

## Referat

### DMCG-MDT-udviklingsmøde i Odeon, Odense d. 2/10-2024

FU + DLCG Torben Riis Rasmussen, Lungemedicin, AUH (formand)  
DGCG Mikkel Rosendahl, Gynækologi, Rigshospitalet (formand)  
DACG Eva Serup-Hansen, Herlev/Gentofte Hosp., Afd. for Kræftbehandling  
DAHANCA Kristine Bjørndal, ØNH OUH (formand)  
DAPROCA Vibeke Løgager, Radiologi Herlev and Gentofte Hospital (formand)  
DLCG associeret Lise Saksø Mortensen, Onkologi AUH  
DEGC Lise Bech Jellesmark Thorsen, Onkologi AUH (formand)  
Hæm-Fælles Peter Brown, Hæmatologi, Rigshospitalet (formand)  
DHG Anita Gothelf Onkologi Onkologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)  
DLCG associeret Karin Hjorthaug, Nuklearmedicin AUH  
Anja Gouliaev, lungemed.afd., AUH (under punkt 8)

#### Afbud:

DMSG Emil Hermansen, Hæmatologi, Rigshospitalet  
DCCG Lone Nørgård, Onkologi, Rigshospitalet  
DLG Tarec Christoffer El Galaly, Hæmatologi, Aalborg Universitetshospital  
DBC G Peer Christiansen, Brystkirurgi AUH  
DMG Lisbet Hölmich, Plastikkirurgi Herlev/Gentofte Hospital  
DLCG associeret Hanne Marie Nellemann, Radiologi AUH  
DLCG Michael Brun Andersen, formand for Dansk Thorax-radiologisk selskab  
DCCG Ismail Gögenur, GI-Kirurgi Sjællands Uni-hospital, Køge  
DABLACA Juan Luis Vasquez, Urologi Sjællands, Uni-hospital, Roskilde  
DSG Anders Krarup Hansen, Kræft afd., Herlev og Gentofte Hospital  
DPCG Jens Hillingsø, Gastrokirurgi, Rigshospitalet, Afd. for Organkirurgi og Transplantation  
DGCG Annika Loft Jakobsen, Nuklearmedicin, Rigshospitalet  
PAL Henrik Larsen, Center for Kræft og Organsygdomme, Rigshospitalet

Hvad def. en MDT?

Spansk oplæg om, hvad der skal være med i en MDT for at gøre den excellent – se vedhæftede

Der findes LPR koder til registrering af afholdt MDT konference.

#### 1. Krav til MDT indenfor lungecancer iht SST's Pakkeforløb for Lungekræft.

I Pakkeforløb for Lungekræft er det fra SST et 100% krav at alle patienter kommer på MDT mhp. fastlæggelse af diagnose og stadietinddeling.

#### 2. RKKP registreret MDT-standard-opfyldelse indenfor DLCG.

I årsrapporten for 2022 var målopfyldelse 85%. Aarhus havde laveste målopfyldelse, men RM-Lungecancer-MDT er også den mest komplekse med mange patienter. Bruger ca. 5 min. pr. patient. Har 2 konferencer om ugen, ønsker fordelt på 3, men ikke personale nok til det.

3. **Præsentation af resultater fra undersøgelse af MDT-kvalitet indenfor lungecancer ift om en given patient vil blive vurderet ensartet og tilbudt samme behandling uanset hvor vedkommende udredes og vurderes til behandling (til mulig inspiration for andre kræftgrupper)**

Formålet var at undersøge om samme behandlingstilbud gives i hele landet.

60 cases med anonymiseret CT og PET blev sendt til de 4 MDT konferencer i DK. 1-2 cases blev taget op i slutningen af MDT, som var det en normal gennemgang. Fordeling sv.t. det udvalg af pt. man har normalt, fra lav til høj stadie og forskellig PD-L1, performancestatus samt rygestatus. Der var uenighed om 16 patientcases vedr. kurabilitet, primært ptt med lokal-avanceret lungecancer. Høj grad af enighed for cases med såvel lave som høje stadier.

4. **Afledt tiltag indenfor lungecancer (konsensus-møde)**

IT-plattformen er klar til national MDT, men er endnu ikke taget i brug. I år er man begyndt at give neoadjuverende beh., og det kunne være disse patienter, man startede op med på national MDT for at sikre samstemmende vurderinger.

Der er planlagt afholdelse af et nationalt konsensusmøde, hvor man skal gennemgå de 16 cases, hvor der var uenighed. Der vil være deltagelse fra hver MDT-gruppe, som man skal sidde i. Hvis der herefter er persisterende uenighed, skal der måske nedsættes en taskforce gruppe.

5. **Præsentation/demonstration af en web-baseret global konsensus- og læringsplatform for lungecancer udviklet af AstraZeneca i samarbejde med bl.a. Torben (DLCG). En platform der både kan bruges for måling af egen MDT mod andre MDT-sites nationalt eller internationalt og som et konsensus-udviklingsredskab.**

Torben deltager endvidere i et globalt MDT forum, hvor man bl.a. kan se, at man i Kina er nået rigtig langt omkring afholdelse af MDT.

AstraZeneca har udviklet et program, Rosetta-lung, hvor man kan øve sig på en række lungecancer cases. Man kan gennemgå cases og se hvor der er overensstemmelse eller ikke i forhold til andre MDT-grupper, nationalt eller internationalt efter eget valg. Man kan se billedmateriale, sygehistorie. Indtaste egne resultater og sammenligne med andres svar.

6. **Gennemgang og diskussion af besvarelser af DMCG-MDT-Survey fra efteråret 2023 - set ift DMCG's målsætninger for MDT-konferencerne**

25 MDT grupper, svar fra 19 – se vedhæftede.

7. **Deling af erfaringer, gode som dårlige, til fælles inspiration.**

[Henvisningskabeloner fra Rigshospitalet](#) til bl.a. til [pancreaskonference](#) og [leverpancreas](#) på AUH findes på nettet til inspiration.

Der træffes ikke nødvendigvis den samme beslutning næste gang, man ser patienten på MDT

Programledelsesmøde i Odense, hvor problemer bliver fremlagt for den øverste ledelse på OUH. Hvorfor overholdes programmet ikke, hvad er årsagen, hvad kan give bedre proces. Det har været givtigt.

Forskelligt om der dikteres undervejs, eller en sekretær skriver direkte, som alle kan se.

**DGCG** : Den samme patient kommer planlagt på 2 gange. En præoperativ MDT (man starter konf. og dem med mangler i oplægget udsættes til næste gang), og en postoperativ MDT-konf (patolog ringer om morgenen, og hvis pt.'s patologisvar ikke er klar, udsættes vedkommende til næste gang).

I pakkeforløb er angivet, hvilke personalegrupper der skal deltage i MDT. Visitation og MDT omlagt for år tilbage. Så nu modtages henvisning, hvor bestemte krav **skal** være opfyldt, ellers returneres henvisningen. Dermed spares mange forundersøgelser, og et ambulatorium er på den baggrund lukket. Sygeplejersker har samtaler med patienterne i telefonen.

**DECG:** Præoperativ og efterflg. MDT før kirurger har set pt. Nogle pt. ses 2 gange. Der ønskes bedre samarbejde mellem kirurg og onkolog. Ofte træffes der reelt 2-3 beslutninger, alt i afhængig af hvad et senere biopsisvar måtte vise. Netop startet en National MDT som et 6 mdr. kvalitetssikringsprojekt.

**Daproca:** Hvis der er flere behandlingsmuligheder, drøftes det med pt.

**DAHANCA:** Ingen ptt kommer på MDT-listen uden billeddiagnostik eller histologi. Først holdes en fælles MDT med patolog, radiolog og PET. Paraklinikerne går og efterflg. aftales plan med pt., som på det tidspunkt er mødt op. Da pt. deltager i sidstnævnte, presses alle til at alt er klart.

**DLCG:** Lungemedicinske afdelinger administrerer listen. PET foretages på perifere sygehuse. Vi ved, at nogle typer lungecancer vokset meget langsomt, så her haster MDT'en reelt ikke. Men pga pakkeforløbenes tidsgrænser hastes de igennem diagnostik og behandling med samme hastighed som ptt med mere aggressive lungecancer former.

**HÆMA:** Alle patienter med myelomatose er på MDT. Men ptt med indolente sygdomme, som f.eks. CLL, har ikke behov for at blive gennemgået på en MDT-konference. Det kunne indskrives i retningslinjer.

**Palliativ:** Har lavet survey om, hvem der deltager i MDT-konferencer – se vedhæftede.

8. **Efter frokost præsentation over video-link af studie med sammenligning af MDT indenfor lungecancer i DK og i Norge med metodebeskrivelse og resultater. v/Anja Gouliaev, phd.stud, lungemed, Aarhus**

5 år overlevelse markant bedre i Norge 20,9% og DK 14,9%. Dog nu Norge 30 % og 24% DK  
Survey udsendt til alle MDT'er i DK og Norge. Fuld besvarelse  
Brugt systemet: Metric for the observation of decision-making. MDT-mode.  
Tidsforbrug viste 5 min og 3 sek i gennemsnit pr. patient.  
25% fra DK kommer på ny MDT, i Norge 13%. I Norge var det kun besøg på 3 afd.  
Se vedhæftede.

**Opsummering:**

Vi ser flere udviklingspotentialer:

- Afholde MDT i god struktur med velfungerende logistik
- Sikre at alle/nødvendige patienter kommer på MDT
- Sikre at der træffes de rigtige (og samstemmende) beslutninger
- Bedre samarbejde om patienter med flere cancere, som nu kommer med på flere MDT'er og alle venter på alle

Der foreslås:

- I retningslinjer indskrive hvilke specialer, der er relevante for deltagelse i MDT, og hvilke patienter der er relevante at diskutere på MDT.
- I egne DMCG grupper skal arbejdes med hvilke pt., der er relevante at tage op i MDT, og aftale indskrivelse i de pågældende pakkeforløb med SST.
- Patienter skal være færdigudredte inden de kommer på MDT!
- Bruge henvisningsskabeloner/oplægsskabeloner, hvor det giver mening. Hvad skal stå i oplæg, og hvilke billeder skal ses. Evt. lave en skabelon, hvor alle punkter SKAL være udfyldt, før pt. kan komme på
- På oplægget og/eller afviklingslisten angive hvad, der skal vurderes af hvilke faggrupper
- Have en MDT-afdeling med overordnede koordinator fra hospitalsledelsen eller i hvert fald en person med tilsvarende ledelsesansvar – helt i stil med programledelsesmøderne i Odense. Målet er ikke bare IT, men alle forhold og problemer vedrørende MDT. Dette mhp en mere hensigtsmæssig MDT afvikling på alle niveauer.
- Evt. dele MDT konf. op i grupper, afhængig af hvilke faggrupper der skal deltage, og ellers tage de patienter først, hvor flest faggrupper skal være repræsenteret, så faggrupperne kan gå efterhånden
- Vurdere hvem der er mest faglig kompetent til at give pt. svaret fra MDT'en, udreder, kirurg eller onkolog.
- Hurtigere/lettere adgang til palliativ MDT
- Notere alle patienter der kommer på MDT flere gange, registrere årsagen hertil, og gennemgå disse.

Endvidere blev følgende spørgsmål/problemstilling kort berørt, men ikke færdigdiskuteret: Hvad stiller vi op med pt som har flere kræftsygdomme – hvilken MDT har hovedansvaret, og hvordan aftaler man det? Kunne man have en ad hoc MDT kun til denne pt gruppe, som koordinerer?

Et muligt emne til næste møde kunne være: Hvordan kan man evaluere **selve** MDT processen mhp optimering på flere parametre?