

Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen

Version af 15. feb. 2016

Indhold

Forord til vejledning om MDT-konferencer	3
Baggrund	4
1. Teamet.....	5
2. Konferencernes infrastruktur	9
3. Konferenceorganisation og logistik	10
4. Kvalitetssikring af MDT-konferencer	12
De næste skridt/fremtiden	13
Litteraturliste	14

Forord til vejledning om MDT-konferencer

I forbindelse med beskrivelse af kræftpakker i sundhedsstyrelsens regi i kræftplan II juni 2005 med opfølgning i oktober 2007 anbefales Multidisciplinære Team(MDT)-konferencer som et væsentligt element i tilrettelæggelse og gennemførelse af det enkelte patientforløb. Det er ofte her, den endelige beslutning om behandling træffes. (<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kræft/nationale-planer>)

Der har altid været afholdt konferencer af denne type i forbindelse med kræftudredning og -behandling, men der findes ikke i Danmark en vejledning for, hvordan en sådan konference skal afholdes og hvem, der skal/bør deltage, ligesom det heller ikke er defineret, hvordan oplægget til og afrapporteringen fra konferencen skal være, eller hvordan den videre formidling til den patient, beslutningen vedrører, fastlægges.

Der er en række afledte procedurer til MDT-konference, såsom mødestruktur og -infrastruktur, logistik og klinisk beslutningsproces, som kræver en national stillingtagen, konsensus og vejledning. Det er også vigtigt at tilgodese yngre lægers oplæring og rolle på MDT-konferencen.

Ved DMCG.dk's repræsentantskabsmøde på Hindsgavl den 29. august 2014 var der en session med fire indlæg om MDT-konference, og denne udmundede i ønsket om en national vejledning. Den gruppe, som stod for sessionen, blev opfordret til at gå videre med dette arbejde med Lene Lundvall som formand. Gruppen er udvidet med et relevant antal deltagere for at tilgodese bred faglig og geografisk repræsentation.

Der foreligger en national engelsk vejledning "The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)", 2010, National Cancer Action Team (NHS), UK. Gruppen har valgt at tage udgangspunkt i denne og tilpasse og videreudvikle den til danske forhold.

Dette arbejde har til formål at udarbejde en generisk model for MDT-konferencen, samt alle afledte procedurer heraf. Det er arbejdsgruppens intention, at den generiske model kan tilpasses lokale forhold og alle specialer.

Arbejdsgruppen har endvidere som grundlag for arbejdet, at såvel Danske Regioner, RKKP, DMCG.dk og Sundhedsstyrelsen har efterspurgt en vejledning, som er bredt klinisk forankret, såvel som understøttende for dansk lov og de eksisterende kræftplaner.

*Kræftens Bekæmpelse takkes for at bidrage til litteratursøgning.
RKKP takkes for økonomisk støtte til projektet.*

På arbejdsgruppens vegne

Lene Lundvall

Baggrund

Dette dokument beskriver og uddyber karakteristika for en effektiv MDT-konference, som de er udstukket i Kræftplan II og Notat om Task Force for kræftområdet fra Sundhedsstyrelsen af 13.2.2008. Dokumentet er inspireret af National Cancer Action Teams (NHS) guideline for MDT: "The Characteristics of an Effective Multi Disciplinary Team (MDT)" og udarbejdet af en arbejdsgruppe i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) med henblik på at skabe en vejledning i effektiv tilrettelæggelse og afholdelse af multidisciplinære teamkonferencer (MDT-konferencer). Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af Bilag 1.

Introduktion

MDT-konferencer indskrives sig som en vigtig del af den danske kræftbehandling siden Kræftplan II (2005), der betoner det multidisciplinære team som drivkraft for pakkeforløbene.

MDT-konferencer skal samle en deltagerkreds med det nødvendige kendskab, ekspertise og erfaring til sikring af en høj kvalitet af diagnose, behandling og pleje. MDT-konferencens mål er at behandle patienten som en hel patient, herunder at medtage patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, når der træffes beslutning om behandlingstilbud.

En MDT-konference træffer beslutninger, der formidles som anbefalinger. Anbefalingerne er aldrig bedre end den information, der er til stede ved selve konferencen. Konferencebeslutningens anbefaling bør som udgangspunkt følges og afvigelse herfra skal som minimum begrundes i journalen, jf. afsnit 4.3.1.

Den endelige beslutning må naturligvis træffes mellem patienten og den relevante kliniker.

Det tilstræbes, at yngre læger deltager og bidrager aktivt til MDT-konferencen som del af deres speciallægeuddannelse.

Effektivt MDT-arbejde bør resultere i at:

- Diagnostik, behandling og forløb vurderes af specialister med relevant viden, færdigheder og erfaring for den specifikke kræftsygdom
- Sikre overholdelse af nationale og lokale kliniske guidelines
- Sikre overgange mellem specialer og afdelinger samt mellem sygehuse og regioner
- Medvirke til overholdelse af kræftpakkeforløb og garantier
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft>
- Sikre ensartethed i udredning, diagnostik, behandling og opfølgning
- Alle patienter får mulighed for at deltage i relevante kliniske forsøg
- Opnå større patientsikkerhed
- Målrettet dataindsamling til gavn for det enkelte individ og for kvalitetssikring og forskning
- Styrke samarbejde mellem de involverede speciallæger og deraf øget arbejdstilfredshed
- Sikre faglig og professionel udvikling af MDT-deltagere og observatører, herunder de uddannelsessøgende læger
- Optimere ressourceforbrug.

Opfølgning

Det forventes, at DMCG.dk sikrer en årlig opdatering af denne vejledning.

1. Teamet

1.1. Konferencedeltagere

- 1.1.1. Alle relevante lægefaglige specialer, der er nødvendige for optimal beslutningskompetence, såvel faste som ad-hoc deltagere, er repræsenteret i MDT-konferencen. Deltagerne skal være tilstrækkeligt kvalificerede m.h.t. ekspertise og specialisering for den pågældende MDT-konference. Den enkelte MDT-konference må selv fastlægge behovet for relevant klinisk kompetence.
- 1.1.2. Det tilstræbes, at der deltager flere speciallæger fra hvert klinisk speciale.
- 1.1.3. Forløbskoordinationsfunktionen bør være repræsenteret ved MDT-konferencerne for at sikre kontinuiteten i patientforløbet.
- 1.1.4. Kvalificerede stedfortrædere er udpeget på forhånd mhp at dække planlagt/ikke planlagt fravær af faste MDT-deltagere – planlagt fravær bør varsles, så erstatning med stedfortræder kan organiseres.
- 1.1.5. Ad-hoc deltagere omfatter specialister fra andre relevante fagområder.
- 1.1.6. Observatører er velkomne på konferencen, men regnes ikke som deltagere og har ikke noget beslutningsansvar. Disse kan være fx yngre læger under uddannelse.
- 1.1.7. Patienten kan være til stede under behandling af sin egen sag, hvis det findes hensigtsmæssigt og logistisk er muligt.

1.2. Deltagelse

- 1.2.1. MDT-deltagere (faste og ad-hoc) er i deres arbejdsplan frigjort til deltagelse i MDT-konferencer.
- 1.2.2. Deltagelse omfatter for de faste speciallæger og koordinatorene tid til forberedelse og opfølgning.
- 1.2.3. Faste deltagere er til stede ved diskussionen af alle sager, hvor der er behov for deres bidrag.
- 1.2.4. Deltagelse dokumenteres. Ved delvis deltagelse registreres under hvilke sags punkter, den pågældende deltager har deltaget.
- 1.2.5. Ad-hoc deltagere indgår ved den eller de sager, der er relevante for dem.
- 1.2.6. Alle, der deltager i en MDT-konference, bør præsenteres for konferencen med navn, titel og afdeling og tilføjes på listen over deltagere.

1.3. Ledelse

- 1.3.1. Der er udpeget en overordnet person med ansvar for MDT-arbejdet (den overordnede MDT-ansvarlige) samt en leder af den konkrete MDT-konference (MDT-konferenceleder). MDT-konferencelederen og den overordnede MDT-ansvarlige behøver ikke at være samme person.

MDT-konferencelederen

1.3.2. Lederen af den konkrete MDT-konference er ansvarlig for afvikling af den enkelte MDT-konference.

1.3.3. Lederen har kompetencer indenfor følgende områder:

- Mødeledelse
- Facilitator for effektiv konsensus klinisk beslutningstagning
- Tidsstyring

1.3.4. Lederens opgave er at:

- Forberede og/eller godkende oplægslisten og sikre, at MDT-konferencen er beslutningsdygtig og træffe foranstaltninger, såfremt den ikke er
- Sikre, at alle sager diskuteres og prioriteres, hvis nødvendigt
- Sikre, at alle relevante MDT-deltagere inkluderes i diskussionen
- Sikre, at diskussionen er fokuseret og relevant
- Sikre en god kommunikation/et diskussionsvenligt miljø
- Fremme evidensbaserede og patientcentrerede beslutninger/anbefalinger
- Sikre, at egnethed til relevante kliniske protokoller tages i betragtning
- Sikre, at den aktuelle diskussion og beslutning/anbefaling af behandlingsplan er afsluttet, før en ny sag diskuteres
- Sikre, at relevante data (demografiske og kliniske data) er noteret/dikteret
- Sikre, at beslutningen er klart opsummeret, dikteret, og at der er en plan for, hvordan patienten orienteres herom indenfor en lokalt fastsat tidsramme
- Sikre, at det er klart hvem, der effektuerer enhver besluttet handling efter mødet, og at dette føres til referat.

Den overordnede MDT-ansvarlige

1.3.5. Ansvar for drift af MDT-konference skal placeres entydigt. Den overordnede MDT-ansvarlige har et overordnet ansvar for konferenceafviklingen, der rækker ud over de enkelte konferencer.

Han/hun er ansvarlig for:

- Styring/forvaltning og fastsættelse af klare mål for konferencearbejdet
- At sikre at andre i organisationen har en forståelse for MDT-konferencens betydning og rolle i behandlingen af patienterne, og hvorfor dette er vigtigt i behandling af kræft
- Lokalt at forhandle om ressourcer, der er nødvendig for MDT-konferencen
- At viderebringe uhensigtsmæssige forhold, der kan have indflydelse på MDT-konferencens sikkerhed, beslutninger m.m., til ledelsessystemet
- Og opmærksom på mangelfuld mødedeltagelse og at gå videre til pågældendes ledelse, hvis dette har indflydelse på kvaliteten af MDT-konferencens arbejde/beslutninger/anbefalinger
- At initiere, mindst en gang årligt, at MDT-konferencen evalueres vedr. effektivitet og proces jf. 4.3.4.

1.4. MDT-konferencens deltagers opgaver og omgangsform

1.4.1. Hver MDT-konferencedeltager har klart definerede roller og ansvar, som de er bekendte med, og dette ansvar er indskrevet i deres funktionsområder.

- Teamet har aftaler om, hvad der er acceptabel opførsel herunder: Gensidig respekt og tillid
- Alle meninger har samme vægt - forskellige meninger påskønnes
- Løsninger af konflikter mellem team-medlemmer
- Opfordring til konstruktiv diskussion/debat
- Fravær af personlig dagsorden
- Mulighed for at anmode om og fremskaffe yderligere uddybende informationer ved uklare oplysninger.

1.4.2. MDT-deltagere spiller en rolle i at dele læring og erfaring vedrørende bedste kliniske praksis med kolleger.

1.5. Personlig udvikling og træning

1.5.1. Teamdeltagere anerkender behovet for fortsat læring, og de enkelte deltagere støttes i tilvejebringelse af den nødvendige viden og færdigheder, der kræves for at udfylde deres roller og ansvar i MDT og deres respektive professionelle roller. Støtte er om nødvendigt tilgængelig i MDT, i organisationen og nationalt, og team-deltagerne forfølger den nødvendige personlige faglige udvikling.

1.5.2. Der forefindes muligheder for dannelse af netværk med henblik på at dele læring og erfaringer med andre MDT både lokalt og nationalt.

1.5.3. Der er om nødvendigt adgang til træningsmuligheder, der støtter de individuelle roller i MDT-konferencen så som:

- Lederskab
- Konferencestyring
- Færdigheder inden for kommunikation herunder at lytte og formidle mundtligt eller skriftligt
- Styring af tid

Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen

- Autoritet og gennemslagskraft
- Brug af IT så som ved video-konferencer
- Kendskab til anatomi, onkologi, radiologi og patologi (for så vidt team-medlemmerne ikke selv er eksperter på det enkelte område)

1.5.4. Der er en undervisnings- og læringsrolle i MDT-konferencen både inden for (evaluering af patient-cases, der tidligere har været oppe på konferencen) og udenfor teamet (kursister /fellows etc.)

2. Konferencernes infrastruktur

2.1. De fysiske rammer for konferencen

- 2.1.1. Der er et fast lokale indrettet til MDT-konferencen. Lokalet bør være hensigtsmæssigt (stille) placeret samt lydtæt, om nødvendigt, for at sikre fortrolighed i samtalerne.
- 2.1.2. Lokalet bør være fysisk af en tilpas størrelse og indretning, så alle MDT-deltagere har en siddeplads og evt. bordplads til PC'er/noter etc., og således at de er i stand til at se og høre hinanden samt at kunne se alle de præsenterede data (fx diagnostiske billeder), både når det gælder indenfor egen lokalitet og mellem flere (hospitals-/ Regions-) enheder.

2.2. Teknologi og udstyr (tilgængelighed og anvendelse)

2.2.1. Lokaler, hvori der afholdes MDT-konferencer, tilstræbes at have:

- Adgang til udstyr, som kan projicere og vise radiologiske billeder, inklusiv tidligere undersøgelser
- Ved behov udstyr/ faciliteter, der kan projicere og vise patologiske præparater (biopsier/resektater), og som giver mulighed for at se/orientere sig i ældre patologibeskrivelser
- Opkobling til PAS (patientadministrative systemer)
- Adgang til EPJ/ databaser eller skemaer, hvor det er muligt at dokumentere MDT-beslutninger tidstro og aktuelt
- Ved behov projektionsmuligheder, som giver MDT-deltagerne mulighed for at se og validere MDT-beslutningerne, mens de bliver dikteret/ skrevet.
- Ved behov faciliteter til at se og tale med deltagere, som er uden for lokaliteten af MDT-lokalet (videokonference) og med hvem, al information (radiologiske billeder, patologi og beskrivelser) som bliver vist, kan deles

2.2.2. Der er opbakning/bevillinger fra alle aktører til at frembringe nødvendig teknologi og udstyr (inklusiv videokonferenceudstyr), som er af god og funktionel kvalitet, mindst op til et minimum af netværks specifikationer, som tager højde for følgende aspekter:

- Standarder for dataoverførsler
- Billed- og lyd kvalitet
- Båndvidde og –hastighed for up-loading af billeder [høj], tidsforskydning ved tale (i.f.m. diskussioner) [minimal]
- Inter-hospitals kompatibilitet /på tværs af steder og Regioner etc.

Disse specifikationer skal holdes opdateret i forhold til brugbarhed og fremtidige teknologiske landvindinger.

2.2.3. Der skal være adgang til relevant teknisk support i forbindelse med MDT-konferencernes afholdelse, (under konferencernes afholdelse), hvis der er nogen som helst problemer med diverse IT-systemer, videokonferenceudstyr eller diverse opkoblinger til fjerne lokaliteter under konferencen.

3. Konferenceorganisation og logistik

3.1. Konferencehyppighed

- 3.1.1. MDT-konferencer afholdes regelmæssigt på fastlagte dage og tidspunkter (f. eks én gang ugentligt) under hensyntagen til overholdelse af forløbstiderne i pakkeforløb for kræftsygdomme. For sjældne cancerdiagnoser kan konferencen afholdes ad hoc, forudsat at konferencen er varslet, så de rette deltagere er til stede.
- 3.1.2. MDT-konferencer afholdes indenfor normal arbejdstid, og arbejdet tilrettelægges og koordineres med involverede afdelinger, så alle konferencens deltagere har mulighed for at være til stede.

3.2. Forberedelse til MDT-konferencer

- 3.2.1. Der skal være iværksat rutiner, som sikrer, at alle relevante patienter diagnosticeret med cancer får vurderet deres sygdom på en MDT-konference (jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for kræftpakkeforløb samt nationale guidelines).
- 3.2.2. Sidste frist for henvisning af patienter til en MDT-konference skal fastlægges og bør respekteres.
- 3.2.3. En struktureret patientliste distribueres forlods til konferencedeltagerne.
- 3.2.4. Listen opbygges, således at den er logisk i forhold til deltagernes involvering. Når tilstedeværelse for enkelte specialer ikke længere er nødvendig, kan disse deltagere forlade konferencen.
- 3.2.5. Der skal afsættes tilstrækkelig tid til diskussion af komplekse tilfælde. Dette kan være begrænsende for antallet af patienter, der kan tilmeldes pr. gang. Overskrides antallet skal der etableres rutiner til at orientere henvisende afdelinger om dette.
- 3.2.6. Form og indhold af oplæg til konferencen besluttet lokalt (medmindre der findes nationale retningslinjer herfor). Et oplæg til konferencen skal indeholde relevante kliniske oplysninger, herunder anamnese, psykosociale forhold, komorbiditet, almen tilstand, performance status, foretagne og planlagte undersøgelser, patientpræferencen og palliationsbehov. Hvis det foreligger, skal TNM-klassifikationer, oplyses. Der kan endvidere være specialespecifikke oplysninger, som ligeledes skal fastlægges.
- 3.2.7. Form og indhold af afrapportering fra konferencen besluttet lokalt. En afrapportering skal dog som minimum indeholde grundlaget for anbefalingerne, behandlingsplan, angivelse af hvem der effektuerer planen og formidler informationen til patienten.
- 3.2.8. Det forventes, at konferencedeltagerne (jf. afsnit 1.1) er fagligt kompetente og kender nationale og internationale retningslinjer indenfor deres respektive specialer. Det forventes i øvrigt, at deltagerne møder velforberedte til konferencerne.

3.3. Organisation og administration under MDT-konferencer

- 3.3.1. Det skal klart fremgå, hvem der har henvist patienten og hvilket spørgsmål, der ønskes drøftet på konferencen.
- 3.3.2. Et lokalt besluttet oplæg jf. 3.2.6. præsenteres.
- 3.3.3. Ved konferencen skal der være det nødvendige antal onlineadgange til relevante oplysninger (jf. 2.2).

3.3.4. Der udfærdiges for hver patient et konferencenotat. Oplysningerne skal inkludere rationale for anbefaling af behandling, oplysninger om usikkerheder og evt. uenighed konferencedeltagerne imellem.

3.3.5. Hvis muligt, kan der under mødet indtastes direkte til relevante kliniske databaser.

3.3.6. Der er en effektiv koordination og ledelse under konference.

3.3.7. Konferencebeslutninger skal være tilgængelige så hurtigt som muligt efter konferencens afslutning.

3.4. Koordination efter MDT-konferencen

3.4.1. Der er etableret rutiner til at sikre:

- At patienten informeres om konferencebeslutningen og det videre forløb af en sundhedsfaglig person, der kan vurdere og imødekomme patientens behov for information
- At rammerne for tilbagemelding er aftalt med patienten forud for konferencen, hvad angår tid, sted, afdeling/person
- At der er taget højde for den patientrelaterede kontakt i arbejdstilrettelæggelsen til opfølgning på MDT-konferencen
- At såfremt der ikke kan træffes beslutning p.g.a. ufuldstændige oplysninger, eller hvor nye oplysninger fremkommer på et senere tidspunkt, skal patienten tages op på fornyet MDT-konference
- At beslutning kan udskydes, såfremt der skal inddrages anden ekspertise
- At MDT-konferencen informeres, hvis der sker betydelige ændringer af anbefalinger vedrørende behandling eller pleje
- At patienter henvises til anden MDT-konference (anden afdeling eller andet sygehus), hvis dette er påkrævet.

4. Kvalitetssikring af MDT-konferencer

4.1. Organisatorisk støtte

- 4.1.1. Der skal være tilstrækkelige ressourcer, hvad angår personer, tid, udstyr og faciliteter til at kunne afholde effektive MDT-konferencer (således som de er beskrevet i det aktuelle dokument).
- 4.1.2. Der skal være tilstrækkelige ressourcer til at kunne følge op på konferencen.

4.2. Dataindsamling, analyse og audit på resultater (outcome)

- 4.2.1. Indsamling og indtastning af data til kliniske databaser foretages i regi af MDT-organisationen. MDT-organisationen skal registrere sin egen aktivitet.
- 4.2.2. MDT-konferencen deltager i interne og eksterne audits på selve MDT-processen, resultatet af konferencen og gennemgang af auditdata (fx at se på om den behandling, der blev besluttet er i overensstemmelse med den gældende bedste specialiststandard og overveje, om der er grundlag for at lave en undersøgelse/forskningsprojekt) for at se, om der skal sættes ind for at ændre praksis, hvis det er indiceret eller nødvendigt.
- 4.2.3. Forhold af betydning for MDT-konferencer medinddrages i patientspørgeskemaer for at drage nytte af patient feed back og evt. implementere forbedringer som følge heraf, hvis det er relevant.

4.3. Overordnet monitorering og udvikling

- 4.3.1. Formålet med MDT-konferencen og forventet resultat af konferencen defineres lokalt. Der skal være ledelsesmæssig opbakning til konferencen. Den multidisciplinære konferences beslutning kan ikke omstødes af en unidisciplinær konferencebeslutning, uden at MDT-konferencen informeres om baggrunden. En omstødelse af konferencebeslutningen skal som minimum begrundes i journalen og bør så vidt muligt medføre, at patienten tages på fornyet MDT-konference.
- 4.3.2. MDT-politikker, -vejledninger og -protokoller opdateres i takt med, at retningslinjerne revideres.
- 4.3.3. MDT-konferencen forholder sig mindst årligt til, om der er forskelle på de behandlinger, som patienter har adgang til forskellige steder i landet. Dette for at fastholde at alle patienter uanset bopæl har ret til samme behandling.
- 4.3.4. Den overordnede MDT-ansvarlige sikrer, at MDT-konferencen mindst en gang om året evalueres vedr. effektivitet og proces. Hvor det er muligt, kan der foretages en benchmark mod tilsvarende MDT-konferencer, ved at lave kræft peer review processer og/eller anvendelse af andre nationale redskaber. MDT-konferencen selv eller arbejdsgiveren (Regionen) forholder sig til resultaterne.

4.4. Uddannelsesperspektiv

- 4.4.1. Det er vigtigt at tilgodese yngre lægers oplæring og rolle på MDT-konferencen. Yngre læger bør som del af deres uddannelse planlagt deltage på MDT-konference og kan bidrage aktivt til afviklingen med fx fremlæggelse af oplæg. Dette også med henblik på kontinuerlig sikring af den nødvendige ekspertise.

De næste skridt/fremtiden

De karakteristika, som er beskrevet i nærværende dokument for en effektiv MDT-konference skal ses i rammerne af Sundhedsstyrelsens Kræftplan II og III. For yderligere optimering anbefales nedenstående.

Der/det bør:

- Etableres et system for intern og ekstern audit
- Gennemføres pilotprojekter, som kan vise veje for MDT-konferencerne, så de kan foretage 'selv-vurdering og feedback' på områder, som er mindre egnede til peer review, som f.eks. områderne teamwork og lederskab
- Identificeres udviklingspotentialer/støttefunktioner for MDT-konferencerne
- Overvejes hvordan web-baseret undervisning kunne understøtte MDT-arbejdet
- Udvikles et idékatalog, hvor man kan dele velfungerende lokale praktikker i forbindelse med de diverse karakteristika for den effektive MDT-konference
- Etableres On-line adgang til nationale kliniske retningslinjer mhp beslutningsstøtte
- Etableres On-line adgang til kliniske databaser mhp på direkte indtastning af data
- Overvejes at oprette nationale MDT-konferencer mhp second opinion
- Ved udvikling af nye patientadministrative systemer indarbejdes MDT-moduler.

Mere information

Hvis du ønsker at se resultaterne af den survey, som danner grundlag for den engelske udgave af vejledningen, henvises til www.ncin.org.uk/mdt

Litteraturliste

- (1) Hong NJ, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: an international literature review. *J Surg Oncol* 2010 Aug 1;102(2):125-34.
- (2) Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JS. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:377.
- (3) Prades J, Borrás JM. Shifting sands: adapting the multidisciplinary team model to technological and organizational innovations in cancer care. *Future Oncol* 2014 Oct;10(13):1995-8.
- (4) Wille-Jørgensen P, Sparre P, Glenthoj A, Holck S, Norgaard PL, Harling H, et al. Result of the implementation of multidisciplinary teams in rectal cancer. *Colorectal Dis* 2013 Apr;15(4):410-3.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (6) Task force for kræftområdet S. Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (7) Lehmann Knudsen J, Ellegaard Christensen M, Hansen B. Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. København: Nyt Nordisk Forlag; 2008.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet - et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (9) DMCG.dk. Kræftkirurgi - mere end et håndværk. Præsentation af resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse om den kræftkirurgiske status i 2012. København, Danmark; 2014.
- (10) Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, Duggan KJ. Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer? *Cancer* 2011 Nov 15;117(22):5112-20.
- (11) National Cancer Action Team. The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). England: National Health Service (NHS); 2010.
- (12) Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, Griffith C, Trevatt P, Richards M, et al. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ* 2010;340:c951.
- (13) State of Victoria DoH. Multidisciplinary cancer care - Literature review. Australia: Department of Health - State Government Victoria; 2012.
- (14) Brannstrom F, Bjerregaard JK, Winblad A, Nilbert M, Revhaug A, Wagenius G, et al. Multidisciplinary team conferences promote treatment according to guidelines in rectal cancer. *Acta Oncol* 2015 Apr;54(4):447-53.

- (15) Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol* 2006 Nov;7(11):935-43.
- (16) Patkar V, Acosta D, Davidson T, Jones A, Fox J, Keshtgar M. Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. *Int J Breast Cancer* 2011;2011:831605.
- (17) Croke JM, El-Sayed S. Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature. *Curr Oncol* 2012 Aug;19(4):e232-e238.
- (18) Lamb BW, Sevdalis N, Benn J, Vincent C, Green JS. Multidisciplinary cancer team meeting structure and treatment decisions: a prospective correlational study. *Ann Surg Oncol* 2013 Mar;20(3):715-22.
- (19) van HJ, de ML, Otter R, de VJ, Siesling S. Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. *Breast* 2014 Feb 25.
- (20) MacDermid E, Hooton G, MacDonald M, McKay G, Grose D, Mohammed N, et al. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis* 2009 Mar;11(3):291-5.
- (21) Brown G. Specialist multidisciplinary team working in the treatment of cancer. *BMJ* 2012;344:e2780.
- (22) Coory M, Gkolia P, Yang IA, Bowman RV, Fong KM. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 2008 Apr;60(1):14-21.
- (23) Abdulrahman GO, Jr. The effect of multidisciplinary team care on cancer management. *Pan Afr Med J* 2011;9:20.
- (24) Kane B, Luz S. "Do no harm": fortifying MDT collaboration in changing technological times. *Int J Med Inform* 2013 Jul;82(7):613-25.
- (25) Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer* 2006 Oct;42(15):2459-62.
- (26) Kee F, Owen T, Leathem R. Decision making in a multidisciplinary cancer team: does team discussion result in better quality decisions? *Med Decis Making* 2004 Nov;24(6):602-13.
- (27) Jalil R, Ahmed M, Green JS, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg* 2013;11(5):389-94.
- (28) Raine R, Wallace I, Nic a' BC, Xanthopoulou P, Lanceley A, Clarke A, et al. Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a prospective observational study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 Oct Health Services and Delivery Research 2014 Jan 1.
- (29) Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE, Lord I, Blackshaw GR, Hodzovic I, et al. Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer. *Dis Esophagus* 2006;19(3):164-71.

- (30) Birchall M, Bailey D, King P. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer* 2004 Oct 18;91(8):1477-81.
- (31) Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJ, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;344:e2718.
- (32) Ruiz-Casado A, Ortega MJ, Soria A, Cebolla H. Clinical audit of multidisciplinary care at a medium-sized hospital in Spain. *World J Surg Oncol* 2014;12:53.
- (33) Lamb BW, Sevdalis N, Arora S, Pinto A, Vincent C, Green JS. Teamwork and team decision-making at multidisciplinary cancer conferences: barriers, facilitators, and opportunities for improvement. *World J Surg* 2011 Sep;35(9):1970-6.
- (34) Taylor C, Shewbridge A, Harris J, Green JS. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2013;5:79-85.
- (35) Taylor C, Ramirez AJ. Multidisciplinary team members' views about MDT working: Results from a survey commissioned by the National Cancer Action Team. National Cancer Action Team MDT Development Programme; 2009.
- (36) Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Colorectal MDTs: the team's perspective. *Colorectal Dis* 2008 Jan;10(1):63-8.
- (37) Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs I. Influences on multidisciplinary team decision-making. *Int J Gynecol Cancer* 2008 Mar;18(2):215-22.
- (38) Chinai N, Bintcliffe F, Armstrong EM, Teape J, Jones BM, Hosie KB. Does every patient need to be discussed at a multidisciplinary team meeting? *Clin Radiol* 2013 Aug;68(8):780-4.
- (39) Simcock R, Heaford A. Costs of multidisciplinary teams in cancer are small in relation to benefits. *BMJ* 2012;344:e3700.
- (40) Westin T, Stalfors J. Tumour boards/multidisciplinary head and neck cancer meetings: are they of value to patients, treating staff or a political additional drain on healthcare resources? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008 Apr;16(2):103-7.
- (41) Ke KM, Blazeby JM, Strong S, Carroll FE, Ness AR, Hollingworth W. Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc* 2013;11(1):7.
- (42) Shah S, Arora S, Atkin G, Glynn-Jones R, Mathur P, Darzi A, et al. Decision-making in Colorectal Cancer Tumor Board meetings: results of a prospective observational assessment. *Surg Endosc* 2014 Oct;28(10):2783-8.
- (43) Taylor C, Atkins L, Richardson A, Tarrant R, Ramirez AJ. Measuring the quality of MDT working: an observational approach. *BMC Cancer* 2012;12:202.
- (44) Tattersall MH. Multidisciplinary team meetings: where is the value? *Lancet Oncol* 2006 Nov;7(11):886-8.

Multidisciplinær kræftbehandling
– en vejledning til MDT-konferencen

- (45) Wright FC, Lookhong N, Urbach D, Davis D, McLeod RS, Gagliardi AR. Multidisciplinary cancer conferences: identifying opportunities to promote implementation. *Ann Surg Oncol* 2009 Oct;16(10):2731-7.
- (46) Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JS, Sevdalis N. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2011 Aug;18(8):2116-25.
- (47) Ryan J, Faragher I. Not all patients need to be discussed in a colorectal cancer MDT meeting. *Colorectal Dis* 2014 Feb 7.
- (48) Taylor C, Finnegan-John J, Green JS. "No decision about me without me" in the context of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:488.
- (49) Krüger B: Mødeledelse. Børsens forlag.
- (50) Balle C, Fink A, Hildebrandt S, Petersen G. Atmosfære på møder – ideer til mere energi, samspil og Fornydelse. Branchearbejdsmiljørådene.

BILAG 1

MDT-konferencens arbejdsgruppe:

Lene Lundvall, overlæge, klinikchef, Gynækologisk Klinik, RH (formand)

Jens Hillingsø, overlæge, klinikchef, Kir.gas.og transplant.klinik, RH

Lone Nørgaard Petersen, overlæge, Onkologisk Klinik, RH

Hanne Nellemann (3. og 4. møde), overlæge, Radiologisk Afd., AUH

Jon Thor Asmussen – (suppl. Hanne Nellemann på internatmøde), Specialeansvarlig overlæge, onkoradiologi, Radiologisk afdeling, OUH

Søren Høyer, overlæge, Patologisk Institut, AUH

Rikke Hjarnø Hagemann-Madsen, overlæge, Klinisk Patologi, Vejle Sygehus

Henrik Lajer, overlæge, Gynækologisk Klinik, RH

Torben Rasmussen, overlæge, Lungemedicinsk afd., AUH

Michael Borre, professor, overlæge, Urologisk afd., AUH, formand for DMCG

Pernille Dehn (sekretær)