

# Multidisciplinære team i kræftbehandlingen

Anne Sophie Boisen<sup>1</sup> & Natasja Espeløv Balslev<sup>2</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Afdeling for Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse  
2) Patientstøtte & Lokal Indsats, Kræftens Bekæmpelse

Ugeskr Læger  
2016;178:V10150792

Multidisciplinære team (MDT) har opnået bred international anerkendelse og indgår i dag som en standardiseret del af kræftbehandlingen i flere lande verden over [1]. Selve organiseringen af MDT og de tilhørende beslutningsprocesser er meget varierende [2, 3], men der er generelt en opfattelse af, at indførelsen af MDT har forbedret både den kliniske beslutningstagning, behandlingsresultaterne, patientoplevelsen og arbejdsmiljøet for de sundhedsprofessionelle [4-7]. Dette til trods for at evidensen overvejende er begrænset, idet mange af de evalueringer, der er fortaget, hviler på svage studiedesign. Herudover kan det være svært at adskille effekterne af anvendelsen af MDT fra effekterne af øvrige initiativer på kræftområdet, såsom øget specialisering, bedre tilslutning til evidensbaserede retningslinjer, tidligere diagnostik, forbedrede teknologier og mere effektive behandlingsmetoder [5, 8-10].

Formålet med denne artikel er at skabe klarhed over nogle af de resultater, der er publiceret i den internationale videnskabelige litteratur om effekter, udfordringer og forbedringsområder i forbindelse med MDT. Som anført er nogle af de publicerede studier baseret på forholdsvis svage studiedesign, hvilket også gør sig gældende for enkelte af de inkluderede studier i denne artikel.

## DIVERGERENDE RESULTATER OM EFFEKTERNE AF MULTIDISCIPLINÆRE TEAM

Studier af brystkræftbehandling viser, at MDT er forbundet med bedre og mere rettidig behandling [5, 11], og i andre studier har man fundet, at (især ældre) patienter bliver tilbudt mere intensiv behandling, herun-

der både kirurgisk behandling og kurativt intenderet kemo- og stråleterapi [12]. I et studie fra Australien konkluderede man endvidere, at MDT reducerede tiden fra diagnose til behandling samt forbedrede efterlevelsen af kliniske retningslinjer og inklusion af patienter i kliniske forsøgsprotokoller [6]. MDT kan herudover reducere variation i de sundhedsprofessionelles individuelle beslutningstagning, hvilket minimerer risikoen for, at der bliver truffet forkerte beslutninger [13, 14]. I forlængelse heraf har man i et review påvist, at MDT-konferencerne ofte resulterer i ændringer af både diagnose og den behandling, som patienten oprindeligt blev anbefalet [10]. Omvendt konkluderes det i et andet studie, at MDT-beslutningerne i 90% af tilfældene var i overensstemmelse med de beslutninger, som den enkelte kliniker ellers ville have truffet [15]. Gennemsnitligt bliver 10-15% af MDT-beslutningerne ikke implementeret, hvilket hovedsageligt skyldes, at der ikke er taget højde for patienternes præferencer, psykosociale tilstand eller komorbiditet. Typisk får disse patienter mere konservativ behandling end oprindeligt planlagt på MDT-konferencen [5, 8, 16, 17].

Forbedret overlevelse som et direkte resultat af MDT er meget omdiskuteret. I studier har man fundet forbedret femårsoverlevelse ved bl.a. kolorektal kræft samt spiserørs-, bryst- og hoved-hals-kræft [5, 18], mens man i andre studier – herunder et systematisk review, hvor man har set på alle kræftformer – ikke har påvist forbedret overlevelse [1, 12, 18]. I et dansk rektalkræftstudie har man fundet, at den postoperative dødelighed blev formindsket, men derudover blev der ikke fundet andre potentielle fordele for patienterne ved indførelsen af MDT [19].

Om patienternes oplevelser konkluderede man i et australsk review, at forbedret patienttilfredshed ved indførelsen af MDT kunne udledes af flere forskellige studier [6]. I et engelsk studie mente man dog, at MDT medførte problemer i relation til fortrolighed og beskyttelse af persondata [20]. Indvirkningen på de forskellige MDT-medlemmer er heller ikke klarlagt endnu. I en national undersøgelse fra England svarede 90% af de sundhedsprofessionelle, at MDT var gavnligt for trivsel hos deltagerne, og 81% mente, at det forbedrede jobtilfredsheden [21]. I andre studier fandt man ligeledes en generel tilfredshed med anvendelsen af MDT blandt de sundhedsprofessionelle, idet det bl.a. styrker kommunikationen, arbejdsmoralen og det generelle kollegiale forhold [6, 13-15, 22]. Der er imid-

## FAKTABOKS

### Multidisciplinære team i det danske sundhedsvæsen

- ▶ I en dansk kontekst forekom multidisciplinære team (MDT) – på baggrund af inspiration fra England – første gang i 2003 på især det kolorektalkirurgiske område.
- ▶ I 2005 introduceredes MDT af Sundhedsstyrelsen som et led i kræftpakkerne i kræftplan II. Dette fulgtes op i 2007, hvor brugen af MDT på fastlagte beslutningstidspunkter fremgik som en integreret del af hver enkelt kræftpakke. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse fastsat rammerne, mens det har været overladt til de enkelte fagfolk at udfylde dem.
- ▶ En gennemgang af de forskellige kræftpakker viser, at der opereres med relativt brede og fleksible MDT-definitioner, men i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger indgår MDT som en integreret del af alle pakkeforløb for kræft, og det angives generelt, at der er gode erfaringer hermed.

lertid også studier, hvor man har påpeget, at professionelle kontroverser og hierarkiske skel kan gøre MDT'erne dysfunktionelle og stresse medlemmerne [5].

I en rent økonomisk optik er der tillige forskellige holdninger til, om MDT er omkostningseffektive [23, 24]. I et studie, der er foretaget i England, anslog man, at hver patient, der diskuteres på en MDT-konference, koster 87,41 GBP (795 DKK). En MDT-beslutning, der ikke bliver implementeret, er derfor ikke kun et tids- og prognosemæssigt problem, men også et omkostningsrelateret anliggende, da disse patienter ofte skal diskuteres igen på en ny konference [16, 24]. En ekstra omkostning på 795 DKK pr. patient kan give anledning til taksthonorering til sygehusene for MDT, hvilket også har været drøftet i Danmark. Spørgsmålet om MDT-takster har ikke været undersøgt systematisk i denne gennemgang. En undersøgelse blandt engelske kolorektalkræftkirurger viste, at 40% af de adspurgte vurderede, at MDT ikke er omkostningseffektive [15]. Det er dog uklart, om de hermed mener, at MDT ikke er nettobesparende, eller de ikke er pengene værd.

Da der tilsyneladende ikke er entydige positive effekter ved MDT, er der behov for at belyse de eksisterende barrierer og mulige forbedringspotentialer.

#### **BARRIERER FOR OPTIMALT UDBYTT AF MULTIDISCIPLINÆRE TEAM**

Manglende deltagelse af de forskellige relevante medlemmer er identificeret som en fremtrædende barriere for det optimale udbytte af MDT. Dette hænger givetvis sammen med mangel på øremærket tid til konferencerne, da de sundhedsprofessionelle ofte står i situationer, hvor de skal prioritere mellem kliniske opgaver og MDT-konferencerne. Flere studier har vist, at øremærket tid til MDT ikke er særligt udbredt [4, 13, 15, 16, 22]. Herudover kan det være et problem, at der ikke er afsat nok tid til konferencerne til, at alle patienter kan konfereres. Patienter, som ikke nås, udskydes til næste konference, hvilket skaber forsinkelser i patientforløbet [16]. Det stigende antal kræftpatienter, der skal diskuteres på en MDT-konference, udfordrer desuden medlemmernes muligheder for forberedelse, og tidspresset på selve konferencerne kan betyde, at der ikke altid er tilstrækkeligt tid til dybdegående diskussioner af patienter med komplicerede sygdomsforløb [2]. Det kan endvidere være en udfordring, hvis f.eks. en primærtumor ikke er kendt hos en patient, da det kan medføre klinisk usikkerhed, og at patienten bliver »kastebold« mellem forskellige MDT'er [3].

En stor del af studierne udpeger manglende information om patienten som en væsentlig barriere, der særligt har betydning for, at MDT-beslutninger ikke bliver implementeret [5, 16, 22]. Her spiller sygeplejersken en vigtig rolle, idet han/hun ofte er den, der be-



Sundhedsprofessionelle samlet ved en multidisciplinær team-konference. (Foto: Viewpoint AV).

sider det mest holistiske billede af patientens behov og de psykosociale aspekter [22, 25]. Manglende ligestilling mellem de forskellige sundhedsprofessionelle kan således være en barriere for det optimale udbytte af MDT, da det netop kan føre til, at vigtige informationer om patienten ikke medtages i beslutningstagningen, hvis ikke alle medlemmer bliver hørt på konferencerne [14, 22]. I flere studier har man i den sammenhæng konkluderet, at de traditionelle professionelle hierarkier kan være en barriere for, at bl.a. sygeplejersker kan deltage som aktiv part på konferencerne [5]. Herudover ytrer man i andre studier bekymringer for, at der på MDT-konferencerne mangler mulighed for læring og uddannelse af yngre læger [9, 13, 14].

Rent logistiske udfordringer kan også spille en rolle for anvendelsen af MDT. Videokonferencer er i den forbindelse en stor fordel, men der er dog en risiko for, at det kan hindre samarbejdet, beslutningstagningen og arbejdsrytmen ved konferencerne [13, 16].

#### **FORBEDRINGSPOTENTIALER**

En god ledelse af MDT-konferencerne er nødvendig for at facilitere en inkluderende og åben diskussion, hvilket bidrager til at undgå marginalisering af medlemmer og ringe beslutningstagning. Lederen skal opfordre til fuld deltagelse af medlemmerne [8, 14, 16, 22]. Herudover er det vigtigt at have en klar rollefordeling blandt de øvrige medlemmer [3]. I nogle tilfælde kan det være relevant at lave MDT'erne mere specialiserede. F.eks. kan et urologisk MDT splittes op i særskilte team for blære, prostata og nyrer [2].

I flere studier har man påpeget, at MDT bør have administrativ støtte og evt. en koordinator, som skal sikre organisering og koordinering af konferencerne. Koordinatorens hovedansvar er at sørge for, at al nødvendig patientinformation er til rådighed, samt at MDT-medlemmernes deltagelse og beslutninger om behandling bliver noteret i en protokol [3, 8]. Herudover foreslår man i et studie, at der oprettes en database, hvor MDT-aktiviteter registreres, så man nemt kan udtage information om patienter med en bestemt diagnose og et bestemt sygdomsstadie [14].

TABEL 1

Juridiske implikationer af beslutninger taget i multidisciplinære team (MDT).

<b>Tavshedspligt og videregivelse af patientoplysninger</b>	I reglerne om tavshedspligt i sundhedslovens § 40 fremgår det, at den behandlingsansvarlige sundhedsperson skal iagttage tavshed om helbredsoplysninger og andre private forhold vedrørende patienten. Efter § 41 kan der dog videregives oplysninger til andre sundhedspersoner enten ved patientens samtykke, eller ved at undtagelsesbestemmelsen i § 41, stk. 2, nr. finder anvendelse. Af denne fremgår, at videregivelse af oplysninger til andre sundhedsprofessionelle kan ske, hvis de er nødvendige af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb, og hvis videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov. Patienternes ret til autonomi bør iagttages, hvorfor patientens samtykke til videregivelse af oplysninger altid bør forsøges indhentes inden patientens drøftes af et MDT. Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling - hvis eksempelvis en lægesekretær får kendskab til patientens helbredsoplysninger eller andre private oplysninger under udførelse af traditionelt sekretærarbejde - vil lovligt kunne finde sted i det omfang vedkommende yder teknisk bistand, jf. punkt 7 i Sundhedsstyrelsens vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp, vejledning VEJ nr. 115 af 11/12/2009
<b>Informeret samtykke</b>	I relation til om patienter bør involveres i MDT-beslutningerne, er det relevant at være opmærksom på, at patienterne jf. sundhedslovens § 15, stk. 1. skal give informeret samtykke til behandling. Der er således ikke alene etiske grunde til at involvere patienten, men tillige juridiske forpligtelser, såfremt teamets drøftelser fører til beslutninger om behandling. På baggrund heraf er der dog ikke juridisk grundlag for at beslutte, om patienten skal være til stede ved MDT-konferencen eller ej

Patienter, som har relativt ukomplicerede sygdomsforløb, kan man enten helt undgå at diskutere på en MDT-konference, eller man kan have afsat et minimum af tid [2]. På den måde bliver der mere tid til at diskutere patienter med mere komplekse kræftsygdomme på konferencerne [8, 16, 24]. Et studie har vist, at MDT træffer de mest optimale beslutninger i starten af konferencen, derfor bør patienter med de mest komplicerede kræftsygdomme konfereres i starten [11].

Hvad angår det behandlingsmæssige ansvar for beslutninger, der er truffet på MDT-konferencer, er der på nuværende tidspunkt ingen regler til særskilt regulering af dette. Ved en eventuel disciplinærsag må det derfor bero på en konkret vurdering af, hvem af de deltagende sundhedspersoner på MDT-konferencen, der overordnet bærer ansvaret for de lægelige beslutninger. Lægeforeningen har udarbejdet retningslinjer for området, men af hensyn til såvel patienter som læger er det nødvendigt at have nogle retningslinjer af betydelig retskildeværdi fra Sundhedsstyrelsen til at bringe klarhed over spørgsmålet om ansvarsfordeling ved MDT-konferencer. Øvrige juridiske implikationer af beslutninger truffet i MDT-regi fremgår af **Tabel 1**.

Endelig er det væsentligt, at patienternes præferencer tages med i overvejelserne på MDT-konferencerne, og patienternes rolle bør derfor styrkes i mange tilfælde [9, 26]. Om patienterne skal være til stede på selve konferencerne, er der uenighed om i forskellige studier. Nogle påpeger, at det vil styrke beslutningstagningen. Herudover kan der være rent etiske argumenter

for, at patienterne bør involveres. Andre er af den opfattelse, at det vil være en ulempe, at patienterne deltager på konferencerne, idet deres manglende evne til at håndtere information om f.eks. risici kan være et problem. Herudover er der rent praktiske aspekter, såsom at tiden, der afsættes til hver patient på konferencerne, skal være længere end de normale 4-6 minutter, hvis patienterne skal deltage [16, 20, 26].

## KONKLUSION

Den store variation i definition og anvendelse af MDT i kræftbehandlingen både internationalt og i Danmark indikerer, at der er behov for at indføre fælles retningslinjer, der er baseret på den bedste foreliggende evidens og kan bidrage til en mere effektiv anvendelse af MDT inden for de enkelte kræftformer. Herunder er det bl.a. relevant at beskrive retningslinjer for, hvilke patientgrupper der ikke nødvendigvis er behov for at drøfte på en MDT-konference, således at det ikke er op til den enkelte kliniker at vurdere, om en patient skal drøftes eller ej. Det er ligeledes væsentligt, at der sættes fokus på god ledelse, rollefordeling, organisatorisk og administrativ støtte samt forberedelse til konferencerne. En arbejdsgruppe, der er nedsat i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, har i den sammenhæng for nylig sendt en vejledning i høring med anbefalinger til, hvordan MDT-konferencer kan og bør ensartes på de danske hospitaler. I disse anbefalinger beskrives nogle rammer, som ifølge arbejdsgruppen skal være til stede for at sikre velfungerende MDT-konferencer af høj kvalitet. MDT stiller store krav til koordinering, samarbejde, tid og ressourcer, hvorfor det netop er væsentligt, at der er fokus på at optimere og forbedre konferencerne, således at værdien for såvel patienterne som de sundhedsprofessionelle maksimeres.

## SUMMARY

Anne Sophie Boisen & Natasja Espeløv Balslev:  
Multidisciplinary teams in cancer care  
Ugeskr Læger 2016;178:V10150792

Multidisciplinary teams (MDTs) are considered a core component of cancer care worldwide. It is commonly believed that MDTs ensure higher-quality decision making and improved outcomes for the patients. However, the evidence underpinning MDTs is weak and the degree to which they have been absorbed into clinical practice varies widely. Based on a literature review this article explores effects, barriers and potentials for improving MDTs in cancer care. A stronger focus is needed on how MDTs can be optimized to achieve the best possible results in cancer care.

**KORRESPONDANCE:** Anne Sophie Boisen. E-mail: annesb@cancer.dk  
**ANTAGET:** 25. maj 2016  
**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTEK.DK:** 1. august 2016

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** *Kristine Skovgaard Bossen* og *Emilie Sofia Sonnenschein* takkes for manuskriptrevision.

## LITTERATUR

- Hong NJ, Wright FC, Gagliardi AR et al. Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: an international literature review. *J Surg Oncol* 2010;102:125-34.
- Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N et al. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:377.
- Prades J, Borrás JM. Shifting sands: adapting the multidisciplinary team model to technological and organizational innovations in cancer care. *Future Oncol* 2014;10:1995-8.
- National Cancer Action Team. The Characteristics of an effective multidisciplinary team (MDT). National Health Service, England, 2010.
- Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R et al. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ* 2010;340:c951.
- Multidisciplinary cancer care – Litterature review. Department of Health, State Government Victoria, Australia, 2012.
- Brannstrom F, Bjerregaard JK, Winblad A et al. Multidisciplinary team conferences promote treatment according to guidelines in rectal cancer. *Acta Oncol* 2015;54:447-53.
- Fleissig A, Jenkins V, Catt S et al. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol* 2006;7:935-43.
- Patkar V, Acosta D, Davidson T et al. Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. *Int J Breast Cancer* 2011;2011:831605.
- Croke JM, El-Sayed S. Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? *Curr Oncol* 2012;19:e232-e238.
- Lamb BW, Sevdalis N, Benn J et al. Multidisciplinary cancer team meeting structure and treatment decisions: a prospective correlational study. *Ann Surg Oncol* 2013;20:715-22.
- Coory M, Gkolia P, Yang IA et al. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 2008;60:14-21.
- Kane B, Luz S. »Do no harm«: fortifying MDT collaboration in changing technological times. *Int J Med Inform* 2013;82:613-25.
- Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B et al. The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialties. *Eur J Cancer* 2006;42:2459-62.
- Sharma A, Sharp DM, Walker LG et al. Colorectal MDTs: the team's perspective. *Colorectal Dis* 2008;10:63-8.
- Jalil R, Ahmed M, Green JS et al. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg* 2013;11:389-94.
- Raine R, Wallace I, Nic a' Bhaird C et al. Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a prospective observational study. *Health Serv Deliv Res* 2014;2:37.
- Ruiz-Casado A, Ortega MJ, Soria A et al. Clinical audit of multidisciplinary care at a medium-sized hospital in Spain. *World J Surg Oncol* 2014;12:53.
- Wille-Jørgensen P, Sparre P, Glenthøj A et al. Result of the implementation of multidisciplinary teams in rectal cancer. *Colorectal Dis* 2013;15:410-3.
- Taylor C, Shewbridge A, Harris J et al. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2013;5:79-85.
- Taylor C, Ramirez AJ. Multidisciplinary team members' views about MDT working: Results from a survey commissioned by the National Cancer Action Team. National Cancer Action Team MDT Development Programme, 2009.
- Lamb BW, Sevdalis N, Arora S et al. Teamwork and team decision-making at multidisciplinary cancer conferences: barriers, facilitators, and opportunities for improvement. *World J Surg* 2011;35:1970-6.
- Ke KM, Blazey JM, Strong S et al. Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? *Cost Eff Resour Alloc* 2013;11:7.
- Chinai N, Bintcliffe F, Armstrong EM et al. Does every patient need to be discussed at a multidisciplinary team meeting? *Clin Radiol* 2013;68:780-4.
- Tattersall MH. Multidisciplinary team meetings: where is the value? *Lancet Oncol* 2006;7:886-8.
- Taylor C, Finnegan-John J, Green JS. »No decision about me without me« in the context of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:488.