

Statusartikel

Multidisciplinære teamkonferencer

Henriette List¹, Lars Lund^{2, 3}, Torben Riis Rasmussen^{4, 5}, Camilla Qvortrup^{6, 7} & Ole Graumann^{5, 8}

1) Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen, 2) Urinvejskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, 3) Klinisk institut, Syddansk Universitet, 4) Lungemedicinsk afdeling, Aarhus Universitetshospital, 5) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitetshospital, 6) Afdeling for Kræftbehandling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 7) Klinisk Institut, Københavns Universitet, 8) Røntgen og Skanning, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V10250788. doi: 10.61409/V10250788

HOVEDBUDSKABER

- Multidisciplinære team (MDT)-konferencer er en hjørnesten i kræftbehandlingen.
- MDT-konferencer er blevet omdrejningspunkt for praksisfællesskaber, der forbinder forskning og praksis.
- Systematisk tilgang til MDT-konferencer kan fremme en mere differentieret og lige adgang til sundhed og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Multidisciplinære team (MDT)-konferencer er i dag en integreret del af kræftbehandlingen og vinder indpas på andre komplekse sygdomsområder som diabetes, hjerte-kar-sygdomme, psykiatri samt i tværsektorielle forløb mellem almen praksis, kommuner og hospitaler [1].

Ved MDT-konferencer samles sundhedsprofessionelle fra flere specialer for at afgive fælles anbefalinger til patientens videre forløb. Formålet er en helhedsorienteret vurdering baseret på bl.a. sygdomshistorik, diagnostiske fund, komorbiditet, psykosociale forhold og patientpræferencer. MDT-konferencer varierer i længde, deltagerkreds og organisering, men består i sin essens af en rammesat, tværfaglig, databaseret og konsensusorienteret beslutningsproces med patienten i centrum [1]. Anbefalingerne er om muligt evidensbaserede og hviler på de landsdækkende retningslinjer fra Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) [1].

Med kræftområdet som afsæt belyser artiklen MDT-konferencers historiske indførelse i Danmark, MDT-konferencers aktuelle anvendelse i klinisk praksis og fremtidige perspektiver for kvalitetsforbedring.

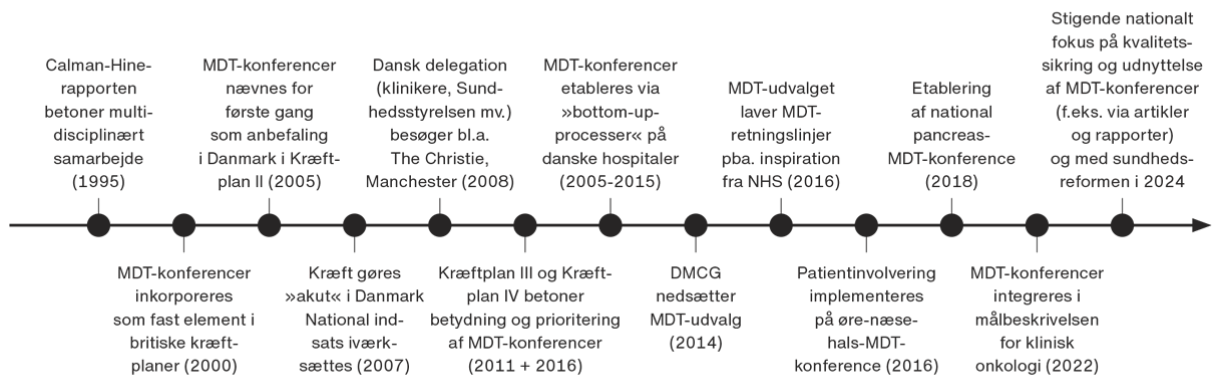
Historik: fra idé til integreret praksis

MDT-konferencer blev introduceret i Danmark i 2000'erne som en central del af kræftpakkerne og Kræftplan II og Kræftplan IV inspireret af britiske indsatser på kræftområdet [2, 3]. Behovet for koordinering voksede i takt med nye diagnostiske teknologier og behandlingsmuligheder, der gjorde patientforløbene mere komplekse og krævede specialiseret viden. MDT-konferencer adskilte sig fra tidligere former for tværfagligt samarbejde ved at være en systematiseret arbejdsgang, der blev udbredt til alle cancerområderne. Med MDT-konferencer bevægede samarbejdet sig fra løs koordinering til en fast og forpligtende arena med høj grad af forberedelse, fælles ansvar og konsensus som grundprincipper.

Implementeringen herhjemme var lokalt forankret og primært drevet af klinikere – især speciallæger i kirurgi,

patologi og onkologi – som allerede samarbejdede tværfagligt om komplekse patienter. Implementeringen, forankringen og udviklingen skete gradvist gennem bottom-up-processer, båret af klinikernært samarbejde på tværs af specialer. Formålet var at styrke sammenhæng og kontinuitet og reducere risikoen for tab i sektorovergange. Tidslinjen for introduktion og udvikling af MDT-konferencer i kræftområdet illustrerer, at implementeringen primært er sket gennem lokale og uformelle initiativer med begrænset national styring (Figur 1).

FIGUR 1 Milepæle i implementering og udvikling af multidisciplinære teamkonferencer på nationalt niveau inden for kræftområdet.



DMCG = Danske Multidisciplinære Cancer Grupper; MDT = multidisciplinære team; NHS = National Health Service.

I Danmark er MDT-konferencer forankret i DMCG, som har indarbejdet MDT-konferencer i strategier, handleplaner og en tværgående MDT-komité, der bl.a. har udarbejdet nationale retningslinjer [1], men uden samme grad af national styring som i Storbritannien.

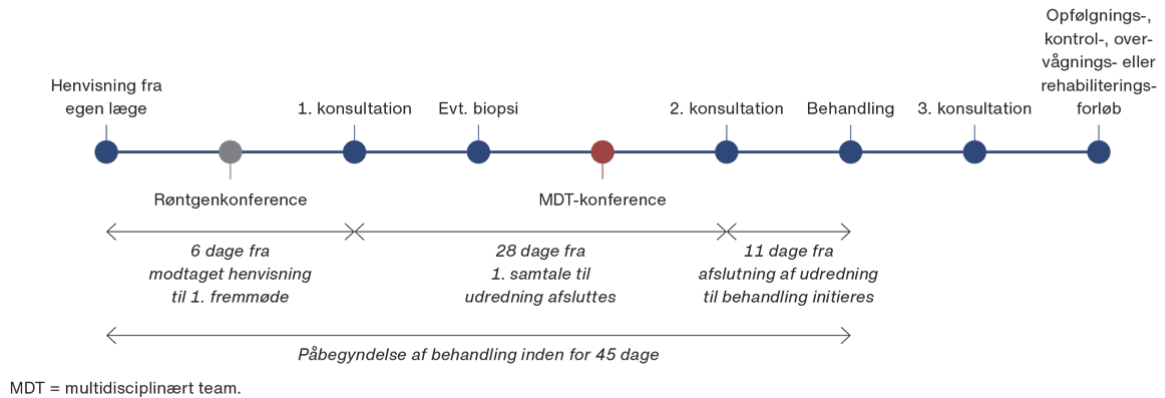
Aktuel status: en værdsat praksis med lokal og faglig forankring

MDT-konferencer er i dag integreret i alle kræftpakker, hvor en stor del af patienterne drøftes mindst én gang på en regional MDT-konference under deres udrednings- og behandlingsforløb. Møderne afholdes typisk 1-3 gange ugentligt inden for alle cancerformer, ofte med virtuel deltagelse på tværs af hospitaler i en eller flere regioner.

Integreret i kræftpakkerne

MDT-konferencer udgør et centralt omdrejningspunkt i kræftpakkerne, hvor behandlingsanbefalinger fastlægges. Mødet markerer typisk afslutningen på den diagnostiske fase (Figur 2). Forud herfor samles undersøgelsesresultater og patientoplysninger i et MDT-oplæg. På mødet drøftes ofte, men ikke begrænset til, 1-30 patienter, og der udformes konsensusbaserede anbefalinger for deres videre forløb. MDT-konferencer organiseres af den patientansvarlige afdeling, oftest kirurgi, mens øvrige specialer deltager afhængigt af cancerform. I de seneste år er der etableret nationale MDT-konferencer for flere cancerformer, bl.a. pancreas- og oesophagus-cancer samt cytoreduktiv kirurgi [5]. Patient og pårørende deltager normalt ikke i MDT-konferencer, men siden 2015 har der ved øre-næse-hals-MDT-konferencer været fast patientinvolvering i alle regioner. Det sker som regel i umiddelbar forlængelse af MDT-konferencen, hvor forløbet drøftes og planlægges sammen med patienten for at styrke inddragelsen og for at effektivisere forløbene af en hurtigt progredierende sygdom [6].

FIGUR 2 Gengivelse af aktiviteter og performance deadlines i Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for nyrsecancer 2019 [4].



Multidisciplinære teamkonferencer styrker patientforløb

MDT-konferencers position, som en central beslutningsmodel ved komplekse sygdomsforløb, afspejles i en voksende international forskningslitteratur, der fremhæver modellens anvendelse og betydning. MDT-konferencers præcise effekt er fortsat debatteret grundet metodologiske udfordringer og mangel på baseline-vurderinger [5, 7-12].

Internationalt er der dog bred enighed om, at MDT-konferencer styrker patientforløb bl.a. gennem mere præcis stadieinddeling, mere målrettet behandling, færre akutte indlæggelser og kortere indlæggelsestider, hvilket er forbundet med forbedret overlevelse [5, 10]. Flere studier fremhæver også gevinster for samarbejde, kommunikation og professionel trivsel [13, 14], mens andre peger på barrierer og behov for kvalitetsforbedring [15, 16]. Til dette formål er der i Storbritannien udviklet en række evaluerings- og optimeringsværktøjer [17-20] (Tabel 1).

TABEL 1 Alfabetisk oversigt over et udsnit af eksisterende kvalitetsværktøjer til multi-disciplinære team (MDT)-konferencer udviklet til læring og forbedringsarbejde

Værktøj		Reference	Type	Anvendelse
forkortet navn	fuldt navn			
MDT-OARS	Multidisciplinary Team – Observational Assessment Rating Scale	<i>Taylor et al.</i> , 2012 [17]	Observations-værktøj	MDT-mødet observeres og vurderes ud af fra 15 aspekter på tværs af 4 domæner: Variationer i kvalitet Faktorer der påvirker beslutninger Faktorer der styrker Forbedringspotentiale
MDT-QulC	Multidisciplinary Team – Quality Improvement Checklist	<i>Lamb et al.</i> , 2012 [19]	Beslutnings-støtteværktøj	Tjekliste der bruges til at forberede sager, strukturere og guide diskussioner samt dokumentere beslutninger i MDT-møder for at sikre at nødvendige informationer indgår i diskussion og beslutning
MODe-Lite	Metric for the Observation of Decision-Making	<i>Lamb et al.</i> , 2021 [20]	Observations-værktøj	MDT-mødet observeres og vurderes ud fra 6 domæner: Klinisk input Holistisk input Klinisk samarbejde Patologi Radiologi Ledelse
TEAM	Team Evaluation and Assessment Measure	<i>Taylor et al.</i> , 2012 [18]	Selv-evaluerings-værktøj	Spørgeskema til MDT-medlemmer der skal vurdere kvaliteten af MDT-mødet ud fra 5 domæner: Ledelse Teamkultur Patientcentrering Beslutningsprocesser Mødeorganisation Således testes kvalitet, validitet og forbedringsområder

Sparsomt nationalt vidensgrundlag

Hvor MDT-konferencer særlig i Storbritannien gennem to årtier har været genstand for forskning og udvikling af kvalitetssikringsværktøjer, er området kun sparsomt belyst i Danmark. De få danske undersøgelser, der er foretaget omkring MDT-konferencer, peger på samme tendenser som internationalt: MDT-konferencer anerkendes som en central drivkraft i kræftindsatsen og værdsættes af både sundhedsprofessionelle, patientorganisationer og politikere [6, 21-25]. MDT-konferencer fremhæves som et middel til øget kvalitet, sammenhæng og mere skræddersyede behandlingsforløb, men præges af manglende systematik, er begrænset

organisatorisk understøttet og er begrænset integreret i økonomiske og it-mæssige infrastrukturer. Fra den eksisterende, nyere danske litteratur om MDT-konferencer fremhæves i det følgende tre centrale karakteristika, der kendetegner danske MDT-konferencer.

En standard med variation

Bottom-up-implementeringen af MDT-konferencer i Danmark har på den ene side skabt stærk, faglig forankring og lokal tilpasning. Det har på den anden side medført betydelig variation i bl.a. mødestruktur, deltagerkreds og patientudvælgelse. Et medicinsk-antropologisk ph.d.-projekt [23] beskriver MDT-konferencer som en »*standard med variation*«, hvor forskelle ses selv inden for samme sygdomsområde. Dette ses f.eks. på nyrecancerområdet (Tabel 2), og samme mønster er også dokumenteret ved luncancerområdet [25]. Variationerne peger på behovet for at synliggøre og evt. reducere uhensigtsmæssige forskelle for at sikre mere ensartede beslutningsprocesser og patientforløb på tværs af landet.

TABEL 2 Kvalitativt, komparativt overblik over praksis for multidisciplinære team (MDT)-konferencer på nyrecancerområdet [23].

	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E
Varighed af MDT	Gennemsnit: 40 min	Gennemsnit: 1 t.	Ca. 2 t.	Gennemsnit: 1 t.	Gennemsnit: 20 min
Dagsorden	Nyrecancer og urotelial cancer	Nyrecancer med/uden onkolog	Komplicerede nyresager, biopsi- og PET-svar, benigne fund	Nyrecancer (alle typer)	Nyrecancer med/uden onkolog
Dokumentationspraksis	Dokumentation efterfølgende, fordeles blandt tilstedeværende urologer	Dokumentation i forlængelse af hver diskussion Urolog dikterer, sekretær skriver på storskærm	Dokumentation i forlængelse af hver diskussion Urolog dikterer, sekretær skriver på computer.	Dokumentation efterfølgende 1 urolog dikterer efterfølgende alle beslutninger på lydfil Sekretær skriver ind i journal	Dokumentation efterfølgende, fordeles blandt tilstedeværende urologer
Patientudvælgelse til MDT	Alle obs. nyrecancer	Alle obs. nyrecancer	Alle obs. nyrecancer	Alle obs. nyrecancer	Kun komplicerede eller tvivlsager (ca. 1/3)
Fysisk tilstedeværende deltagere	3-4 urologer, onkolog, patolog, radiolog, koordinator	2-3 urologer, radiolog, patolog, onkolog (virtuel)	Urologer, onkolog, nuklearmedicin, patolog, radiolog, sekretær, koordinator	Urologer, radiologer, onkolog, patolog fra flere matrikler	2-4 urologer, radiolog, onkolog (virtuel), evt. patolog/el. øvrige speciallæger

Stærke regionale praksisfællesskaber

MDT-konferencer fungerer i dag som en central vidensplatform og et knudepunkt, hvor klinisk praksis, forskning og innovation mødes gennem fælles patienthåndtering. Møderne bruges til behandlingsbeslutning, second opinion, viderehenvisning samt læring og ledes typisk af erfarne speciallæger, hvilket sikrer et højt fagligt niveau. Her identificeres mønstre i recidiv, ny viden implementeres, og patienter kan inkluderes i protokoller. MDT-konferencer driver udviklingen af regionale behandlingsregimer, der supplerer og til tider udfordrer nationale retningslinjer [23]. De nationale MDT-konferencer har vist sig at kunne reducere regional variation og fremme konsensus, som ses på pancreas- og lungeområdet [26, 27]. MDT-konferencer rummer dermed potentiale til at skabe større sammenhæng på tværs af geografi, faggrupper og organisationer, hvilket understøttes af erfaringer fra Storbritannien [28].

Deltagersammensætningen betyder dog også, at andre faggrupper som sygeplejersker, psykosociale faggrupper og yngre læger deltager i begrænset omfang. Forløbskoordinatorer spiller ofte en vigtig, men mindre synlig rolle. Der er imidlertid voksende fokus på bredere inddragelse og uddannelse, bl.a. gennem inddragelse af MDT-konferencer i målbeskrivelsen for klinisk onkologi [29].

Patientens perspektiv

Den eksisterende litteratur peger på, at patientens psykosociale omstændigheder og præferencer ofte ikke varetages og medtages systematisk ved MDT-konferencer i dag [24, 25]. Patientens performancestatus og kliniske

data såsom billeddiagnostik og prøvesvar udgør ofte det primære datagrundlag for MDT-beslutningen. Konsekvensen kan blive, at MDT-beslutningen bliver »den højeste barre« for mulig behandling, som den behandlingsansvarlige læge alligevel efterfølgende skal genvurdere ved mødet med patienten i konsultationen. Det kan føre til variation i de endelige behandlingsbeslutninger og i sidste ende overbehandling. Der efterlyses en mere struktureret tilgang til patientinddragelse, som kan understøtte differentieret behandling og identificere sårbare patienter [24, 25].

Samlet set er MDT-konferencer i dag en uundværlig del af kræftforløbene, der sikrer høj faglighed og sammenhæng. Men MDT-konferencer er samtidig præget af lokal variation og fleksibilitet i organisering og afholdelse.

Fremtidige perspektiver

På trods af deres centrale rolle i kræftbehandlingen gennem de seneste to årtier mangler MDT-konferencer fortsat både et solidt vidensgrundlag og en stærkere forankring i nationale indsatser. Fraværet af systematiske data giver kun begrænset indsigt i praksis, beslutningsprocesser og patientudfald. Mere forskning er derfor afgørende for at sikre en evidensbaseret udvikling, der både fastholder styrkerne og adresserer svaghederne. Uden et sådant grundlag risikerer vi at opskalere en praksis, som fastholder uhensigtsmæssige mønstre og overser væsentlige potentialer.

Både international og dansk litteratur peger på, at MDT-konferencer rummer et betydeligt potentiale som strategisk governance-form, der kan understøtte et mere patientcentreret, sammenhængende og differentieret sundhedsvæsen. Det kræver imidlertid en mere målrettet anvendelse og en tættere integration af MDT-konferencer i både kliniske og organisatoriske rammer. MDT-konferencer bør ikke blot fastholdes, men også videreudvikles, systematiseres og udbredes, så erfaringerne fra kræftområdet kan anvendes mere effektivt og overføres til andre sygdomsområder [30].

Dette kan realiseres gennem tre udviklingsspor (A-C), som i første omgang bør afprøves på kræftområdet, men på sigt kan udvides til øvrige former for kompleks sygdomshåndtering:

A. Organisatorisk, teknisk og infrastrukturel understøttelse

Der er behov for at bruge MDT-konferencer mere ensartet og skabe en fælles infrastruktur: ensartede arbejdsgange, MDT-oplæg, dokumentation og it-systemer, kvalitetssikring og monitorering. Der kan også være et potentiale for AI-baserede værktøjer for at systematisere data. Udvikling og understøttelse bør fortsat være fagligt forankret og tilpasset danske forhold for at bevare fleksibilitet og engagement.

B. Patientperspektiv og screening

MDT-konferencer bør bruges til mere systematisk patientvurdering eksempelvis med screeningsværktøjer, der inddrager sociale forhold, komorbiditet og sårbarhed. Patienter bør informeres bedre og inddrages mere i beslutningsprocessen før MDT-beslutningen og i øvrigt mere i den offentlige debat om behandlingsetik. Dette kan styrke beslutningsgrundlaget og mindske risikoen for overbehandling. Klinisk personale bør uddannes bedre i patientinddragelse omkring behandlingsbeslutninger.

C. Læring og udvikling

MDT-konferencer bør i højere grad anvendes til faglig udvikling og læring. MDT-samarbejde bør integreres systematisk i uddannelsesforløbet, herunder i samtlige målbeskrivelser for alle relevante speciallægeuddannelser og øvrigt relevant sundhedspersonale. Ved at inddrage yngre læger og øvrige faggrupper i forberedelse og opfølgning kan MDT-konferencer styrke praktisk læring, uddannelse og supervision. Der bør skabes mere erfarings- og vidensdeling samt besøg mellem afdelinger og sygdomsområder

for at fremme kvalitet, konsistens og effektivitet.

Konklusion

MDT-konferencer er uundværlige i kræftbehandlingen og rummer et stort potentiale for bredere brug ved kompleks sygdomshåndtering. Den danske praksis er præget af stor faglig forankring og lokal variation, som både sikrer fleksibilitet og dynamik, men udfordrer ensartethed og patientinddragelse. For at realisere MDT-konferencers fulde værdi bør modellen understøttes mere på et strategisk nationalt plan, f.eks. ved monitorering af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, samtidig med at den lokale forankring bevares.

Korrespondance *Henriette List*. E-mail: henriette.list@regionh.dk

Antaget 11. november 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 19. januar 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10250788

doi 10.61409/V10250788

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Multidisciplinary team conferences

Multidisciplinary team conferences (MDTs) enhance quality and care coordination in contemporary cancer treatment. This review provides an overview of the history and current role of MDTs in cancer care and highlights their potential to strengthen individualized treatment, promote interdisciplinary learning, and create more consistent patient pathways. To fully realize this potential, more systematic development, and greater involvement of patients and healthcare professionals across specialities and sectors may be beneficial.

REFERENCER

1. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. Aarhus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, 2016. www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/mdt-udvalget/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt_rev-15-02-2016.pdf (25. jan 2022)
2. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II - Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005. www.sst.dk/da/udgivelser/2005/Kraeftplan-II---Sundhedsstyrelsens-anbefalinger-til-forbedringer-af-indsatsen-paa-kraeftområdet (27. sep 2025)
3. Regeringen. Patienternes kræftplan - kræftplan IV. København: Regeringen, 2016. www.ism.dk/Media/637643679019097616/Patienternes%20kr%c3%a6ftplan%20-%20Kr%c3%a6ftplan%20IV.pdf (9. mar 2025)
4. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft i urinvejene. København: Sundhedsstyrelsen, 2019. www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Pakkeforloeb-for-kræft-i-urinvejene_Tilrettet-2024-version-4_1.ashx?sc_lang=da&hash=8C20166BD924DF8867045311B1D83CEE (17. nov 2025)
5. Prades J, Remue E, van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. Health

- Policy. 2015;119(4):464-474. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.006>
6. Kræftens Bekæmpelse. Patientinvolvering på MDT-konferencer. København: Kræftens Bekæmpelse, 2018. www.cancer.dk/om-os/udgivelser-og-rapporter/2018-patientinvolvering-paa-mdt-konferencer/ (20. mar 2022)
 7. Coory M, Gkolia P, Yang IA, et al. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. Lung Cancer. 2008;60(1):14-21. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2008.01.008>
 8. Burton S, Brown G, Daniels IR, et al. MRI directed multidisciplinary team preoperative treatment strategy: the way to eliminate positive circumferential margins? Br J Cancer. 2006;94(3):351-357. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602947>
 9. Freeman RK, Van Woerkom JM, Vyverberg A, Ascioti AJ. The effect of a multidisciplinary thoracic malignancy conference on the treatment of patients with lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2010;38(1):1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2010.01.051>
 10. Kesson EM, Allardice GM, George WD, et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. BMJ. 2012;344:e2718. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2718>
 11. Basta YL, Bolle S, Fockens P, Tytgat KMAJ. The value of multidisciplinary team meetings for patients with gastrointestinal malignancies: a systematic review. Ann Surg Oncol. 2017;24(9):2669-2678. <https://doi.org/10.1245/s10434-017-5833-3>
 12. Bednarski BK, Taggart M, Chang GJ. MDT - how it is important in rectal cancer. Abdom Radiol (NY). 2023;48(9):2807-2813. <https://doi.org/10.1007/s00261-023-03977-z>
 13. Jefferies H, Chan KK. Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective? Int J Gynecol Cancer. 2004;14(2):210-211. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891X.2004.014201.x>
 14. Saini KS, Taylor C, Ramirez AJ, et al. Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries. Ann Oncol. 2012;23(4):853-859. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr352>
 15. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol. 2006;7(11):935-943. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70940-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70940-8)
 16. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. Ann Surg Oncol. 2011;18(8):2116-2125. <https://doi.org/10.1245/s10434-011-1675-6>
 17. Taylor C, Atkins L, Richardson A, et al. Measuring the quality of MDT working: an observational approach. BMC Cancer. 2012;12:202. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-202>
 18. Taylor C, Brown K, Lamb B, et al. Developing and testing TEAM (Team Evaluation and Assessment Measure), a self-assessment tool to improve cancer multidisciplinary teamwork. Ann Surg Oncol. 2012;19(13):4019-4027. <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2493-1>
 19. Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QulC. Ann Surg Oncol. 2012;19(6):1759-1765. <https://doi.org/10.1245/s10434-011-2187-0>
 20. Lamb BW, Miah S, Skolarus TA, et al. Development and validation of a short version of the Metric for the Observation of Decision-Making in Multidisciplinary Tumor Boards: MODE-Lite. Ann Surg Oncol. 2021;28(12):7577-7588. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-09989-7>
 21. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG). Når tværfaglighed og kompleksitet forøger den faglige kvalitet - en analyse af multidisciplinære teamkonferencer. Aarhus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, 2019. www.dmcg.dk/siteassets/om-dmcg.dk/nyheder/mdt-rapport-17.06.2019_final_inkl_bilag.pdf (25. jan 2022, ikke længere aktiv pr. okt 2025)
 22. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG). Survey vedr. status for MDT-konferencerne i DMCG.dk. Aarhus: Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, 2021. www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/mdt-udvalget/survey-rapport-status-mdt-konferencer-14-11-2021endelig.pdf (nov 2025)
 23. List H. Infrastructuring cancer decisions: expertise, entanglements and everyday practices in Danish multidisciplinary team meetings. Odense: University of Southern Denmark, 2025. https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/290372113/Infrastructuring_Cancer_Decisions_Henriette_List_PhD_The_sis.pdf (nov 2025)
 24. List H, Kristensen DB, Graumann O. "The highest decision-making level" - multidisciplinary team meetings as boundary

- spaces. Soc Sci Med. 2025;371:117886. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117886>
25. Kræftens Bekæmpelse. Viden om kvalitet i multidisciplinære teamkonferencer. København: Kræftens Bekæmpelse, 2023. <https://mediebibliotek.cancer.dk/m/7e1b047302416a9/original/Viden-om-kvalitet-i-multidisciplinre-teamkonferencer.pdf> (1. aug 2024)
 26. Gouliaev ASW, Szejniuk WM, Fledelius J, et al. Discrepancies in regional lung cancer multidisciplinary team decisions can be reduced through national consensus meetings. Acta Oncol. 2025;64:793-796. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2025.43314>
 27. Albinus NB. Nationale MDT-konferencer har løftet behandlingen af patienter med pancreascancer. Dagens Medicin 27. aug 2021. www.dagensmedicin.dk/specialistomrader/cancer/nationale-mdt-konferencer-har-loeftet-behandlingen-af-patienter-med-pancreascancer/ (20. sep 2024)
 28. Selby P, Popescu R, Lawler M, et al. The value and future developments of multidisciplinary team cancer care. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2019;39:332-340. https://doi.org/10.1200/EDBK_236857
 29. Sundhedsstyrelsen. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i klinisk onkologi. København: Sundhedsstyrelsen, 2022. www.sst.dk/-/media/Fagperson/Uddannelse/Speciallaegeuddannelsen/Maalbeskrivelser/Klinisk-Onkologi/Maalbeskrivelse-Klinisk-onkologi-2022okt.ashx?sc_lang=da&hash=E3A37FE5F9C0B382F976897F393BEBE8 (1. sep 2025)
 30. Borre M, Qvortrup C, Rasmussen TR. MDT-konference: en uudnyttet kvalitetssikring af kræftområdet. Dagens Medicin 10. feb 2022. <https://dagensmedicin.dk/mdt-konferencen-en-uudnyttet-kvalitetssikring-af-kræftområdet/> (5. feb 2025)