

Opsummering af DMCG's MDT inspirations- og udviklingsmøde

Dato: 28.10.2025

Deltagere: Mere end 40 deltagere fra forskellige hospitaler fra alle regioner, inkl. yngre læger, specialister, koordinatore og ledelsesrepræsentanter, tilsammen repræsenterende en lang række forskellige DMCG-grupper.

Formål: At drøfte den nuværende praksis for MDT i lyset af dens tilblivelse i Danmark, dens styrker og udfordringer samt fremtidige udviklingsmuligheder.

Formiddag: Oplæg og drøftelser om fortid, nutid og fremtid

Formiddagen blev indledt med et oplæg ved medicinsk antropolog Henriette List om MDT-konferencer, som beskrev deres indførelse i dansk kræftbehandling og herunder sat i kontrast til MDT konferencernes etablering i Storbritannien. Efter oplægget deltog deltagerne i plenum- og borddrøftelser, hvor fortid, nutid og fremtid for MDT blev diskuteret.

Fortid

- MDT-konferencerne blev oprindeligt etableret med varierende ledelsesopbakning, og overvejende drevet af faglige ildsjæle.
- Kvalitetsudvikling og løbende tilpasninger er sket gennem lokale tilpasninger, med få nationale indsatser initieret af DMCG.dk.

Nutid

- MDT fungerer som en vigtig rådgivende funktion, der sikrer vurdering af alle patienter efter nationale guidelines og med deltagelse af de mest erfarne specialister.
- MDT har også en vigtig second opinion og rådgivningsfunktion, men ressourcer og struktur begrænser potentialet.
- I dag er mange MDT'er i praksis selvdrevne af de involverede klinikere, hvilket giver organisatoriske udfordringer med teknisk udstyr, lokalebooking og koordinering, der ikke altid fungerer optimalt.
- Der blev peget på behovet for ledelsesinddragelse på såvel hospitals- som regionsniveau, både for at håndtere praktiske problemer og for at kunne gennemføre større beslutninger og ressourcetunge tiltag. Udfordringer med forskellige IT-systemer og utilstrækkelig koordinering blev nævnt som gennemgående barrierer for optimal afvikling af møderne.
- Herudover inkluderer udfordringerne:
 - Variation i forberedelsestid og arbejdsbyrde mellem MDT'er (fx 15 vs. 45 patienter pr. møde).
 - Manglende bæredygtighed i forberedelse, ofte lagt som "usynligt arbejde" sent om aftenen før mødet.
 - Der var også diskussion om kriterier for patientudvælgelse og kvalitetskriterier for MDT-effekt – er de nuværende indikatorer for fremlæggelse på MDT alle meningsfulde og patientrelevante?

Fremtid

- Visionen inkluderer:
 - Flere MDT-møder på tværs af hospitaler og regioner – og med primærsektoren.
 - Bedre teknologisk infrastruktur, herunder brug af AI og velfungerende videomøder.
 - Patientinvolvering skal være et centralt punkt: Det endelige behandlingsvalg skal træffes i en dialog med patienten. Der skal både være fokus på de faglige behandlingsmuligheder og patientens livskvalitet for at sikre, at der træffes beslutninger på et holistiske grundlag.

Eftermiddag: Temadrøftelser

Eftermiddagen var organiseret omkring fem temadrøftelser, hvor deltagerne arbejdede i grupper og fremlagde forslag og erfaringer fra praksis.

1. Optimering, arbejdsgange og ressourceforbrug

- **Ledelsesopbakning:** Manglende ledelsesopbakning fører til problemer med lokalebooking, koordinering og teknisk udstyr (fx videofunktioner).
- **Ressourcer:** Manglende tid og honorering hæmmer bæredygtig forberedelse. "Usynligt arbejde" belaster deltagerne og skaber organisatorisk stress.
- **Struktur:** Variation i antal patienter og deltagersammensætning (fx radiologers tilstedeværelse) skaber ineffektivitet.
- **Forslag:** Mere ledelsesinddragelse på hospital og regionsniveau for at skabe klare roller og ansvar, samt sikre de nødvendige ressourcer..

2. Dokumentation og IT

- **Teknologi:** Videomøder fungerer ikke altid, og IT-systemer kan ofte ikke kommunikere på tværs af regionsgrænser.
- **Nationale løsninger:** Journaler og billeder skal gøres tilgængelige på tværs af regioner for at nedbryde barrierer for samarbejde på tværs og nationale MDT-konferencer.
- **Optimering:** Robuste IT-løsninger med simple drop-down menuer, real-time registrering og dokumentation kan effektivisere møderne.
- **Ejerskab:** Der skal på hospitals- og regionsniveau være udstyrsspecialister, der har ansvar for funktionen af den enkelte MDT-konferences udstyr, og der skal være mulighed for direkte kontakt til dem ved udstyrssvigt, en funktion der skal være prioriteret af hospitalsledelsen.

3. Kvalitet, konsensus og standardisering

- **Kriterier:** Der mangler meningsfulde kvalitetskriterier og -indikatorer for MDT. Nuværende databasedrevne indikatorer vurderes som utilstrækkelige og ikke nødvendigvis hensigtsmæssige og meningsfulde.
- **Forslag til måling:** Overvågning af om patienterne reelt får den behandling, som anbefales fra MDT konferencen, og om tidligt recidiv (fx indenfor 6 mdr) efter kurativt intenderet behandling – med fornyet gennemgang på MDT for patienter, som markeres i denne monitoring.
- **Standardisering:** Ved site-visits mellem centre kan man dels lære fra hinanden og dels sikre højere grad af indbyrdes standardisering indenfor den enkelte cancergruppe. Gennem regelmæssige evalueringsmøder med ledelsesdeltagelse kan sikres højere grad af konsensus, transparens og kontinuerlig læring.

4. Ledelse og uddannelse

- MDT-konferencer er en undervurderet og underudnyttet **uddannelsesplatform**.
- **Udfordringer:** Flere steder er det svært at få yngre læger aktivt med i MDT.
- **Forslag:** Integrer MDT deltagelse i målbeskrivelse for yngre læser's uddannelse, med skemalagt deltagelse og tydelige roller – såsom at lave oplæg, diktering og aktiv deltagelse på MDT. Dette vil både sikre faglig læring og forberedelse til patientkommunikation.

5. Patientinvolvering

- **MDT er i dag ofte "skjult" for patienten;** information herom gives typisk først efter mødet.
- **Forslag:** Tidlig afdækning af patientens ønsker og præferencer sammen med en vurdering af behov for præhabilitering og tværfagligt samarbejde omkring komorbiditeter.
- **Beslutninger om behandling** kan kun træffes med dialog med patienten og med dennes samtykke. Kun når patientens perspektiv og fokus på livskvalitet medinddrages, kan behandlingen være holistisk.

Opsummerende konklusioner

MDT-konferencer vurderes entydigt som en værdifuld ressource i kræftbehandlingen.

MDT er en strategisk ressource, hvor faglig kvalitet, læring, patientcentrerede beslutninger og innovation går hånd i hånd på tværs af hospitaler og regioner.

- MDT er en **sikkerhed for**, at alle pt bliver vurderet på **højeste specialistniveau**.
- MDT har en aktiv **uddannelsesfunktion** for yngre læger.
- MDT **optimerer patientforløb** og **forenkler efterfølgende drøftelserne med patienterne**.
- MDT er en **forskningsplatform** for inklusion af patienter i protokoller.
- MDT skaber en værdifuld mulighed for **second opinion**

Der blev i temadrøftelserne identificeret nogle ”**lavthængende frugter**”

For **effektivisering** af MDT konferencerne ved

- standardiserede oplæg for drøftelse af patienter på MDT indenfor hver DMCG-gruppe
- patienter tages først op på MDT, når alle påkrævede undersøgelsessvar foreligger.

For **kvalitets- og læringsforbedring** blev peget på

- mere systematisk involvering af yngre læger i MDT
- diktere/skrive MDT konklusioner real-time i plenum for mulighed for fejlkorrektioner
- revurdere patienter som viser sig ikke at få den behandling som anbefalet fra MDT
- revurdere patienter som får tidligt recidiv efter kurativt intenderet behandling
- Site-visits hos andre MDT'er, både indenfor samme DMCG-gruppe og på tværs af grupper.

Samtidig med ovenstående tiltag, som direkte kan iværksættes af de involverede klinikere, er der et presserende **behov for forbedringer** inden for

- ledelsesopbakning,
- allokering af tilstrækkelige ressourcer,
- IT-infrastruktur,
- Systematisk kvalitetssikring
- patientinvolvering.

Det sidste punkt anset DMCG for meget vigtigt, men det har i praksis vist sig vanskelig at realisere fuldt ud. DMCG's MDT-udvalg har derfor sammen med Kræftens Bekæmpelse indgivet en ansøgning til DCCC om midler til netværksudvikling omkring denne problematik gennem afholdelse af en række workshops.

Fremtidens MDT bør bygge på:

- Stærk ledelsesinvolvering på hospitals- og regionsniveau
- Bæredygtig ressourceallokering, herunder afsat tid og honorering
- Robust IT-infrastruktur og nationale løsninger for dataadgang
- Klare kvalitetskriterier med kontinuerlig evaluering for forbedring
- Formaliseret integration af yngre læger med tydelige roller
- Tidlig og aktiv patientinvolvering for holistisk beslutningstagning