

Viden om kvalitet i multidisciplinære teamkonferencer

Fokus på inddragelse af patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold ved lungekræft



**Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb
Viden om kvalitet i multidisciplinære teamkonferencer –
fokus på inddragelse af patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold ved
lungekræft**

Kræftens Bekæmpelse

Center for Kræftforskning og Patientstøtte & Frivillig Indsats
Strandboulevarden 49
2100 København Ø
www.cancer.dk

Udarbejdet af

Hanne Bødtcher, Camilla Keller og Lisbeth Høeg-Jensen

For mere information om undersøgelsen kontakt:

Specialkonsulent Hanne Bødtcher, e-mail hab@cancer.dk
Center for Kræftforskning

Sundhedsfaglig konsulent Camilla Keller, e-mail cke@cancer.dk
Center for Kræftforskning

Udgivet februar 2023

Undersøgelsen er finansieret af Knæk Cancer

Indhold

Sammenfatning.....	4
Anbefalinger.....	6
Baggrund.....	7
Metode.....	9
Rammer og design	9
Deltagere og procedure	9
Interviewguide	11
Dataanalyse.....	11
Resultater fra interviewundersøgelse.....	12
Forskelle på rammer for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet	12
Fordele og forbehold for at kende patienters præferencer ved MDT-konferencen.....	15
Patientinformation og patientinddragelse i forbindelse med MDT-konferencen.....	16
Klinikernes beslutning om behandlingstilbud på MDT-konferencen.....	17
Diskrepans mellem patientbeskrivelsen og den sete patient.....	18
Klinikernes forslag til udvikling af MDT-konferencen	18
Klinikernes forslag til kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen	22
Diskussion	22
Rammer for afholdelse af MDT-konferencer	23
Inddragelse af patienternes synspunkter og præferencer.....	24
Performancestatus.....	25
Udvikling af MDT-konferencen.....	26
Kvalitetsopfølgning	26
Metodiske overvejelser.....	27
Konklusion.....	27
Referencer	28
Bilag 1: Interviewguide – Viden om kvalitet i MDT-konferencer	31

Sammenfatning

Baggrund

Multidisciplinære teamkonferencer (MDT-konferencer) er et væsentligt element i tilrettelæggelse og gennemførelse af det enkelte kræftpatientforløb. I den nationale vejledning til MDT-konferencen fremgår det, at målet med MDT-konferencen er *"... at behandle patienten som en hel patient, herunder at medtage patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, når der træffes beslutning om behandlingstilbud"*. Studier finder variation i kvaliteten af MDT-konferencer, men også at klinikere oplever MDT-konferencen som værende betydningsfuld, kvalificerende og en veletableret del af den kliniske hverdag.

Formålet med denne undersøgelse var at belyse, hvorvidt og hvordan klinikere/paraklinikere (herefter blot benævnt som klinikere) oplever, at patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i MDT-oplægget, i MDT-konferencen og i den efterfølgende samtale med patienter med lungekræft, og hvordan dette eventuelt varierer på tværs af landet. Derudover var formålet at undersøge, hvilke overvejelser og forslag klinikere har til kvalitetsmonitorering og udvikling af MDT-konferencen.

Metode

Fra november 2021 til marts 2022 blev der foretaget individuelle semistrukturerede interviews med 22 klinikere, der deltog i lungekræft MDT-konferencer. Alle hospitaler, der afholdt lungekræft MDT-konferencer, og alle involverede specialer og faggrupper var repræsenterede. Informanter i interviewundersøgelsen var otte lungemedicinere, seks onkologer, to thoraxkirurger, to sygeplejersker, en stråleonkolog, en radiolog, en nuklearmediciner og en patolog. Interviewene blev lydoptaget, transskriberet og tematisk analyseret.

Resultater

Ved analyse af interviewene fremkom der syv temaer: 1) Forskelle på rammer for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet, 2) fordele og forbehold for at kende patienters præferencer ved MDT-konferencen, 3) patientinformation og patientinddragelse i forbindelse med MDT-konferencen, 4) klinikernes beslutning om behandlingstilbud på MDT-konferencen, 5) diskrepans mellem patientbeskrivelsen og den sette patient, 6) klinikernes forslag til udvikling af MDT-konferencen og 7) klinikernes forslag til kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen.

Der var forskel på, hvilke klinikere, der deltog på MDT-konferencerne, antal patienter, der blev drøftet ved hver MDT-konference, varighed og hyppighed for afholdelse af MDT-konferencerne, og hvorvidt patienters præferencer blev inddraget i beslutningen om behandlingstilbud. Patientpræferencer blev inddraget, hvis det var noteret i forbindelse med den indledende samtale, hvis patienten specifikt gav udtryk herfor eller ved samtalen efter MDT-konferencen. Derudover var der forskel på forventninger til forberedelse af MDT-konferencen, håndtering af manglende prøvesvar, dokumentation af beslutning, hvorvidt diagnosesamtalen blev afholdt ved fremmøde eller telefonisk, og om der blev tilstræbt samme læge gennem udredningsforløbet.

Nogle informanter havde forbehold for at kende og inddrage patienters præferencer inden MDT-konferencen, da den kunne ændre sig gennem udredningsforløbet, og den endelige diagnose endnu var ukendt. Andre informanter så fordele ved at kende patienters præferencer, da unødigt udredning dermed kunne undgås, og ønsket behandling hurtigere igangsættes. Der var

en oplevelse af, at den information, patienterne modtog om kræftsygdommen og om forløbet, havde betydning for deres behandlingspræferencer. Objektive faktorer som histologi, sygdomsstadie og performancestatus var afgørende for valg af behandlingstilbud, mens patientens præferencer og psykosociale forhold ikke altid blev vurderet betydende for beslutningen. Der var en oplevelse af diskrepans og svingende kvalitet mellem den angivne performancestatus i journalen, og den klinikerne vurderede, når de selv så patienten efter MDT-konferencen, hvilket kunne resultere i ændret behandlingsplan.

Informanternes forslag til udviklingstiltag var blandt andet et maksimum for, hvor mange patienter, der drøftes per konference, erfaringsudveksling internt og på tværs af MDT-konferencer, at anvende et objektivi mål for performancestatus samt at sikre tidligere stillingtagen til patientens behandlingsegnethed og -ønske. Af forslag til kvalitetsmonitorering var at følge op på andelen af patienter, der modtager den behandling, der besluttet på MDT-konferencen, samt at sammenligne beslutninger på tværs af landet.

Konklusion

Det varierer, hvorvidt patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i forbindelse med MDT-konferencen, og det sker ikke systematisk og ens på tværs af landet. Det vil være relevant at ensrette praksis for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet, så patienter sikres samme høje kvalitet i diagnosticering og i behandlingsplanlægning. Kvaliteten af MDT-konferencer kan følges systematisk ved at følge op på, hvorvidt behandlingstilbuddet, der besluttet på MDT-konferencen, er den behandling, patienten modtager. Derudover at sammenligne MDT-beslutninger på tværs af landet for at sikre samme behandlingstilbud uanset geografi.

Inden for andre kræfttyper vil det ligeledes være relevant at undersøge og sikre ens praksis for afholdelse af MDT-konferencer, undgå geografisk forskel på inddragelse af patientpræferencer og den behandling patienten tilbydes samt følge og sikre høj kvalitet af MDT-konferencer.

Anbefalinger

På baggrund af denne undersøgelse anbefaler Kræftens Bekæmpelse:

- at Dansk Lungecancer Gruppe udarbejder en national retningslinje for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer med afsæt i den nationale vejledning for at sikre ensretning på tværs af landet. Der bør i retningslinjen tages stilling til følgende:
 - en øvre grænse for antal patienter, der drøftes ved hver MDT-konference
 - specialer, der deltager på MDT-konferencen
 - forberedelsestid, herunder hvornår MDT-oplægget bør være tilgængeligt for de andre deltagere
 - dokumentation af MDT-beslutning i plenum
 - procedure for inddragelse af patientpræferencer gennem hele udredningsforløbet og ved behandlingsplanlægning.
- at kvaliteten af MDT-konferencer følges systematisk ved eksempelvis at opgøre:
 - andelen af MDT-beslutninger, der er i overensstemmelse med gældende behandlingsretningslinjer
 - andelen af MDT-beslutninger, der bliver fulgt og årsag til eventuel afvigelse
 - overensstemmelse af beslutninger på tværs af landet.

Baggrund

Multidisciplinære teamkonferencer (MDT-konferencer) er et væsentligt element i tilrettelæggelse og gennemførelse af de enkelte patientforløb i Danmark. Det har det været siden kræftplan II i 2005, hvor multidisciplinære teams indgik i beskrivelsen af kræftpakkerne. Sidenhen i kræftplan IV hvor regeringen ønskede at understøtte opdaterede og ensartede faglige retningslinjer for kræftbehandling på tværs af landet samt understøtte gode rammer for samarbejdet på tværs af specialer fx i MDT-konferencer. Endvidere ønskede regeringen, at eksisterende erfaringer med patientinddragelse på MDT-konferencerne blev udbredt [1, 2].

I 2014 blev der nedsat et MDT-udvalg forankret under Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) til at udarbejde en national generisk vejledning til effektiv tilrettelæggelse og afholdelse af MDT-konferencen, som kunne tilpasses lokale forhold og specialer. Dette blandt andet på foranledig af, at Danske Regioner, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), DMCG.dk og Sundhedsstyrelsen efterspurgte en vejledning på området, der var bredt klinisk forankret og understøttende for dansk lov og eksisterende kræftplaner [3].

I vejledningen fra 2016 fremgår, at den multidisciplinære tilgang har til formål at sikre, at patienten tilbydes høj kvalitet af diagnosticering, behandling og pleje. Dette muliggøres ved, at det multidisciplinære team består af aktører fra relevante specialer med det kendskab, ekspertise og erfaring, der er nødvendigt for optimal beslutningskompetence. Målet med MDT-konferencen er *"... at behandle patienten som en hel patient, herunder at medtage patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, når der træffes beslutning om behandlingstilbud"* [3]. Vejledningen beskriver desuden teamet i forhold til konferencedeltagere, der skal eller bør deltage, forventninger til deltagelse, ledelse, opgaver og omgangsform, personlig udvikling og træning. Derudover beskriver den konferencens infrastruktur i forhold til de fysiske rammer, teknologi og udstyr. Den beskriver conferenceorganisation og logistik i forhold til conferencehyppighed, forberedelse, organisation og administration under konferencen og koordination efter MDT-konferencen. Endvidere beskriver den kvalitetssikring af MDT-konferencen vedrørende organisatorisk støtte, dataindsamling, analyse, audit, monitorering og udvikling, uddannelses- og fremtidsperspektiv.

MDT-udvalget under DMCG.dk har til formål at undersøge, følge og fremme den nationale udvikling af MDT-konferencer [4]. Dette blandt andet ved at sikre, at alle kræftdatabaser har variable eller indikatorer vedrørende MDT-konferencer, at der udføres årlige audits med henblik på overblik over udfordringer, løbende vurdering af nye muligheder for at involvere patienter og relevante aktører fra primærsektoren og udvikling af tværgående indikatorer for monitorering af MDT-indsatsen i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Flere internationale observationelle studier, udført inden for forskellige kræftområder, finder en sammenhæng mellem implementeringen af MDT-konferencen og en øget sandsynlighed for positiv effekt for patienterne, herunder at flere patienter tilbydes operation, og at der ses en øget overlevelse [5-10]. Dog ses variation i kvaliteten af MDT-konferencer, blandt andet forårsaget af arbejdsbelastningen, tilrettelæggelsen af konferencen samt indholdet i MDT-oplægget [11]. Overensstemmende resultater er ligeledes fundet i en national spørgeskemaundersøgelse udarbejdet af MDT-udvalget i 2018, der desuden finder, at klinikere oplever MDT-konferencen som værende betydningsfuld, kvalificerende og en veletableret del af den kliniske hverdag [12].

Inddragelse af patienter eller medtagelse af patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold i MDT-konferencen indgår i både Kræftplan IV, vejledningen til MDT-konferencen og formålet med MDT-udvalget. Inkludering af patienters synspunkter ved MDT-konferencer er belyst i et observationsstudie fra 2018, hvor patienter diagnosticeret med hoved-halskræft deltog i MDT-konferencen [13]. Studiet viser blandt andet, at det ved 54 pct. af observationerne er uklart, eller slet ikke forekommer, at "lægen undersøger patientens forventninger/synspunkter i forhold til, hvordan sygdommen skal behandles" [13]. En spørgeskemaundersøgelse foretaget af Copenhagen Economics i 2018 [14] viser, at 91 pct. af de læger, der besvarede spørgeskemaet er "enige" eller "meget enige" i, at patientens perspektiv og præferencer i princippet altid bør overvejes til en MDT-konference. Imidlertid er det kun 62 pct., der angiver, at de i praksis overvejer patientens perspektiv og præferencer. En endnu lavere andel ses i en nyligt offentliggjort spørgeskemaundersøgelse, udført af MDT-udvalget. Heri angiver cirka 58 pct. af de adspurgte deltagere på MDT-konferencer, at patientens præferencer inddrages helt eller delvist på selve konferencen [15].

Lungekræft er en af de hyppigste kræftsygdomme i Danmark med lidt over 5.000 nye tilfælde i 2020, og samtidig er det en kræftsygdom, der kan være svær at behandle [16]. Et effektivt MDT-arbejde for denne kræftsygdom er derfor væsentlig for at tilbyde den bedste kræftbehandling til den pågældende patient. MDT-konferencer er på lungekræftområdet specificeret i pakkeforløb for lungekræft og i en klinisk retningslinje. I pakkeforløb for lungekræft fremgår det, at fastlæggelse af diagnose, stadietildeling og beslutning om behandlingstilbud foregår på MDT-konferencen ved afslutning af den diagnostiske udredning [17]. I retningslinjen "Lungecancer - Visitation, Diagnose og Stadiet" [18] fra Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) fremgår, at oplægget til MDT-konferencen som minimum skal indeholde "*... oplysninger om patientens komorbiditet, det aktuelle sygdomsforløb, resultater af billeddiagnostik, tobaksanamnese og aktuell rygerstatus, lungefunktion, evt. supplerende kardiell vurdering, WHO-performancestatus, eventuelt misbrug af alkohol eller andre rusmidler, resultaterne af foretagne invasive diagnostiske undersøgelser og patientens eventuelt udtrykte behandlingspræferencer*" [18]. Derudover beskrives, at på MDT-konferencen skal der foretages en helhedsbedømmelse af patienten, sygdomsstadiet og patientens præferencer, når/hvis der vurderes at være flere behandlingsalternativer.

I rapporten 'Bedre brug af data for bedre liv med kræft' er viden om kvalitet i kræftpatientforløbet i 2020 klarlagt [19]. Heri fremgår det, at der mangler viden om kvaliteten af MDT-konferencer. Det er muligt at registrere afholdelse af MDT-konference i Landspatientregisteret, men muligheden anvendes ikke konsekvent. Endvidere har en gennemgang af de kræftspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser vist, at kun tre af databaserne i 2020 havde indikatorer relateret til MDT-konferencen [20]. Dette i form af andel af patienter drøftet på MDT-konference. Ifølge DLCG anses indikatoren for en afgørende kvalitetsmilepæl i kræftforløbet, men registreringen af variabelen i Landspatientregisteret er på nuværende tidspunkt ikke vurderet valid, da opfyldelsesandelen på flere hospitaler er 10 pct. [21]. Fra 1. januar 2022 er det derfor blevet obligatorisk under DLCG med manuel validering af variabelen.

MDT-konferencer er et væsentligt element i kræftpatientforløb, som opleves betydningsfulde og kvalificerende [22]. Ud af ovenstående fremgår det, at der er intentioner og anbefalinger om, at patienter inddrages i MDT-konferencer, og at deres synspunkter, præferencer og generelle

livsforhold indgår i overvejelserne om behandlingstilbuddet. Endvidere er der hensigt om at undersøge, følge og fremme den nationale udvikling af MDT-konferencer. Samtidig viser undersøgelser, at patientinddragelse sker i varierende grad, og at der mangler viden om kvaliteten af MDT-konferencer.

Formålet med denne undersøgelse er derfor:

- at undersøge, hvorvidt og hvordan klinikere oplever, at patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i MDT-oplægget, MDT-konferencen og den efterfølgende samtale med patienten – og hvordan dette eventuelt varierer på tværs af landet
- at undersøge, hvilke overvejelser og forslag klinikere har til kvalitetsmonitorering, opfølgning og udvikling af MDT-konferencen. Dette med henblik på at undersøge mulighederne for etablering af en model for kvalitetsmonitorering for at kunne følge, forbedre og ensrette kvaliteten af MDT-konferencer på tværs af landet.

Metode

Rammer og design

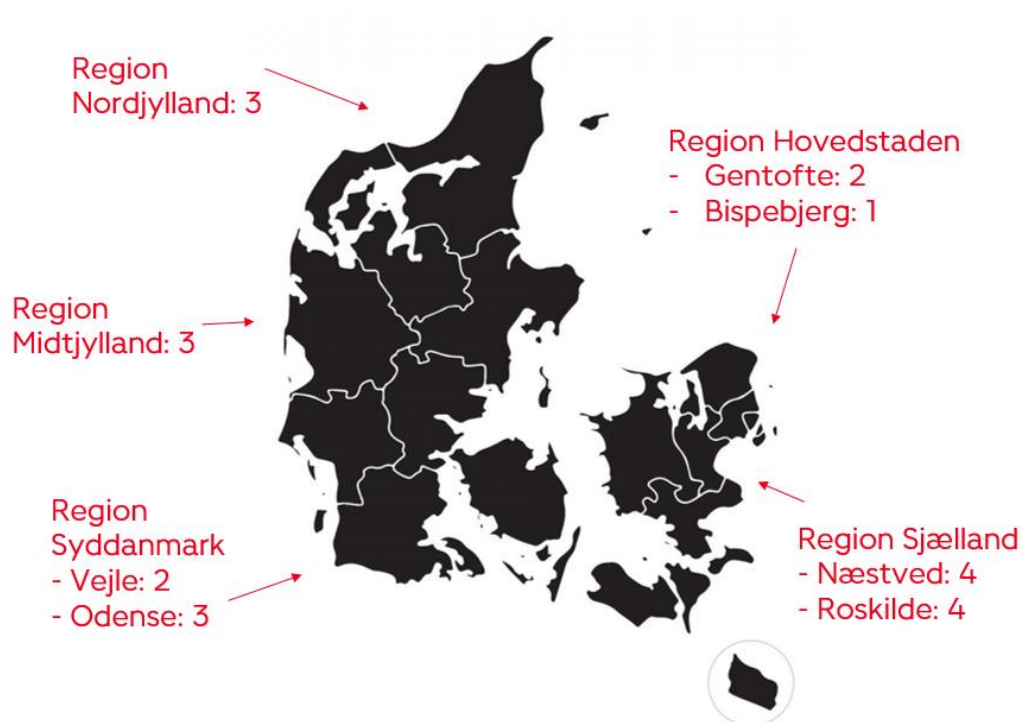
I Danmark er der lungekræft MDT-konferencer på Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Vejle Sygehus, Odense Universitetshospital, Næstved Sygehus, Sjællands Universitetshospital Roskilde, Gentofte Hospital og Bispebjerg Hospital. På lungekræft MDT-konferencer deltager som oftest en lungemediciner, en thoraxkirurg, en onkolog, en patolog, en radiolog, en nuklearmediciner og eventuelt en forløbskoordinator og/eller en sekretær.

Denne undersøgelse var en kvalitativ undersøgelse med semistrukturerede, individuelle interviews. Indledningsvist blev der foretaget en litteraturgennemgang af videnskabelig litteratur, danske undersøgelser, retningslinjer, vejledninger, pakkeforløb og relevante dokumenter omhandlende MDT-konferencer. Derudover blev der afholdt et møde med formanden for MDT-udvalget under DMCG.dk for at opnå supplerende viden om udvikling, praksis, indsatser og erfaringer om MDT-konferencer.

Deltagere og procedure

Informanter blev valgt ud fra strategisk sampling for at sikre repræsentation fra alle hospitaler, der holdt lungekræft MDT-konferencer, og fra alle specialer og faggrupper, der deltog. Derudover blev der prioriteret klinikere med mest kontakt til patienten i forbindelse med MDT-konferencer. Fra hver af de otte MDT-konferenceenheder blev en lungemediciner kontaktet med e-mail for at afklare deltagerkredsen for den pågældende lungekræft MDT-konference. Der blev sendt e-mail med invitation og information om at deltage i interviewundersøgelsen i perioden oktober 2021 til januar 2022. Dato for interview blev aftalt med klinikere, der ønskede at deltage. Informanterne blev mundtligt informeret om projektet inden interviewet og afgav skriftligt samtykke til at deltage. Interviewene blev afholdt på hospitalerne med undtagelse af ét, der blev afholdt på Kræftens Bekæmpelse efter informantens ønske. To interviewere gennemførte 19 ud de 22 interviews, mens de resterende tre interviews blev gennemført af én interviewer. En af de to interviewere havde den primære dialog med informanten, mens den anden interviewer

havde mulighed for at stille uddybende eller afklarende spørgsmål. Den ene interviewer var primær interviewer på 12 interviews, mens den anden var primær interviewer på ti interviews. Interviewene varede mellem 31-73 minutter. Nedenstående figur 1 viser, hvor mange informanter, der deltog fra hver region/hospital.



Figur 1: Fordelingen af informanter fra regioner og hospitaler med lungekræft MDT-konferencer.

I alt deltog 22 informanter i interviewundersøgelsen, og fordelingen af specialer og faggrupper fremgår af tabel 1. Der var fem inviterede klinikere, der takkede nej til at deltage på grund af manglende tid, sygemeldinger i afdelingen og stort arbejdspress, og seks svarede aldrig på invitationen. Én lungemediciner deltog fra hver lungekræft MDT-konferenceenhed, da lungemedicineren havde den primære kontakt til patienten i forløbet omkring MDT-konferencen.

Table 1: Antal informanter, der deltog i interviewundersøgelsen, fordelt efter speciale og faggruppe.

Informanter	Antal
Lungemediciner	8
Onkolog	6
Sygeplejerske	2
Thoraxkirurg	2
Stråleonkolog	1
Radiolog	1
Patolog	1
Nuklearmediciner	1
I alt	22

Interviewguide

Der blev udarbejdet en semistruktureret interviewguide på baggrund af den eksisterende litteratur og de emner, der ønskedes belyst. Interviewguiden var inddelt i fem afsnit vedrørende informantkarakteristika, MDT-oplægget, MDT-konferencen, den efterfølgende samtale med patienten samt kvalitet og udvikling af MDT-konferencen. Herunder spørgsmål omhandlende MDT-erfaring, udarbejdelse og præsentation af MDT-oplæg, forberedelse, patientoplysninger, hyppighed og deltagere på MDT-konferencen, patientansvarlig læge, inddragelse af patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold, drøftelse af støtte til gennemførelse af behandling, fremlæggelse af behandlingstilbud og inddragelse af patienten, dataregistrering, kvalitetsopfølgning, udvikling af MDT-konferencer og retningslinjer. Efter det første interview, der varede over 1 time, blev der foretaget enkelte justeringer for at afkorte interviewguiden. Interviewguiden fremgår af bilag 1.

Dataanalyse

Interviewene blev lydoptaget og transskriberet ordret af én af interviewerne og en studentermedhjælper. Data blev analyseret med tematisk analyse som beskrevet af Braun og Clarke [23] med seks faser: Fase 1: Gør dig fortrolig med dine data, fase 2: Generering af koder, fase 3: Søgn efter temaer, fase 4: Gennemgang af temaer, fase 5: Definition og navngivning af temaer og fase 6: Udarbejdelse af rapport. De to interviewere læste transskriberingerne, genererede koder hver for sig i NVivo 1.6.2, sammenlignede og drøftede koderne, indtil konsensus var nået, og sorterede koderne i potentielle temaer. Temaer blev gennemgået og redefineret i forhold til hele datasættet og efterfølgende navngivet.

Resultater fra interviewundersøgelse

Ved analysen af interviewene fremkom der syv temaer: 1) forskelle på rammer for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet, 2) fordele og forbehold for at kende patienters præferencer ved MDT-konferencen, 3) information og patientinddragelse i forbindelse med MDT-konferencen, 4) klinikernes beslutning om behandlingstilbud på MDT-konferencen, 5) diskrepans mellem patientbeskrivelsen og den sette patient, 6) klinikernes forslag til udvikling af MDT-konferencen og 7) klinikernes forslag til kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen.

Forskelle på rammer for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet

Der var variation i MDT-konferencerne på tværs af landet i forhold til deltagere, hyppighed, varighed, antal patienter, deadline for færdiggørelse af MDT-oplæg, forventninger til forberedelse, håndtering af manglende prøvesvar, dokumentation af beslutninger, fremmøde eller telefonisk diagnosesamtale og intention om samme læge gennem udredningsforløbet.

Deltagere, hyppighed, varighed og antal patienter på MDT-konferencer og MDT-oplægget

Der var forskel på, hvilke faggrupper og specialer der deltog på landets lungekræft MDT-konferencer. Se tabel 2.

Tabel 2: Forskel på deltagere på landets lungekræft MDT-konferencer.

MDT-enhed	Lungemediciner	Onkolog	Patolog	Radiolog	Thoraxkirurg	Nuklearmediciner	Stråleoncolog	Sygeplejerske	Sekretær
1	X	X	X	X	X			X	
2	X	X	X	X	X		X		
3	X	X	X	X	X	X		X	
4	X	X	X	X	X	X			
5	X	X	X	X	X	X			
6	X	X	X	X	X	X		X	
7	X	X	X	X	X	X			X
8	X	X	X	X	X	X			X

Tabel 3: Forskel på antal ugentlige konferencer, konferencevarighed, antal drøftede patienter ved hver konference og deadline for færdiggørelse af MDT-oplæg.

MDT-enhed	Ugentlige antal konferencer	Konferencevarighed	Antal patienter per konference	Deadline for MDT-oplæg
1	2	1½ time	23	2 timer
2	2	1-2 timer	15	1 time
3	3	45 minutter	8	1 dag
4	5	45-60 minutter	6-10	Ikke oplyst
5	2	2½ time	25-35	1 time
6	2	2-3 timer	25-40	Ikke oplyst
7	3	1 time	5-15	1 dag
8	3	1-1½ time	10-15	1-2 timer

Af interviewene fremgik det, at MDT-enhederne arbejdede under forskellige rammer for afholdelse af konferencerne, også inden for samme region. I tabel 2 og 3 ses, at antallet af MDT-konferencer per uge varierede fra to til fem, at antallet af patienter, der blev drøftet på MDT-konferencer, varierede fra 5 til 40, at varigheden af konferencerne varierede fra 1 til 3 timer, at tidspunktet for MDT-oplæggets tilgængelighed varierede fra 1 døgn til 1 time inden konferencestart, samt at det ikke var konsekvent hvilke specialer og faggrupper, der deltog på tværs af konferencerne, og at det inden for samme MDT-enhed kunne afhænge af ugedag. Eksempelvis deltog der på størstedelen af konferencerne en lungemediciner, en patolog, en radiolog, en nuklearmediciner, en onkolog og en thoraxkirurg. Ved nogle af MDT-konferencerne deltog en thoraxkirurg ikke i MDT-konferencens fulde længde og var heller ikke deltagende på alle ugens MDT-konferencer. I disse enheder foretog lungemedicineren en indledende selektion af patienterne og inddelte patienterne i muligt operable og ikke-operable. Derudover varierede det, hvorvidt en nuklearmediciner, sygeplejerske og sekretær deltog i MDT-konferencerne. Ved nogle konferencer deltog to til tre lungemedicinere ved hver MDT-konference.

Informanter beskrev, at antallet af patienter oversteg de fastsatte rammer:

“Den oprindelige ramme er én time til maks 12 patienter. Så principielt er der fem minutter til hver patient. Og det er klart, at nogle af dem tager meget længere, og nogle tager meget kortere. Det der er vores store problem, det er, at vi har så mange patienter, at vi kan ikke holde os inde for den ramme. I går havde vi en af de små, der havde vi kun 16 på, rekorden er 21. Og så bliver konferencen bare forlænget.”

Derudover beskrev informanter, at antallet af patienter og varigheden af MDT-konferencen kunne have betydning for den enkelte patients gennemgang:

“Vi stræber efter at holde det inden for en time. For vi bliver for trætte i hovedet til, at den sidste patient risikerer ikke at få den samme gode gennemgang.”

Forberedelse, håndtering af manglende prøvesvar og dokumentation af beslutning

Hvorvidt informanterne forberedte sig inden konferencen varierede både inden for samme speciale, på tværs af specialer og inden for samme region og tværregionalt. Eksempelvis angav nogle klinikere altid at være forberedt på alle oplæg, mens andre ikke forberedte sig:

“Men vi kommer faktisk uforberedte. Og det kan vi også kun, fordi de andre er så forberedte, som de er. Fordi der er jo nogle af de andre diagnoser, vi har her i afdelingen fx mammacancer, der kan man ikke komme uforberedt og så have et overblik over patienten. Og det har vi snakket lidt om. Vi tror, det er fordi, at det er medicinere, der laver det her [oplæg], hvis det var en kirurg, kunne det godt være, at der ikke havde været den samme detaljeringsgrad i de medicinske oplysninger omkring patienten. Så det at det er en medicinsk uddannet læge, og ikke en kirurgisk læge, der laver det, så er der altså nok til, at vi kan tage de beslutninger, der skal tages, ved at få det fremlagt.”

Der var forskel på, hvordan manglende prøvesvar blev håndteret. Ved nogle MDT-enheder blev patienter uden relevante prøvesvar først selekteret fra ved MDT-konferencen. Derved var der risiko for at bruge unødigt tid på dette:

“Det vi har erfaret, det er jo, at nogen gange så har vi patienter på, hvor patologien viser sig ikke at være færdig. Og det er jo helt åndsvagt, at man har siddet og brugt tid på at forberede noget, man alligevel ikke kan komme i mål med.”

Mens der i andre MDT-enheder blev selekteret patienter fra uden prøvesvar inden MDT-konferencen:

“Så der bliver taget en del patienter af. Og det er der så andre, der har siddet og forberedt sig på, for eksempel røntgenlæger. Der tænker jeg, det er jo ikke spild af nogens tid at beskæftige sig med patienters cancerudredning, men hvis der ikke er svar på de ting, der skal være svar på. De har jo super travlt alle steder, så det forsøger vi at være meget pragmatiske omkring; ikke at have noget med der ikke kan komme videre.”

Ved størstedelen af konferencerne blev MDT-beslutningen nedfældet i plenum under selve konferencen. Dette var ved flere MDT-konferencer et tiltag for at sikre enighed om, og validering af, de dikterede beslutninger. I nogle MDT-enheder blev der anvendt diktafon, mens der i andre var en sekretær, der skrev direkte i patientens journal, som blev vist på en skærm, alle kunne se. Flere informanter angav, at det var forstyrrende, hvis der blev talt under dikteringen af MDT-beslutningen.

Diagnosesamtalen - telefonisk eller fremmøde

Der var delte meninger om, hvorvidt diagnosesamtalen burde foregå ved fremmøde eller telefonisk. Nogle informanter mente, at den telefoniske samtale var en mulighed, hvis patienterne blev forberedt på en eventuel kræftdiagnose under udredningsforløbet, og at den telefoniske diagnosesamtale var oplagt for patienter med lang afstand til hospitalet:

“Ved du hvad, de får lov at vælge. Førhen har vi selv haft den opfattelse, at sådan noget det skulle være fysisk. Sådan noget kan man da ikke aflevere over telefonen. Men det var en forudtaget mening, vi havde. Og COVID har skubbet på den udvikling, kan man sige, fordi vi har

været tvunget til at spørge patienterne: 'Hvad vil du egentlig?'. Og så er der faktisk alligevel en del, der siger: 'Jeg vil egentlig gerne have det over telefonen. For jeg skal køre hele vejen fra [Ø NÆVNES], jeg ved ikke, hvornår færgetider, er deres bekymring, når de skal have at vide... Så der er nogle andre bekymringer hos mange patienter, som vi slet ikke ved, vel, før vi har spurgt dem. Så vi spørger dem ved første fremmøde: 'Hvordan vil du have din diagnosesamtale, hvor du får at vide, hvad viser det her? Vil du have ved fremmøde, eller vil du have ved telefon?'. Og så er der faktisk overraskende mange, der vælger telefon. Så vi har begge dele."

Blandt de MDT-enheder, der tilbød en telefonisk diagnosesamtale, var det forskelligt, om patienten havde mulighed for at planlægge tilstedeværelsen af pårørende, da patienten ikke alle steder fik et tidspunkt for opkaldet. Andre informanter gav udtryk for, at en telefonisk diagnosesamtale ikke var forsvarlig:

"Nej altså, vi er ikke meget til telefoniske samtaler. Det er fordi, patienten er ikke informeret om selve diagnosen."

Samme læge gennem udredningsforløbet

Det varierede blandt MDT-enhederne, hvorvidt lungemedicineren så samme patient flere gange i udredningsforløbet. I nogle MDT-enheder var det lungemedicineren, der deltog på MDT-konferencen, som havde den efterfølgende diagnosesamtale med patienten, i andre blev det tilstræbt, eller det var ikke muligt grundet manglende ressourcer. Ligeledes forekom det sjældent, at lungemedicineren, der deltog på MDT-konferencen, havde set patienten tidligere i udredningsforløbet:

"Det er også tit sådan, at lægen, der fremlægger patienten, ikke er den samme læge, som har set patienten. Så spørgsmålet er, om almentilstand er vurderet korrekt."

Der blev givet udtryk for, at eventuelle tvivlsspørgsmål under MDT-konferencen vedrørende patientens almentilstand ville kunne afklares, hvis en konferencedeltager havde set patienten.

Fordele og forbehold for at kende patienters præferencer ved MDT-konferencen

Det var forskelligt, hvorvidt patientens præferencer var kendt og inddraget ved MDT-konferencen. Ved nogle lungekræft MDT-konferencer indgik de, hvis sygeplejersken eller lungemedicineren, der foretog den indledende samtale, havde noteret det. Hos andre indgik de, hvis patienten gav specifikt udtryk for det, mens det andre steder først indgik i den efterfølgende diagnose- eller behandlingsamtale. Nogle informanter gav udtryk for, at patientpræferencer ikke havde betydning for beslutning om behandlingstilbud på MDT-konferencen, da det var objektive parametre, der var afgørende herfor, eller lægens vurdering af patientens fysiske tolerance og formåen:

"Altså de der ting med hvad er patientens livsværdier og ønsker. Det er jo også svært at putte ind i sådan et konkret dokument, hvor man vurderer, hvad kan du objektivt. Det er jo sådan lidt et objektivt..., hvor du beskriver, hvad du ser. Så jeg synes heller ikke, at man skal tilføre for meget ekstra information i det, fordi så bliver det for langt."

Samtidig var der også forbehold for at tale om patientpræferencer inden diagnosen, da patienten derved skulle tage stilling til situationer, der måske ikke blev relevante, og at patientens præferencer kunne ændre sig under udredningsforløbet:

"Det er netop, som vi har talt om, altså det der med at præferencen kan være så farvet og på uinformeret grundlag. Vi ved ikke, at det er kræft, når vi sådan starter med at tale med patienten, og nu har de fået en diagnose, og så kan man sådan bedre tage beslutninger om, jamen så vil jeg, nu ved jeg, det er kræft. Så derfor vil jeg ikke. Så er min klare holdning; jeg vil ikke have kemoterapi. Og de har også haft næsten en lille måned til at tænke over det. Det tror jeg bare betyder rigtig meget. Desværre er det ikke noget, man sådan, fordi de ændrer, man kan ændre holdning. Man kan ikke altid tage de der præferencer for gode varer altid."

Endvidere kunne det være irrelevant at tale om præferencer, hvis der ikke var flere behandlingsmuligheder. Nogle informanter antog, at patienten havde et behandlingsønske, hvis patienten indvilligede i udredning, og formodede, at patienter altid ønskede det højeste behandlingsniveau.

Omvendt var der informanter, der gav udtryk for, at det kunne være en fordel at kende patientens behandlingspræferencer, så unødigt udredning undgås. Ved flere behandlingsmuligheder kunne kendskab til patientpræferencer være medvirkende til, at patienten blev henvist til den ønskede behandling fra begyndelsen og undgik unødigt tid inden behandlingsopstart, eksempelvis ved behandlingsvalg mellem steotaktisk strålebehandling og operation:

"Det der med præferencerne, ikke også, inden man kaster alle mulige kikkertundersøgelser efter en på 85, måske spørge: 'Hvad så, hvis vi finder noget, er du så overhovedet interesseret i behandling?', fordi hvis svaret er nej, så skal man måske lade være med at udsætte folk for en hel masse invasivt."

Patientinformation og patientinddragelse i forbindelse med MDT-konferencen

Informanter oplevede, at den information, patienterne fik vedrørende udrednings- og behandlingsforløbet, kunne have betydning for patientens behandlingspræference. Der var en oplevelse af, at det var forskelligt i hvilket omfang og hvordan, patienterne blev informeret gennem udredningsforløbet. Nogle informanter oplevede, at patienter ikke var informeret om den mulige kræftdiagnose inden operation, mens andre bevidst forberedte patienterne på en mulig kræftdiagnose allerede inden udredning ved den indledende samtale.

Nogle lungemedicinere så sig selv som budbringere og patientens advokat, hvor målet var at få patienterne videre til det behandlende speciale for at modtage grundig information om den specifikke behandling inden endelig behandlingsbeslutning:

"... og typisk så siger vi: 'Tænk over det, men vi vil gerne, jeg vil faktisk tilbyde, at du taler med en onkolog om det'. Fordi så går de videre, og så kan det være, at de lige får tænkt lidt mere over det, og så kan en onkolog informere lidt mere specifikt om præparaterne, og hvordan forløbet skal være og de bivirkninger. Og nogle gange er der jo nogle opfattelser... der skal gå noget tid, før man er moden til at tage det informerede valg, fordi det er jo egentlig det, det handler om i sidste ende."

Informanter respekterede patienters behandlingsønsker, men erfarede, at grundig information kunne influere på patientens behandlingspræference. Der var en oplevelse af, at det kunne være svært at ændre patientens behandlingsforventninger, hvis patienterne tidligt i udredningsforløbet var informeret om og stillet et bestemt behandlingsniveau i sigte, hvorfor en korrekt information var væsentlig

Det var forskelligt, hvorvidt informanter gjorde brug af fælles beslutningstagning, når valg om behandling skulle fremlægges for patienter efter MDT-konferencen. Af behandlingsvalg kunne være, at patienten ikke ønskede behandling, at behandlingen blev justeret eksempelvis med lavere dosis kemoterapi, eller at patienten valgte mellem to ligeværdige behandlingsmuligheder. Informanterne oplevede, at patienter sjældent ønskede anden behandling end det fremlagte behandlingstilbud besluttet på MDT-konferencen.

Klinikernes beslutning om behandlingstilbud på MDT-konferencen

Nogle informanter gav udtryk for, at kun objektive faktorer som histologi, stadie og performancestatus havde betydning for behandlingstilbuddet:

“Men man kan jo også sige, at MDT er jo mere eller mindre objektiv, vi sidder og kigger, nå, der er en svulst der, kan vi fjerne den, eller kan vi ikke? Og hvorfor kan vi ikke enten teknisk, eller fordi den er vokset ind i noget, eller fordi patientens almentilstand er for dårlig. Det er sådan set, man kan godt sige, det er lidt kontant, men vi er jo nødt til at skal have det her til at køre, fordi hvis vi sidder sådan i timevis og snakker psykosocial, kommer vi ingen vegne her.”

Andre vurderede, det var relevant at tage højde for psykosociale udfordringer, ekstra støtte eller behandling af patientens andre sygdomme ved beslutningen om behandlingstilbud:

“Vi er faglige idioter, som lægger vægt på, hvad har de med af sygdomme, hvad har en betydning for, at de kan få en behandling. Men der er også et andet, en helt anden side, som vi har for lidt fokus på. Den sociale side. Og tit er det jo fuldstændig sammenfiltret. Der gør patienten til et hele. Så hvis vi skal have et holistisk syn på patienten, og et holistisk syn på den behandling vi skal til at tilbyde, fordi vi ved, det har en betydning, det har en kæmpe betydning for deres prognose, og hvordan de kommer ud af det på den anden side. Så skal vi have mere fokus på det.”

Beskrivelsen af patienten i MDT-oplægget havde betydning for drøftelsen af behandlingstilbuddet. På MDT-konferencen blev det overordnede behandlingstilbud aftalt, mens den mere specifikke behandlingsplan blev besluttet hos det behandelende speciale. Eksempelvis var det den enkelte onkolog med afsæt i gældende behandlingsretningslinjer, der besluttede den onkologiske behandling, hvilket kunne være individuelt afhængigt af onkologen:

“Den sidste beslutning bliver truffet af den onkolog, der sidder over for patienten. Når vi visiterer, så visiterer vi ud fra gældende retningslinjer, og siger patienten fejler det og det her, ser ud til at have den og den komorbidity og den og den performancestatus, altså er det den her kasse patienten passer i.”

Diskrepans mellem patientbeskrivelsen og den sete patient

Flere informanter oplevede diskrepans og svingende kvalitet mellem den performancestatus, der var angivet i journalen, og den performancestatus de selv vurderede, når de så patienten:

”Og man ved jo bare, at hvis man giver sig selv tiden til at tale med patienterne, så bruger de nogle gange den eneste energi, de har, til at slæbe sig ind til lægen, og så kan de gå ind og lægge sig resten af dagen. Så jeg mener jo, at det kræver, at man taler med sin patient og vurderer den performancestatus, og det er måske også det her med, travlheden kan være med til og, eller kan være en barriere.”

Denne diskrepan kunne resultere i ændring af behandlingsplan ved konsultation med patienten efter MDT-konferencen, at tiden blev forlænget, før den rette behandling blev igangsat, eller at kapaciteten af operationsstuer og personale ikke blev udnyttet optimalt. Diskrepans mellem beskrivelsen af patienten i journalen og den sete patient kunne dog også skyldes, at patientens tilstand blev forværret i perioden fra første samtale til behandlingsplanlægning eller -opstart. For at sikre en så korrekt vurderet performancestatus som muligt, var der enheder, hvor patienter selv udfyldte et skema til vurdering af performancestatus som supplement til lægens vurdering af patientens performancestatus og sygeplejerskens vurdering af funktionsniveau. De pårørendes vurdering indgik ligeledes i den samlede vurdering.

Klinikernes forslag til udvikling af MDT-konferencen

Informanterne var enige om, at MDT-konferencer har stor værdi, der giver læring, er effektivt, øger patientsikkerheden, validerer beslutninger, øger den kollegiale forståelse, systematiserer udredningen og samler forløbet:

”Så det er min klare oplevelse, at når man skal derud, hvor sporet ikke er fuldstændigt lige, fordi den her beslutning findes ikke i nogen guidelines, hvad der er det rigtige her. Det er en MDT-beslutning, jamen så bliver 95 pct. af tingene købt af den modtagende afdeling. Så siger de: ’Okay, det er drøftet. Det accepterer vi, selvom det er derude i gråzonen.’”

Informanterne kom med forskellige forslag til udvikling af MDT-konferencen, som præsenteres herunder.

Struktur, brugbare undersøgelsessvar, mere forberedelsestid og hyppigere konferencer

Der var forslag om fast talerække under konferencen, ro når andre taler, at en patient afsluttes, før næste gennemgås, mere tid til forberedelse, tilgængelige og færdigudarbejdede MDT-oplæg før konferencen, at scanningssvar ikke er for gamle, og at prøvesvar er færdiganalyserede. Årsag til ufærdige prøvesvar var ofte ressource- eller personalemangel. Når svarene var klare, kunne der tages hurtigere og mere korrekte beslutninger. Endvidere blev der foreslået en grænse for antallet af patienter, der drøftes på samme MDT-konference, da koncentrationen ikke var den samme gennem hele MDT-konferencen, når der var over 20 patienter. Eventuelt MDT-konference hver dag for at undgå for mange patienter ved hver konference. Nogle informanter oplevede ofte overarbejde grundet MDT-konferencerne:

”Hos os specifikt, det har været lidt svært det sidste stykke tid på grund af pres, at vi har flere og flere på MDT-konference, vi udreder flere, og det tager længere tid, og vi er her til klokken

fem de to dage, eller længere, for at diktere, blive færdige med det hele og tage hjem bagefter. Men hvis man kunne have det på flere dage. Det har vi også arbejdet flere år på at samle onkologer og kirurger og alle de andre. Det har været så svært. Lige pludselig så: 'nej det kan vi ikke på en onsdag', de andre kan og de... Så det vil være fornuftigt, hvis vi kan få flere dage."

Fællesmøder, samarbejde og videndeling på tværs af specialer

Informanterne foreslog et forum, hvor MDT-deltagere fra den pågældende MDT-enhed mødes med jævne mellemrum for at styrke samarbejdet og kommunikationen samt drøfte udfordringer og forslag til forbedringer af MDT-konferencerne. Nogle MDT-enheder afholdt allerede sådanne møder eksempelvis hver eller hver tredje måned. Erfaringen var, at personligt kendskab til hinanden gjorde det nemmere at tage kontakt, hvilket fællesmøder kunne bidrage til. Informanterne gav udtryk for, at det er vigtigt med tillid og åbenhed over for hinanden, så alle synspunkter og spørgsmål fremlægges under MDT-konferencen.

Der var forslag om at overvære andre MDT-konferencer og dele gode erfaringer, afholde nationale workshops med henblik på læring og 'best practice', få andre udefra til at se på kvaliteten af MDT-konferencerne og optimere hvor muligt. Endvidere var der forslag om at øge forståelse og viden om andre specialer i MDT-konferencen eksempelvis gennem arbejdsstationer, afholde fiktive MDT-konferencer og deltage i andre afdelingers stuegang:

"Det burde være det, vi har fokus på. Dét at gøre os selv fagligt klædt på til at gå til de her MDT, ikke bare inden for vores eget fag, men inden for de andres fag, fordi det gør det nemlig meget mere effektivt. Jo mere jeg ved om det, lungemedicinere har fokus på, det der har betydning for dem eller for kirurgen eller for kardiologen, jo bedre kan jeg ligesom også fokusere mine indlæg, så de er brugbare. Så der ikke går en masse tid på, at vi ikke rigtig forstår, hvad hinanden siger, eller kommer med forslag, som er helt hen i skoven, fordi at vi bare ikke ved, hvad guidelines er, eller hvad man plejer at gøre, eller hvad man kan gøre."

Thoraxkirurg til hele MDT-konferencen

Der var forslag om, at thoraxkirurgen deltog i hele MDT-konferencen, for at undgå, at lungemedicineeren alene vurderede patienters operationsegnethed. Endvidere var der eksempler på, at patienter var flyttet til næste MDT-konference, fordi kirurgen havde forladt konferencen:

"Og nogle gange er det svært for mig. Kirurgen har måske en anden vurdering. Og nogle gange er der også vanskeligheder ved operationer og så videre. Så jeg bliver nødt til ligesom at tage en patient, hvor det ikke er sikkert, at den er kirurgisk, fordi hvis vi tager det første kvarter eller tyve minutter med kirurgerne, og de så går. Og så pludselig: 'Var det ikke bedre, at vi snakkede med kirurgerne om det', siger onkologen, så har vi mistet dem, og så skal patienten skubbes til næste konference. Det er ikke rart. Så derfor, hvis man er i tvivl, så sætter man den til kirurgerne. Og nogle gange så er det ikke helt rart. Så det er mit ønske, at kirurgerne deltager i hele konferencen."

"Vi har prøvet i starten, om vi kunne dele det op med, at så kunne kirurgen komme ind på et tidspunkt, hvis der var en kirurgisk, og så kunne onkologen gå, eller omvendt. Men det har vist sig umuligt, fordi det er netop derfor, vi har konference, vi kan ikke forudsige for dem alle sammen, om de ender som kirurgisk patient eller onkologisk patient."

Samme læge gennem udredningsforløbet og forberede patienter på lægesamtaler

Der var forslag om at prioritere, at den læge, der havde talt med patienten, også deltog i MDT-konferencen, da erfaringen var, at det var nemmere at drøfte patienter på konferencerne, når en læge på konferencen havde set patienten. Ofte var det dog yngre læger, der havde den indledende samtale med patienten inden MDT-konferencen og mere erfarne læger, der deltog på konferencen:

"Jeg kan huske dengang, nogle år tilbage, vi som speciallæger selv optog journaler på patienterne. Det kan vi ikke mere. Nu er det som sagt nogle unge læger, og de giver selvfølgelig nogle specielle vurderinger af patientens almentilstand og præferencer nogle gange... Vi har også vores almindelige lungeambulatorium, og vi har stuegang, og vi har sengeafdeling og intensiv afdeling, og der ligger masser af lungepatienter også der, ikke kun kræftpatienter. Vi bliver nødt til at deltage, selvom vi er mest i lungepakken, vi skal hjælpe de andre områder. Vi har ikke meget tid, selvom vi ønsker det. At vi lige som før selv optog journal og selv så patienterne, så bliver det meget nemmere, også på konferencen; man kender patienterne, man kender det hele."

Ydermere var der forslag om at give patienten mulighed for at vælge mellem fremmøde og telefonisk diagnosesvar. Dette ville kræve, at patienter informeres om indholdet af de forskellige konsultationer for bedre at prioritere, hvilke konsultationer de ønsker som telekonsultationer. Eksempelvis var der forslag om, at diagnosesamtalen var telefonisk og behandlingsamtalen med fremmøde, da det som regel er en mere kompleks samtale:

"Når den her MDT er lavet, og konklusionen er skrevet, så har patienten typisk en svartid. Så kører de jo nogle gange helt fra Langtbortistan, og så kommer de ind til en læge, der bruger 10 minutter på at fortælle dem det her. Og så skal du i øvrigt over til onkologerne på mandag. Så kan de køre hele vejen hjem igen. Så noget de kunne starte med at sige, det er, 'når nu at vi har fundet ud af alt det her, du har været til alle de her undersøgelser. Er du interesseret i, at vi ringer svaret til dig?' Altså bare sådan en lille ting, det kunne man også godt spørge dem om og spare dem for det, fordi der er rigtig mange, der brokker sig over, at 'jamen vi kørte jo alle sammen, vi tog fri alle sammen den dag, og så kørte vi derover, og så sagde de bare, vi skal over og snakke med jer om to dage'. Det kunne de godt have forberedt dem på. Så kunne de selv... patienterne, de pårørende der skal med, hvem skal med hvornår?"

Korrekt performancestatus og tidligere stillingtagen til behandlingsegnethed og -ønske

Informanterne havde forslag om faste standarder for at vurdere performancestatus, mere uddybende spørgsmål til hvad patienten kan, objektive tests som eksempelvis trappegang, 6-minutters gangtest, 'rejse-sætte-sig'-test, samt at anvende sygeplejerskernes vurderingsskema for at medtage flere nuancer i vurderingen:

"Ja, det er ud fra samtale, der er ikke nogle standardiserede test. Så det jeg egentlig synes ville være bedre på en måde, det vil være at få et lidt mere objektivt redskab... Altså patientens egen vurdering, jamen det kan jo, der kan jo være nogle patienter, som scorer sig selv meget bedre, end de egentlig er, og så kan vi måske risikere at give dem en behandling, som er direkte skadelig ud fra deres funktionsniveau. Så derfor så er det jo rigtig vigtigt, at vi på en eller anden måde får en objektivisering af det. Og der tænker jeg, at det kunne typisk være sådan noget, vi gør det jo ved andre lungepatienter, der er jo lavet sådan en gangtest, 6-minutters gangtest,

og så se, jamen hvad kan de egentlig. Det kan også være sådan noget trappegang, og se hvor højt op før de skal holde en pause. Sådan noget kunne ligesom være med til at kvantificere det meget. Altså så kunne det være sådan noget, man kunne lægge til en performancestatus."

Endvidere var der forslag om tidligere stillingtagen til og inddragelse af, hvilke patienter der ikke ønsker behandling eller er for dårlige til systemisk behandling. Herved kan unødigt udredning undgås, og klinikere undgår at bruge tid på patienter, der alligevel ikke ønsker - eller er for dårlige til - behandling. Der var forslag om, at lungemedicineren og onkologen så patienten sammen inden udredning for at vurdere behandlingsegnethed:

"Altså det jeg godt kunne tænke mig, det var, at der på forhånd var taget stilling til, om patienten... overhovedet kan tåle at gå igennem hele det her forløb, fordi vi bruger jo meget tid på det. Og hvis man alligevel i sidste ende... på grund af patientens performance eller forskellige andre ting... alligevel ikke kan operere eller behandle, så er det jo spild af tid..."

"Fordi der er også rigtig mange ældre patienter, der bliver udredt, og nogle gange er det svært at vide, hvor meget de egentlig selv ønsker... Nogle gange fremgår det tydeligt, at patienten ønsker udredning, andre gange kunne man sige, at der kunne det være, at hvis man havde snakket lidt mere med folk, at de så måske havde tænkt: 'Nej ved du hvad, det skal jeg ikke det her.'"

Optimering af patientens tilstand

Informanterne foreslog at drøfte, hvorvidt patienternes almentilstand kan optimeres, så de bedre kan gennemføre den pågældende behandling. Eksempelvis inhalationsmedicin mod kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjertemedicin mod hjertesygdom eller træning:

"Det kører lidt som et forskningsprojekt. Men det er for at se, om vi kan optimere deres almentilstand, så vi ikke kun kigger på kræften. Og det kunne man jo faktisk overveje, om det var det, der skulle være med til en MDT-konference, om der var fast nogle ting, man kunne gå ind og optimere på patienterne i forhold til deres almene sygdomme, komorbiditet og generelle funktionsniveau."

"Dét, som vi som onkologer nogle gange sidder med, det er for eksempel: I bliver nødt til at sende den her patient til en hjertelæge, inden vi ser patienten, fordi ellers så er patienten ikke optimal. Det kan være sådan nogle ting. Det sker relativt tit."

Standardiserede tekniske løsninger og bedre IT-udstyr

Nogle informanter oplevede langsomme IT-systemer, som bevirkede, at billeddiagnostiske undersøgelser først kunne gennemgås efter MDT-konferencen. Der var forskellige platforme og forskellige løsninger mellem de samarbejdende hospitaler, og der var ikke altid support, når tekniikken ikke virkede:

"Så er der også det med, vi har jo videokonferencer. Så hvad gør vi egentlig, hvis de ude i [BY NÆVNES] ikke sætter mikrofonen sådan, så vi kan høre det. Hvem skal lave den mikrofon derude? De siger, det er os, og vi siger, det er dem og, ja, you know."

Overordnet ledelse

Der var forslag om et ledelseslag, eksempelvis en centerledelse, over afdelingsledelserne, der kunne tage beslutninger på tværs af afdelinger. Dette da de forskellige afdelinger har forskellige agendaer og manglende mandat til at bestemme over hinanden, men der kan være behov for overordnede beslutninger i MDT-samarbejdet:

“Det er et lag, som ligger over, som ligger over alle de her afdelinger, fordi vores afdelingsledelser kan heller ikke gøre det. For min afdelingsledelse kan ikke sige til den lungemedicinske afdelingsledelse, hvad de skal gøre. Så vi behøver faktisk ledelse ind over de her MDT for at kunne tage beslutninger.”

Klinikernes forslag til kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen

I nogle MDT-enheder blev der udført årlige audits for at følge kvaliteten af MDT-konferencer. Her blev blandt andet fulgt op på, hvor lang tid der blev brugt til hver patient, hvilke beslutninger der blev taget, hvor mange patienter der blev drøftet igen, overensstemmelse mellem vurderet performancestatus ved MDT-konferencen og når patienten kom til behandling, forekomst af manglende oplysninger, varighed af MDT-konferencen og hvor mange patienter der blev taget af MDT-konferencen på grund af manglende patologisvar. Hvis audit indføres i større grad, understregede informanterne, at det var væsentligt, at dataindsamlingen sker automatisk, og at der ikke anvendes flere ressourcer på kontrol. I andre MDT-enheder var der ingen kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen grundet manglende ressourcer, og at det var svært at definere relevante kvantitative parametre.

I forhold til hvordan kvaliteten af MDT-konferencer kunne følges, foreslog informanterne at undersøge, hvorvidt MDT-beslutninger efterleves, at sammenligne beslutninger på tværs af landet for samme patienter/cases for at se, om der træffes forskellige beslutninger for udredning og behandling samt at indsamle landsdækkende onkologiske data for at følge forskelle i den medicinske kræftbehandling på tværs af landet. Dette i forhold til hvor mange patienter, der behandles om året, hvor mange der får førstelinje kemoterapi, hvilket kemoterapeutikum der anvendes, og hvor mange der får immunterapi og hvilken type. Dette tænkt anvendt i beslutningen om behandlingstilbuddet.

Diskussion

Undersøgelsen viste, at der var forskel på hvilke klinikere, der deltog på MDT-konferencer, antal patienter, der blev drøftet ved hver konference, varighed og hyppighed af MDT-konferencerne og hvorvidt patienters præferencer indgik i MDT-oplægget, MDT-konferencen og i den efterfølgende samtale. Af forbehold for at inddrage patientpræferencer på MDT-konferencen var blandt andet, at patientens præferencer kan ændre sig gennem udredningsforløbet, og af fordele var, at patienter kan undgå unødigt udredning ved at give udtryk for deres præferencer ved den indledende samtale. Ydermere fandt nærværende undersøgelse, at den information, patienten modtager om sygdommen og behandlingen, kan varierer og have betydning for patientens behandlingsønske. Endvidere var det hovedsageligt faktorer såsom histologi, sygdomsstadie og performancestatus, der havde betydning for, hvilken behandling patienten blev tilbudt. Informanterne havde en oplevelse af, at performancestatus angivet i journalen ikke altid var i overensstemmelse med den reelle, hvilket kan have betydning for behandlingstilbuddet og ændre behandlingsplanen. Af forslag til udviklingstiltag var blandt andet et maksimum for, hvor mange patienter der drøftes ved hver konference, erfaringsudveksling internt og på tværs af

MDT-konferencer og objektivt mål for performancestatus. Mens et forslag til kvalitetsopfølgning var overensstemmelse mellem MDT-behandlingstilbuddet og den valgte behandlingsmodalitet, patienten modtager.

Rammer for afholdelse af MDT-konferencer

En optimalt fungerende MDT-konference er afhængig af en struktureret, tilgængelig og nøjagtig information, at relevante specialer er repræsenteret på konferencen, et effektivt samarbejde, en tydelig ledelse og en MDT-beslutning der nedfældes i plenum [24, 25]. Nærværende undersøgelse finder dog, at der er variation i disse faktorer blandt MDT-konferencerne på lungeområdet. Der er variation i, hvorvidt undersøgelsesvar er klar inden afholdelse af MDT-konferencen, hvorvidt relevante specialer er repræsenteret, og hvordan MDT-beslutningen dokumenteres. Derudover beskrives variation af den ugentlige frekvens af MDT-konferencer samt i antallet af patienter, der drøftes på MDT-konferencen.

Informanterne oplever, at manglende undersøgelsesvar kan forsinke udredningsforløbet og føre til unødigt tidsspilde ved selve konferencen, da der bruges tid på at præsentere patienten på MDT-konferencen, men beslutninger ikke kan tages, grundet det manglende undersøgelsesvar. Dette kan undgås ved, at det på forhånd er specificeret, hvilke undersøgelsesvar der skal foreligge inden en patient drøftes på MDT-konferencen, samt at patienter med manglende prøvesvar frasorteres inden MDT-konferencen påbegyndes. At manglende oplysninger forsinker patientforløbet, beskrives ligeledes i MDT-udvalgets spørgeskemaundersøgelse blandt landets DMCG'ere og deltagere på MDT-konferencen [15]. Endvidere angives der i denne spørgeskemaundersøgelse, at cirka tre fjerdedele af respondenterne ikke har en retningslinje, der indeholder hvilke oplysninger, der bør foreligge før MDT-konferencen, samt at kun 58 pct. af de adspurgte klinikere havde undersøgelsesresultaterne samlet i et skriftligt oplæg ved MDT-konferencen [15]. Dette kan bidrage til en forringelse af MDT-konferencens faglige og organisatoriske kvalitet, idet relevante oplysninger kan gå tabt, og det er ressourcekrævende for MDT-deltagerne at forberede sig til konferencen, når undersøgelsesvarene ikke er samlet i et skriftligt oplæg. Ses der udelukkende på lungekræftområdet, viser en spørgeskemaundersøgelse [26], foretaget blandt alle lungekræft MDT-lokaliseringer, at ni ud af ti har et skriftligt oplæg, hvor de samler undersøgelsesvarene. Dette stemmer overens med nærværende interviewundersøgelses resultater. Dog spørges ikke ind til, hvilke undersøgelsesvar oplægget som minimum skal indeholde, før patienten bør drøftes på MDT-konferencen.

Det er ikke kun inden for lungeområdet, at der mangler konsensus på tværs af landet i forhold til hvilke specialer, der bør deltage på den pågældende MDT-konference. Der var 93 pct. af de DMCG'ere, der deltog i MDT-udvalgets spørgeskemaundersøgelse, der angav at have ingen eller kun delvist lokale retningslinjer for afholdelse af MDT-konferencen, herunder hvilke specialer der bør deltage på MDT-konferencen. Dette til trods for, at intentionen med den generiske vejledning er, at den tilpasses lokale forhold og specialer [3]. På lungeområdet angiver informanterne i nærværende undersøgelse, at der er forskel på, hvorvidt nuklearmedicineren, forløbskoordinatoren/sygeplejersken og sekretæren deltager, og om thoraxkirurgen er til stede under hele konferencen. Den manglende deltagelse af thoraxkirurgen under hele MDT-konferencen forudsætter, at der inden afholdelse af MDT-konferencen sker en grov-selektering af patienterne foretaget af lungemedicineren, hvilket nogle af informanterne oplevede som problematisk. En arbejdsgang hvor thoraxkirurgen er inde over selekteringen kunne være en mulig løsning. Inden for

nogle specialer er der i pakkeforløbsbeskrivelsen angivet hvilke specialer der bør være tilstede på MDT-konferencen [27]. Dette er ikke tilfældet i pakkeforløbsbeskrivelsen for lungekræft [17].

Informanterne oplever, at antallet af patienter har betydning for effektiviteten og kvaliteten af konferencen. Dette opleves forringet ved de MDT-konferencer, hvor den ugentlige frekvens af MDT-konferencer er lav, og antallet af patienter er høj. I MDT-udvalgets spørgeskemaundersøgelse angiver flertallet af respondenterne, at den afsatte tid er tilstrækkelig [15]. Disse undersøgelsesresultater er på tværs af specialer, og det er uvist, hvorvidt der er afsat en grænse for antallet af patienter ved hver MDT-konference inden for andre DMCG'er. Spørgeskemaundersøgelsen på lungekræftområdet finder lignende resultater [26]. I nærværende undersøgelse ses stor variation i antallet af patienter og længden på MDT-konferencen. En grænse for hvor mange patienter, der kan drøftes ved MDT-konferencer, og dermed hvor mange ugentlige MDT-konferencer, der bør afholdes, bør drøftes af MDT-udvalget.

Inddragelse af patienternes synspunkter og præferencer

Klinikere anser deres rolle i MDT-konferencen som patientens advokat [15, 28, 29], hvilket lunge- og medicinere ligeledes giver udtryk for i nærværende undersøgelse. På trods af dette, er klinikerne ikke bekendt med patientens præferencer inden MDT-konferencen. Flere klinikerne fra forskellige specialer beskriver, at de indledende notater opleves mangelfulde i forhold til beskrivelse af patientens præferencer. Dette til trods for at der i den generiske vejledning er angivet, at MDT-oplægget bør indeholde præferencer [3]. I kun én af de adspurgte MDT-enheder, er der anført et selvstændigt punkt i MDT-oplægget, hvor patientpræferencer kan udfyldes. I en anden af de adspurgte enheder arbejdes der med et øget fokus på at anvende det indledende sygeplejerskenotat, når MDT-oplægget udarbejdes. Hensigten hermed er at sikre en bedre inddragelse af patientens funktionsniveau og præferencer, da nogle klinikere oplever, at denne information optræder i højere grad i sygeplejenotater. Dette understøttes af et studie, hvor det konkluderes, at sygeplejersken kan have en betydelig rolle i at understøtte, at patientpræferencer inddrages [30]. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen på lungekræftområdet viser, at knapt halvdelen af de adspurgte MDT-deltagere angiver, at patientens præferencer systematisk inddrages i diskussion og beslutning på MDT-konferencen [26]. Der er derved umiddelbart en uoverensstemmelse mellem de interviewede informanternes oplevelse og respondenternes svar i spørgeskemaundersøgelsen. En mulig forklaring herpå kan være, at der er forskel på, hvordan patientpræferencer forstås, og dermed at respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen anskuer patientpræferencer bredere end udelukkende at omhandle patientens egentlige præferencer, men også forhold såsom funktionsniveau og almentilstand.

Nærværende undersøgelse finder, at det primært er de objektive målte værdier, som klinikerne præsenterer og anvender på MDT-konferencen, og ikke nødvendigvis patientens synspunkter og præferencer. Lignende resultater er fundet internationalt [31-36]. Eksempelvis finder et tysk observationsstudie, at MDT-deltagerne primært drøftede medicinsk information og baserede deres beslutning på denne. Enkelte gange blev patientens behandlingspræference diskuteret, men der blev ikke taget højde for denne, når beslutningen skulle træffes [32]. I dansk kontekst er det også kun lidt under halvdelen af deltagerne, der deltog i MDT-udvalgets spørgeskemaundersøgelse, som inddrager patientpræferencer helt eller delvist systematisk i diskussion og beslutning på MDT-konferencen [15].

Et væsentligt aspekt i forhold til inddragelse af patientpræferencer og synspunkter ses både i nærværende undersøgelse, i MDT-udvalgets spørgeskemaundersøgelse samt i den kliniske retningslinje 'Lungecancer – visitation, diagnose, stadie'. Informanterne i nærværende undersøgelse har forbehold for at inddrage patientpræferencer og lade dem være afgørende for MDT-beslutningen, da informanterne oplever, at præferencerne kan ændre sig i løbet af udredningsforløbet. Ligeledes angiver knapt en tredjedel af de adspurgte klinikere i spørgeskemaundersøgelsen, at de ikke finder MDT-konferencen som værende et relevant tidspunkt at inddrage patientens præferencer [37]. I spørgeskemaundersøgelsen kommenteres det endvidere, at *"patientpræferencerne først vil blive inddraget på tidspunktet for drøftelse med patienten, når man kender de mulige behandlingsforslag."* I den kliniske retningslinje 'Lungecancer – visitation, diagnose, stadie' beskrives, at patientens *eventuelt* udtrykte behandlingspræferencer skal indgå i oplægget, og at patientpræferencer medtages i MDT-konferencen, når/hvis der er flere behandlingsalternativer. Det vil sige, at der ikke lægges op til, at det sker systematisk.

Interviewundersøgelser foretaget i Tyskland samt England viser dog, at der ikke blev taget højde for patientens præferencer til trods for, at der var flere ligeværdige behandlingsmuligheder [31, 38]. Patientinddragelse er udpeget som et overordnet indsatsområde af RKKP og DMCG.dk. Med udgangspunkt i dette, samt i nærværende undersøgelses fund, bør det drøftes, i hvilke dele af det diagnostiske forløb det er menings- og betydningsfuldt at inddrage viden om patientens præferencer. En metode, der har vist sig anvendelig til at systematisere inddragelse af patientens holdninger og præferencer, er 'Fælles Beslutningstagning' [39]. Fælles beslutningstagning defineres som en systematisk proces for samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle. Gennem dialog finder de to parter sammen frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten. Formålet med fælles beslutningstagning er, at patienter og eventuelt pårørende får mulighed for at reflektere over, hvad der er vigtigt for dem, og hvordan et behandlingsvalg kan passes sammen med deres værdier og ønsker for livet [39]. Denne metode vil derfor kunne understøtte klinikerne ved den indledende og den efterfølgende samtale.

Performancestatus

Sammen med stadiekategori og histologisvar er performancestatus en betydende faktor for valg af behandling og vurdering af behandlingstolerance [18, 40]. På trods af dette angiver informanterne, at der er diskrepans mellem den performancestatus, der er angivet i journalen ved den indledende samtale, og den performancestatus, som enten vurderes ud fra, hvad der yderligere står beskrevet om patientens almentilstand og funktionsniveau, eller som observeres, når patienten ses efter MDT-konferencen. Ydermere forringes muligheden for en beskrivelse af patientens reelle performancestatus af, at der ikke nødvendigvis er deltagere på MDT-konferencen, der har set patienten. Nogle informanter i interviewundersøgelsen oplyser, at der stiles efter, at patienten ser samme læge gennem udredningsforløbet.

Flere af MDT-enhederne er opmærksomme på problematikken med divergerende vurderinger af performancestatus, hvorfor klinikernes performancestatusvurdering suppleres med patientens selvvurderede performancestatus. Ved denne metode er der dog stadig risiko for informationsbias. For at eliminere risikoen herfor foreslår flere informanter, at der i tillæg til performancestatusvurderingen anvendes objektive standardiserede tests, eksempelvis 6-minutters gang-

test. På nuværende tidspunkt er 6-minutters gangtest dog ikke et valideret måleredskab til fysisk funktionsniveau af danske patienter med lungekræft i forhold til raske personer. Dog indikerer et nyligt publiceret dansk pilotstudie, at 6-minutters gangtest er anvendelig til patienter nyligt diagnosticeret med lungekræft, og at distancen gået på en 6-minutters gangtest er associeret med, hvorvidt patienten oplever komplikationer ved førstelinjebehandling [41]. Der er dog behov for, at dette eftervises i et større studie for at afklare, hvorvidt 6-minutters gangtest kan prædiktere komplikationer ved behandlingen.

Udvikling af MDT-konferencen

Der var enighed blandt informanterne om, at MDT-konferencerne har stor værdi; de giver læring, er effektive, øger patientsikkerheden, øger den kollegiale forståelse, systematiserer udredningen og samler forløbet. Imidlertid var der kun indført faste månedlige møder i én af enhederne, hvor deltagerne på MDT-konferencen kunne drøfte udviklingen af den lokale MDT-konference. Andre enheder afholdt lignede møder hver tredje måned, og resten angav at have intentioner herom, men havde på daværende tidspunkt ingen systematiske planlagte møder for MDT-konferencedeltagerne. Disse resultater stemmer overens med spørgeskemaundersøgelsen på lungekræftområdet [26].

Flere informanter nævner site-visits som en potentiel mulighed for erfaringsudveksling og derigennem udvikling af egen MDT-konference. Dog var der ingen, der på daværende tidspunkt udførte dette. I spørgeskemaundersøgelsen på lungekræftområdet angiver en respondent, at der afholdes site-visits, mens 23 pct. ønsker det etableret [26]. MDT-udvalget finder, at dette område har potentiale for forbedring, og at der er budget til eksempelvis friløb, og at MDT-udvalget kan udforme anbefalinger herfor og fungere som site-visit team [15].

Der er forslag om at forberede patienterne på, hvad de kan forvente af konsultationerne, og hvem de eventuelt skal have med til samtale om henholdsvis diagnose og behandlingsplan for at sikre det bedst mulige udbytte af samtalerne. Informanterne i undersøgelsen oplever, at der er forskel på den information, patienterne får om diagnose og plan. Det er vigtigt, at alle patienter modtager den information, de har behov for til at træffe beslutning om det videre forløb. I den forbindelse kan det også aftales, hvorvidt de følgende konsultationer skal afholdes ved fremmøde eller som telekonsultation.

Kvalitetsopfølgning

Som nævnt indledningsvist er DLCC i gang med en manuel validering af variabelen 'antal patienter drøftet på MDT-konferencen', da variabelen er blevet vurderet ikke-valid, fordi opfyldelsesandelen på flere hospitaler er 10 pct. [21]. På nuværende tidspunkt monitoreres kvaliteten af lungekræft-MDT-konferencen derfor ikke systematisk, og der udføres ikke systematisk audits i alle enheder. Disse resultater stemmer overens med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne udført af MDT-udvalget [15, 26]. Dog ses, at der i lidt over 13 pct. af DMCG'erne udføres interne audits i forhold til, om MDT-beslutningen svarer til bedste praksis, og derudover angiver DMCG'erne, at der ikke foretages eksterne audits på MDT-beslutningen [15].

Endvidere peger denne undersøgelses resultater på, at en relevant indikator for kvalitetsopfølgningen af MDT-konferencer vil være at måle på andelen af MDT-beslutninger, der bliver fulgt. Indsamling af data til denne indikator vil kunne ses i relation til MDT-udvalgets forslag om en POST-terapeutisk MDT-konference. Den POST-terapeutiske MDT-konference er tænkt som en

konference, der kan bidrage til at styrke læringen fra MDT-konferencen, så deltagerne bliver bekendtgjort med, hvorvidt MDT-beslutningen førte til de tilsigtede behandlinger [15]. Denne type konference praktiseres på nuværende tidspunkt i en MDT-enhed under DBCG. Det anbefales, at den foreslåede indikator ses i relation til en indikator, der opgør andelen af MDT-beslutninger, der er i overensstemmelse med gældende retningslinjer, samt opfølgning på overensstemmelse af MDT-beslutninger på tværs af landet. Dette for at give et fyldestgørende billede af kvaliteten inden for MDT-konferencen.

Metodiske overvejelser

Denne undersøgelse har til formål at belyse klinikernes perspektiver på, hvorvidt og hvordan de oplever, at patientens præferencer, synspunkter og generelle livsforhold inddrages i MDT-oplægget, MDT-konferencen og ved den efterfølgende samtale på lungekræftområdet, hvorvidt der er forskel på tværs af MDT-enheder samt klinikernes forslag til udvikling og kvalitetsmonitorering af MDT-konferencen på lungekræftområdet. Til dette er interview anvendt som metodisk redskab, da det anses som en effektiv metode til at få en detaljeret forståelse for klinikernes oplevelser, erfaringer og holdninger. Der blev under interviewene stillet opklarende spørgsmål for at sikre forståelsen af informanternes udsagn med henblik på at øge validiteten. Data er kodet individuelt af to personer, hvorefter koderne er gennemgået i fællesskab og konsensus opnået. Dette for at medtage flest mulige perspektiver på det indsamlede materiale.

Undersøgelsen indeholder data fra 22 informanter, der repræsenterer otte forskellige specialer og faggrupper. Nogle specialer er kun repræsenteret med én til to informanter, og det kan derfor ikke udelukkes, at der kunne være fremkommet flere perspektiver inden for nogle specialer ved at gennemføre flere interviews. Dog blev der vurderet datamætning i interviewene med lunge- og onkologer. Repræsentanter fra alle MDT-enheder på lungekræftområdet er inkluderet, hvilket højner den eksterne validitet.

Denne undersøgelse belyser forholdene inden for lungekræftområdet. Dele af resultaterne kan formentlig overføres til andre kræftområder. Dog kan der være forskel på udredningsforløbet og dets elementer på tværs af specialer, hvilket kan resultere i andre perspektiver og erfaringer. Patientens holdninger og oplevelser er ikke belyst, hvilket med fordel kunne undersøges og bidrage med nuancer til fremtidige drøftelser i udviklingen af MDT-konferencen og den efterfølgende samtale.

Konklusion

Det varierer, hvorvidt patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i forbindelse med MDT-konferencen, og det sker ikke systematisk og ens på tværs af landet. Det vil være relevant at ensrette praksis for afholdelse af lungekræft MDT-konferencer på tværs af landet, så patienter sikres samme høje kvalitet i diagnosticering og i behandlingsplanlægning. Kvaliteten af MDT-konferencer kan følges systematisk ved at følge op på, hvorvidt behandlingstilbuddet, der besluttet på MDT-konferencen, er den behandling, patienten modtager. Derudover at sammenligne MDT-beslutninger på tværs af landet for at sikre samme behandlingstilbud uanset geografi.

Inden for andre kræfttyper vil det ligeledes være relevant at undersøge og sikre ens praksis for afholdelse af MDT-konferencer, undgå geografisk forskel på inddragelse af patientpræferencer og den behandling patienten tilbydes samt følge og sikre høj kvalitet af MDT-konferencer.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, *Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*. 2005.
2. Regeringen, *Patienternes kræftplan - kræftplan IV*. 2016.
3. MDT-udvalget, *Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen*. 2016.
4. MDT-udvalget, *Kommissorium for DMCG.dks MDT-udvalg*. 2021.
5. Engberg, H., et al., *Beskrivelse af den nationale MDT konference for pancreas cancer: deltagelse og tilbud om operation?* Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2021.
6. Chen, C.H., et al., *Multidisciplinary team intervention associated with improved survival for patients with colorectal adenocarcinoma with liver or lung metastasis*. Am J Cancer Res, 2018. 8(9): p. 1887-1898.
7. Kesson, E.M., et al., *Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women*. Bmj, 2012. 344: p. e2718.
8. Friedland, P.L., et al., *Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients*. Br J Cancer, 2011. 104(8): p. 1246-8.
9. Bydder, S., et al., *The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer*. Intern Med J, 2009. 39(12): p. 838-41.
10. Freeman, R.K., et al., *The effect of a multidisciplinary thoracic malignancy conference on the treatment of patients with lung cancer*. Eur J Cardiothorac Surg, 2010. 38(1): p. 1-5.
11. Soukup, T., et al., *Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature*. J Multidiscip Health, 2018. 11: p. 49-61.
12. MDT-udvalget, *Når tværfaglighed og kompleksitet forøger den faglige kvalitet - En Analyse af MultiDisciplinære Teamkonferencer*. 2018.
13. Christiansen, A.H., Wennervaldt, K., Thomsen, L. A., *Patientinvolvering på MDT-konferencer - Et observationsstudie af, hvordan hoved-halskræft patienter involveres i beslutninger om behandling ved multidisciplinære team konferencer*. 2018.
14. Copenhagen Economics, *VÆRDIEN AF MDT-KONFERENCER: En del af dansk kræftbehandling*. 2018.
15. MDT-udvalget, *Survey vedr. status for MDT-konferencerne i DMCG.dk - maj-juni 2021*. 2021.

16. eSundhed. *Nye Kræfttilfælde*. 2022; Tilgængelig fra: <https://www.esundhed.dk/Registre/Cancerregisteret/Nye-kræfttilfaelde>.
17. Sundhedsstyrelsen, *Pakkeforløb for lungekræft - For fagfolk*. 2018.
18. Dansk Lunge Cancer Gruppe, *Lungecancer – Visitation, Diagnose, Stadie*. 2018.
19. Bilde, L., et al., *Bedre brug af data for bedre liv med kræft – kvalitet i kræftpatienters forløb. Et overblik*. 2020.
20. Bødtcher, H., Bilde, L., Thomsen, L. A., *Temarapport: Viden om kvalitet i kræftpatientforløb - Kvalitetsmonitorering i de kliniske kvalitetsdatabaser*. 2020.
21. Dansk Lunge Cancer Gruppe, Dansk Lunge Cancer Register og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, *Dansk Lunge Cancer Register, Årsrapport 2021*. 2022.
22. Lundvall, L., *Status på MDT- udvalgets arbejde*. 2018.
23. Braun, V., Clarke, V., *Using thematic analysis in psychology*. Vol. 3. 2006.
24. The National Cancer Action Team, *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)*. 2010.
25. Walraven, J.E.W., et al., *Factors influencing the quality and functioning of oncological multidisciplinary team meetings: results of a systematic review*. BMC Health Serv Res, 2022. 22(1): p. 829.
26. Dansk Lunge Cancer Gruppe, *Status på Lungecancer-MDT-konferencer i Danmark*. 2022.
27. Sundhedsstyrelsen, *Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm*. 2022.
28. Rosell, L., et al., *Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care*. BMC Health Serv Res, 2018. 18(1): p. 249.
29. Sarkar, S., et al., *Case review in urology multidisciplinary team meetings: What members think of its functioning*. Journal of Clinical Urology, 2014. 7: p. 394–402.
30. Lamb, B.W., et al., *Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: findings of a national study*. Ann Surg Oncol, 2013. 20(5): p. 1408-16.
31. Bohmeier, B., et al., *Opportunities and limitations of shared decision making in multidisciplinary tumor conferences with patient participation - A qualitative interview study with providers*. Patient Educ Couns, 2021. 104(4): p. 792-799.
32. Hahlweg, P., et al., *In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings*. PLoS One, 2015. 10(10): p. e0139921.
33. Evans, L., et al., *A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care*. BMJ Open Qual, 2019. 8(2): p. e000435.

34. Lamb, B.W., et al., *Quality improvement in multidisciplinary cancer teams: an investigation of teamwork and clinical decision-making and cross-validation of assessments*. *Ann Surg Oncol*, 2011. 18(13): p. 3535-43.
35. Wihl, J., et al., *Contributions to Multidisciplinary Team Meetings in Cancer Care: Predictors of Complete Case Information and Comprehensive Case Discussions*. *J Multidiscip Healthc*, 2021. 14: p. 2445-2452.
36. Wihl, J., et al., *Medical and Nonmedical Information during Multidisciplinary Team Meetings in Cancer Care*. *Curr Oncol*, 2021. 28(1): p. 1008-1016.
37. MDT-udvalget, *Survey vedr. status for MDT-konferencerne i DMCG.dk*. 2021.
38. Hamilton, D.W., et al., *Multidisciplinary team decision-making in cancer and the absent patient: a qualitative study*. *BMJ Open*, 2016. 6(7): p. e012559.
39. Danske Patienter. *Fælles beslutningstagning*. Tilgængelig fra: <https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>.
40. West, H.J., Jin, J. O., *JAMA Oncology Patient Page. Performance Status in Patients With Cancer*. *JAMA Oncol*, 2015. 1(7): p. 998.
41. Winther, L., et al., *The 6-Minute Walk Test as a Pre-treatment Predictor for Adverse Events in Patients with Lung Cancer: a Feasibility Study*. *JCR*, 2021. 4: p. 91-96.

Bilag 1: Interviewguide – Viden om kvalitet i MDT-konferencer

Introduktion

Introducere med navn og stilling

Tak fordi du vil deltage i dette interview.

Interviewundersøgelsen er et delprojektet under det Knæk Cancer støttede initiativ "Viden om kvalitet i kræftforløbet", der er forankret hos Kræftens Bekæmpelse. Projektets overordnede formål er at opnå viden om kvalitet i kræftpatientforløbet og skabe adgang til valide, konsistente og rettidige kvalitetsdata med henblik på at monitorere og forbedre kræftpatientforløbet.

I dette delprojekt er formålet at undersøge, hvorvidt og hvordan klinikerne oplever, at patienters synspunkter, præferencer og generelle livsforhold inddrages i MDT-oplægget, MDT-konferencen og den efterfølgende samtale med patienten. Endvidere er formålet at undersøge, hvilke overvejelser og forslag klinikerne har til kvalitetsmonitorering, opfølgning og udvikling af MDT-konferencen.

Er der noget, du gerne vil spørge om inden vi går i gang med interviewet?

Vi vil gerne høre dine oplevelser, erfaringer og overvejelser omkring MDT-konferencen. Det betyder derfor også, at der ikke er nogen rigtige eller forkerte svar.

Informantkarakteristika

Til at starte med vil jeg stille nogle spørgsmål, der handler om dig.

- Hvad er din stillingsbetegnelse?
- Hvor ofte deltager du i MDT-konferencer?
- Hvor lang tid (måneder/år) har du sammenlagt deltaget i MDT-konferencer

MDT-oplægget

Nu vil jeg stille nogle spørgsmål om dine erfaringer og oplevelser med MDT-oplægget

- I hvilken form fremgår eller fremlægges MDT-oplægget?
(fx skriftligt, mundtligt, stikord, skabelon, vises på skærm)

- Hvilken faggruppe/speciale bidrager til udarbejdelse af MDT-oplægget?
 - Hvor kommer oplysningerne fra?

- Hvad er forventningen til, at deltagere på MDT-konferencen har læst oplægget inden konferencen?
 - Hvor tilgår du oplægget?

- Hvilke patientoplysninger fremgår af oplægget?
 - *Hvis ikke klinikerer nævner det spørges:* Hvorvidt fremgår oplysninger om patientens generelle livsforhold, synspunkter og præferencer af MDT-oplægget?

MDT- konferencen

Jeg vil nu spørge ind til dine erfaringer og oplevelser med selve MDT-konferencen og organiseringen heraf.

- Hvor ofte afholder I MDT-konference?
- Hvilke faggrupper/specialer deltager som regel i MDT-konferencen?
 - Er der faggrupper/specialer/funktioner/øvrige, du tænker med fordel kunne deltage i MDT-konferencen?
- Hvem repræsenterer patienten ved MDT-konferencen – og hvordan?
 - Har patienten ved MDT-konferencen fået tildelt en patientansvarlig læge?
 - *Hvis ja: Hvilken rolle har den patientansvarlige læge i forberedelse af MDT-konferencen og på selve MDT-konferencen? (Er der et mål om, at den patientansvarlige læge afholder samtalen – hvis ja, hvor ofte sker det?)*
- Hvordan inddrages patientens synspunkter, præferencer og generelle livsforhold i MDT-konferencen?
 - Hvordan indgår eventuelle psykosociale udfordringer i overvejelser angående behandlingstilbud?
 - Hvor ofte oplever du, at der mangler oplysninger om patienten under MDT-konferencen – og hvilke oplysninger mangler oftest?
- Hvorvidt drøftes det under MDT-konferencen, om patienter har behov for støtte til at gennemføre prærehabilitering og behandling, fx i form af ekstra forløbskoordination på sygehuset eller en Navigator?

Efterfølgende samtale med patienten

Jeg vil nu spørge ind til dine erfaringer og oplevelser med den efterfølgende samtale med patienten, hvor behandlingstilbuddet bliver fremlagt.

- Hvem fremlægger behandlingstilbuddet for patienten?
 - Har du foretaget efterfølgende samtaler med patienten? (*Hvis nej – gå til s. 5*)
 - *Hvis ja:* Hvor ofte foretager du samtalen med patienten?
 - Hvem deltager i samtalen?
 - Har patienten fået tildelt en patientansvarlig læge på dette tidspunkt?
 - *Hvis ja:* Hvilken rolle har den patientansvarlige læge i forhold til at præsentere og drøfte behandlingstilbuddet for patienten?
 - Hvordan foretages samtalen (*fx fysisk, telefon*)?
- Hvordan inddrages patienten i valg af behandling, når behandlingstilbuddet fremlægges?
 - Gøres der brug af beslutningsstøtteværktøj i samtalen?
 - Hvilken rolle har pårørende i samtalen?
- Hvor ofte oplever du, at patienten ønsker et andet end det fremlagte behandlingstilbud?
 - Hvad kan have betydning for, at patienten ønsker en anden behandling eller ingen behandling?
- Hvilke oplysninger kan under samtalen med patienten fremkomme, som med fordel kunne være fremgået af MDT-oplægget eller under MDT-konferencen?

Kvalitet og udvikling af MDT-konferencen

Jeg vil nu spørge ind til det sidste emne i interviewet, som omhandler dine erfaringer og overvejelser omkring kvalitet og udvikling af MDT-konferencer.

- Hvilke, hvordan og hvor registreres data fra MDT-konferencen?
- Hvordan er data tilgængelig?
- Hvordan følges kvaliteten af MDT-konferencer?
 - Foretages der eksempelvis audit af MDT-konferencen ved fx at undersøge hvorvidt beslutninger gennemføres, og om der er overensstemmelse mellem cTNM og pTNM – hvor hyppigt og hvordan?
 - Hvilke forslag har du til kvalitetsopfølgning af MDT-konferencen?
 - Hvilke data vil det forudsætte?
- Hvilken værdi tænker du, at MDT-konferencer har?
- Hvorvidt er det relevant at drøfte alle patienter på MDT-konference og hvorfor?
- Hvad vil en national MDT-konference kunne bidrage med?
- Hvilke forslag har du til udvikling af MDT-konferencer?
- Har I på afdelingen eller hospitalet en retningslinje, der beskriver MDT-konferencen?
 - Er det muligt at få den udleveret?

Afrunding af interview

Jeg har ikke flere spørgsmål, men har du noget, som du finder relevant for vores samtale – kommentarer, spørgsmål eller noget du ønsker at uddybe?

Som afslutning kunne jeg godt tænke mig at høre din umiddelbare reaktion på interviewet i forhold til spørgsmål, interviewets forløb, noget der var uklart eller lignende?

Jeg vil endnu engang sige tusind tak for din deltagelse – det har været en stor hjælp!



Kræftens
Bekæmpelse

