MDT-konferencerne ikke nedfælder beslutninger på stedet.

Dette har været en anbefaling i MDT-udvalgets vejledning, og kan være et fremtidigt indsatsområde. Alle konferencedeltagere skal høre beslutningen og nikke til, at den er korrekt. Det skal prioriteres og kan evt gå imod en indbygget kultur, der skal rokkes ved.

Diktat på stedet giver korrektionsmulighed.

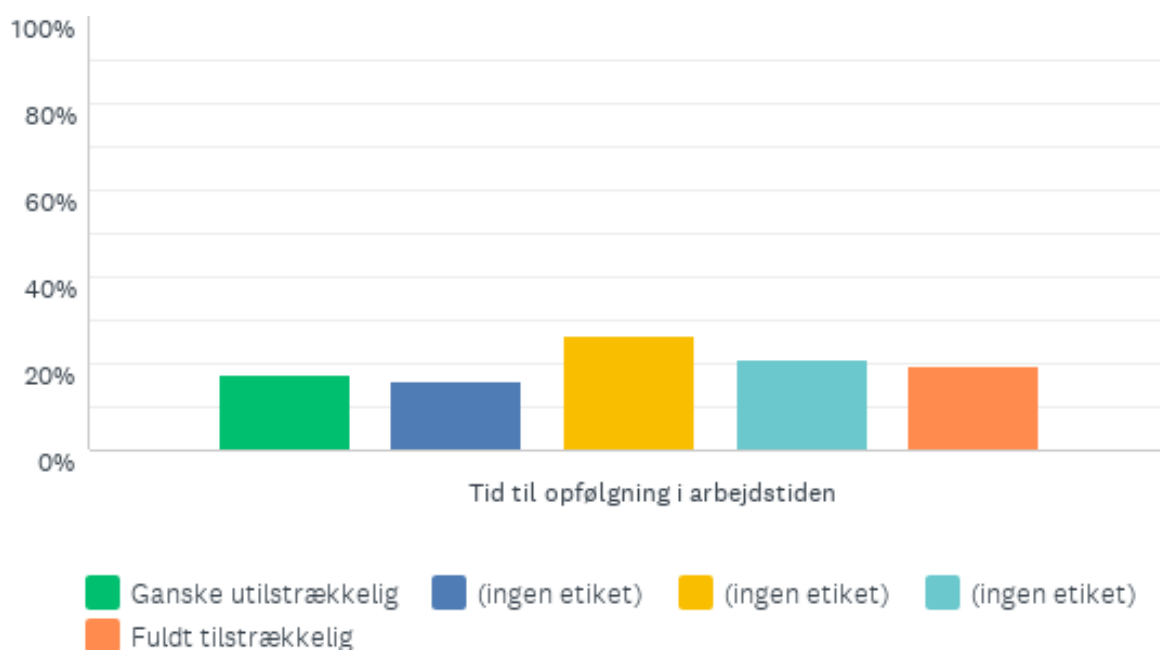
Sp. 18 Sikres / kontrolleres det systematisk, at beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	42.11%	24
Nej	57.89%	33
I ALT		57

Besvarelsen understreger besvarelser i forrige spørgsmål.

Sp. 19 Er opfølgning på beslutninger ved MDT-konferencen, såsom bestilling af eventuelle supplerende undersøgelser eller svar til patienterne, tænkt ind i arbejdstiden? Angiv på skala fra 1-5, med 1 som ganske utilstrækkeligt og 5 som fuldt tilstrækkeligt

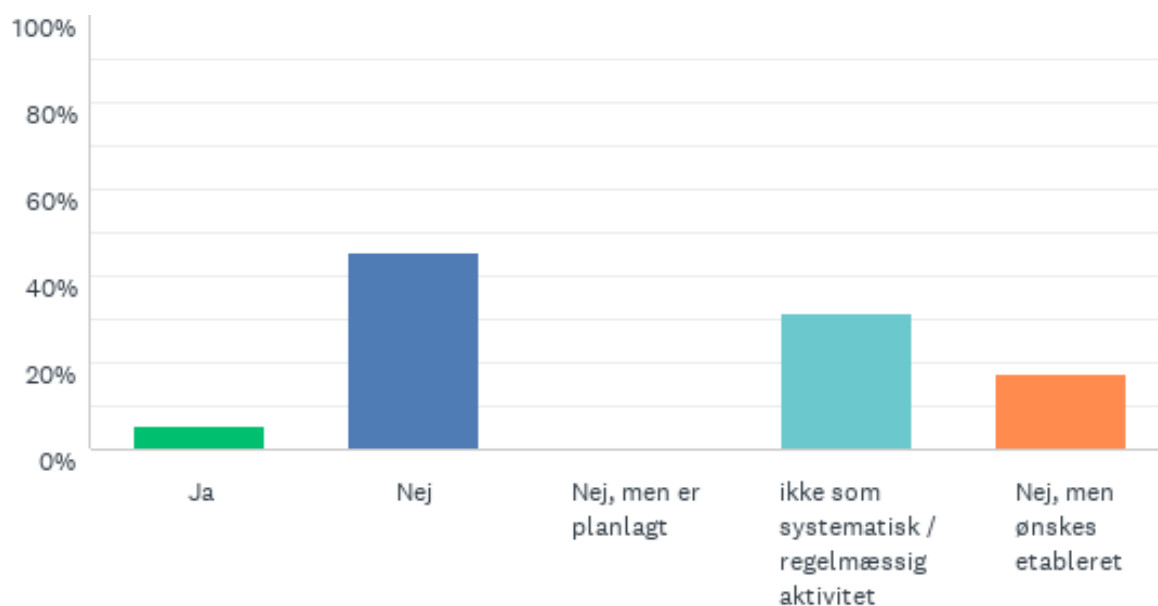


	GANSKE UTILSTRÆKKELIG	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	(INGEN ETIKET)	FULDT TILSTRÆKKELIG	I ALT	VÆGTET GENNEMSNIT
Tid til opfølgning i arbejdstiden	17.54% 10	15.79% 9	26.32% 15	21.05% 12	19.30% 11	57	3.09

Denne besvarelse viser, at det opleves, at svar til patienten for manges vedkommende ikke er tilstrækkeligt tænkt ind i og prioriteret i arbejdstiden.

Forsinkelser i svar til patienten kan forekomme, hvis det er en specifik læge, der tidligere har set patienten - fx opererende læge, der skal give svar.

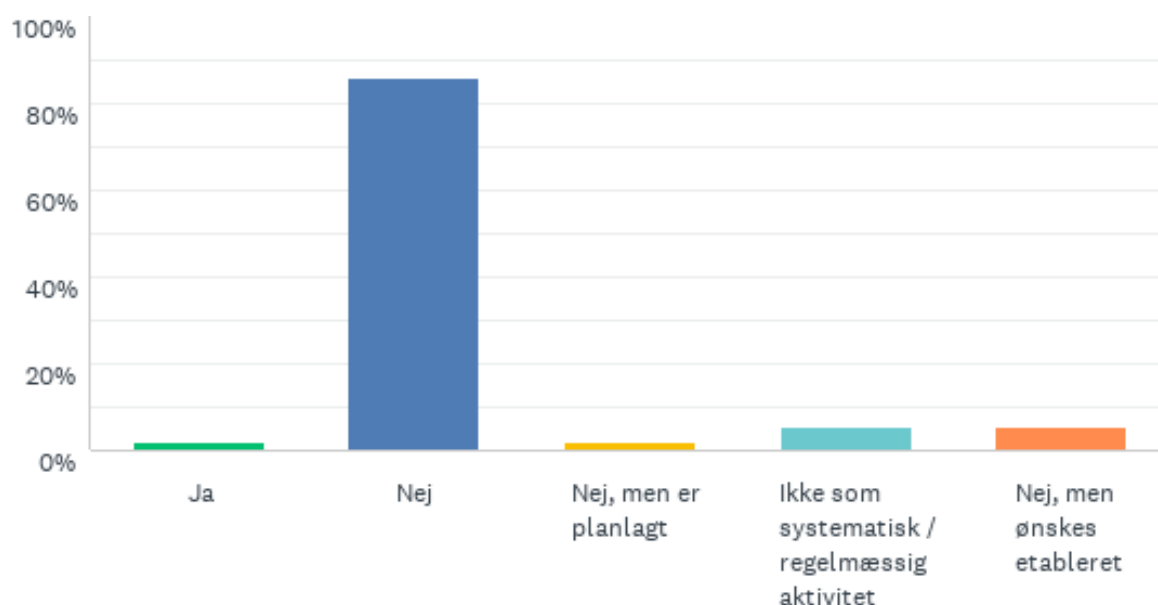
Sp. 20 Foretages der interne (i egen MDT-konferenceregi) audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret retningslinje?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	5.26%	3
Nej	45.61%	26
Nej, men er planlagt	0.00%	0
ikke som systematisk / regelmæssig aktivitet	31.58%	18
Nej, men ønskes etableret	17.54%	10
I ALT		57

En del gør en indsats for at evaluere på praksis, men det er et område, vi kan forbedre, så vi sikrer ens behandling på tværs af hospitaler. Vi er nødt til at vide, om vi nationalt vurderer patienter ens.

Sp. 21 Foretages der eksterne audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret retningslinje – f.eks. ved at lade anden MDT indenfor samme DMCG kræftpakke revurdere en stikprøve af cases uden kendskab til tidligere MDT's vurdering og beslutning ift diagnose, TNM kategorier, UICC e.lign. stadie og behandlingstilbud?



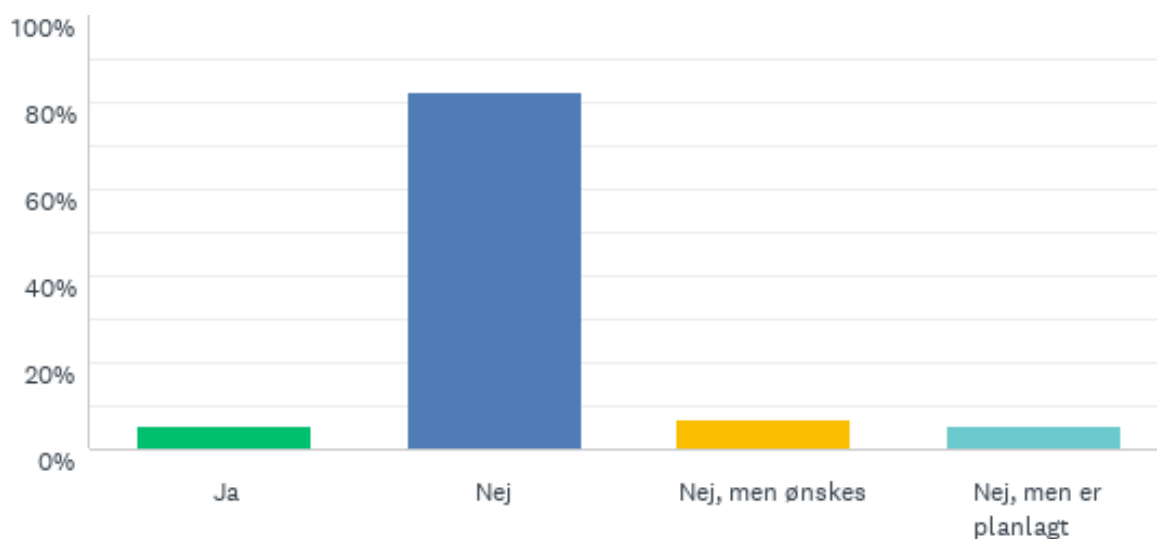
SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	1.75%	1
Nej	85.96%	49
Nej, men er planlagt	1.75%	1
Ikke som systematisk / regelmæssig aktivitet	5.26%	3
Nej, men ønskes etableret	5.26%	3
I ALT		57

Eksterne audits af behandlingsbeslutninger er et muligt indsatsområde, da en stor del svarer, at det ikke foregår. Vi kan bla. undersøge, om der er demografiske forhold, der kan ligge til grund for fx forskellig komorbiditysbyrde, ligesom vi skal sikre, at vi vurderer patienterne ens.

Vi har et budget til fx frikøb – det kan anvendes til besøg eller andet, og det kan organiseres med fordel på tværs af landet.

MDT-udvalget kan udforme anbefalinger desangående og evt agere Sitevisitteam – med den brede sammensætning i udvalget kan det bidrage til fx teknik og fokus på vejledningen.

Sp. 22 Afholdes der indenfor DMCG'en site-visits ved andre MDT-konferencer mhp erfaringsudveksling?



SVARMULIGHEDER	BESVARELSER	
Ja	5.26%	3
Nej	82.46%	47
Nej, men ønskes	7.02%	4
Nej, men er planlagt	5.26%	3
I ALT		57

Besvarelsene dokumenterer et potentiale for inspiration til forbedring af praksis hos minimum de 47, der har svaret benægtende.

Opsummering af resultater fra survey vedr. status for MDT-konferencen blandt deltagere/MDT-konferencer

viser følgende tendenser:

- Ansvar for langt de fleste konferencer ligger hos enten kirurgerne eller hæmatologerne
- Faste deltagere for omkring 80% af alle konferencer er onkologer, patologer og radiologer
- Ca. 63% af alle patienter i DMCG'ens kræftpakkeforløb drøftes på MDT-konferencen
- De øvrige 37% patienter, der ikke drøftes, begrundes i at de for 12,5%'s vedkommende er oplagt inkurable, 29% er oplagte og let kurable, og måske overraskende 58% (14 ud af 24) falder inden for andre kategorier, som ikke er nærmere karakteriseret
- Knap halvdelen af konferencerne registrerer drøftelse på MDT-konference systematisk - enten direkte i databasen eller i LPR med SKS-kode
- Knap 58% af konferencerne har ved MDT-konferencen en samlet skriftlig (papir eller digitalt) fremstilling af patientens udredningsresultater
- Knap 58% af konferencerne inddrager helt eller delvist patientens præferencer i diskussion og beslutning på MDT-konferencen
- 21 ud af 47 konferencer planlægger fast YL til konferencedeltagelse, mens næsten halvdelen planlægger det, når det kan lade sig gøre
- IT-udstyr og fysiske forhold er for de flestes vedkommende tilfredsstillende
- For mere end to tredjedels vedkommende er der entydigt ejerskab til konferencens IT-udstyr, og knap 90 % af konferencerne oplever entydigt ejerskab for konferencens fysiske rammer
- Forberedelsestid synes at være et område, der kan optimeres, idet kun lige over 10% svarer, at de (for alle konferencedeltageres vedkommende) har fuldt tilstrækkelig tid til at forberede sig
- Tid til afholdelse af konferencen opleves overvejende som tilstrækkelig
- Knap 44% af konferencerne nedfælder ikke conferencebeslutningen på stedet
- Knap 58% sikrer/kontrollerer ikke systematisk, at beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen
- Der er stor variation i, hvorvidt deltagerne oplever, at opfølgning på beslutninger ved MDT-konferencen, såsom bestilling af eventuelle supplerende undersøgelser eller svar til patienterne, tænkes ind i arbejdstiden
- Kun tre ud af 57 konferencer foretager interne (i egen MDT-konferenceregi) audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret retningslinje, mens det for eksterne audits kun er én af 57.
- Site-visits indenfor DMCG'en ved andre MDT-konferencer afholdes for tre af 57 konferencer mhp erfaringsudveksling.
- Det skal hertil bemærkes, at det ressourcetræk, der sker i nogle specialer i forbindelse med afholdelse af MDT-konferencer, er meget stort – der er mange konferencer.