

# **Status på Lungecancer-MDT-konferencer i Danmark**

En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse vedrørende status for de 13 danske lungecancer MultiDisciplinæreTeam (MDT)-konferencer, gennemført oktober/november 2022.

## Opsummering af resultater.

- Ansvar for afholdelsen af lungecancer-MDT-konferencerne ligger ved de lungemedicinske afdelinger. Faste deltagere i øvrigt for alle konferencerne er radiologer, thoraxkirurg og onkolog. 15% (2/13) må dog aktuelt klare sig uden deltagelse af patolog og nuklearmedicinere.
- Ca. 1/3 (4/13) af MDT-konferencerne angiver at alle patienter i lungekræftpakkeforløb drøftes på MDT-konferencen. De 2/3, hvor ikke alle patienter drøftes, angiver dels, at det kan dreje sig om oplagt inkurabile patienter, men angiver også, at det kan være andre kategorier af patienter, som så ikke er nærmere specificeret. Man kan spekulere, om det f.eks. er patienter, hvor man gennem udredningen ikke påviser malign sygdom, eller man har påvist lungemetastase fra anden kræftsygdom. Alle potentielt kurable patienter synes at blive diskuteret på MDT-konference.
- Fra alle fraset én, som ikke ved om det sker, angives, at MDT-drøftelse systematisk registreres i LPR med SKS-kode.
- Ved samtlige MDT-konferencer har man en samlet (overskuelig) skriftlig fremstilling af patientens udredningsresultater, og 69% af konferencerne inddrager også helt eller delvist patientens præferencer i diskussion og beslutning på MDT-konferencen.
- Uddannelsespotentialer i MDT-konferencerne udnyttes slet ikke i den udstrækning, som kunne ønskes, idet kun 2 ud af de 13 konferencer (15%) systematisk planlægger fast konferencedeltagelse for yngre læge i uddannelse, mens 69% har YL med, når det vurderes, at det rent praktisk kan lade sig gøre.
- IT-udstyr og fysiske forhold angives fra de fleste MDT'er som værende tilfredsstillende, lidt mere for lokaleforhold end for IT, og fra 77% angives der at være entydigt ejerskab til konferencens lokale og IT-udstyr.
- 77% (af lungemedicinerne vel at mærke) vurderer, at tiden til forberedelse før MDT er tilstrækkelig, ligesom tiden til selve afholdelsen af konferencen vurderes at være tilstrækkelig. Fra en enkelt MDT-konference angives der dog at være helt utilstrækkeligt forberedelsestid. Fra 85% angives (i lidt varierende grad) at opfølgning på beslutninger fra MDT er behørigt indtænkt i arbejdstiden.
- For 85% af konferencerne nedfælder conferencebeslutningen straks ved diktat eller skriftligt, og 85% sikrer/kontrollerer også, at beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen. Men der er stort set ingen **interne** (i egen MDT-konferenceregion) eller **eksterne** (vurdering ved anden MDT-konference) audit på, om behandlingsbeslutningerne ved MDT-konferencen svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med opdateret retningslinje.
- En enkelt MDT-konference har været på Site-visits ved anden MDT mhp erfaringsudveksling.

## Konklusion.

Samlet kan man konkludere, at det på flere af de områder, hvor der ud fra DMCG's MDT-udvalgs tidligere survey på tværs af alle DMCG-grupper blev gjort anbefalinger, står ganske godt til for de danske lungecancer-MDT-konferencer. Således angives helt overvejende tilfredshed med lokaleforhold og nogenlunde for IT-udstyr. Det samme mht et entydigt defineret ejerskab til conferencefaciliteterne (lokaler og IT).

Der vurderes også gennemgående (fra det lungemedicinske speciales synsvinkel vel at mærke) at være fornøden tid før, under og efter MDT-konferencen.

Kun 1/3 af MDT-konferencerne angiver, at alle patienter drøftes på MDT-konference, selvom det i princip anbefales for alle patienter. Når drøftelse på MDT-konference forventeligt bliver indført som tværgående kvalitetsindikator, vil man sandsynligvis fastsætte en standard på 90%. Men samtidig må det også medgives, at det kan være en udfordring for mange MDT-konferencer med et stort patientvolumen at få alle patienter diskuteret på MDT-konference.

Der er fokus på straks at få conferencebeslutningerne ført til notat og sikre, at det sker korrekt. Men ift yderligere kvalitetssikring afholdes stort set ingen interne eller eksterne audits i forhold til, om behandlingsbeslutningerne ved MDT-konferencen svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med

senest opdaterede retningslinje. Ligeledes er site-visits mhp inspiration og læring fra andre MDT-konferencer en undtagelse.

Et potentielt yderligere kvalitetsudviklingspotentiale kunne også ligge i at afholde en POST-terapeutisk MDT-konference for patienter med f.eks. uventet tidligt recidiv eller uventet resultat af behandling mhp at styrke læringen derved, at MDT-konferencens deltagere opdateres på, om den beslutning, man tog om behandlingstilbud, førte til det tilsigtede resultat.

Samtidig med alt ovenstående må også konstateres, at DLCCG på nuværende tidspunkt ikke i retningslinje har defineret, hvorledes en MDT-konference konkret bør afholdes, ligesom det ikke i retningslinje konkret er angivet hvilke spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen, eller hvilke oplysninger, der skal foreligge om patienten, før diskussion på MDT-konference.

Det er heller ikke konkret i retningslinje angivet, hvorledes patientens præferencer eller eventuelle somatiske eller psyko-sociale komorbiditeter inddrages i beslutningerne på MDT-konferencen. Dette til trods angiver 69% af MDT-konferencerne, at patienternes præferencer helt eller delvist inddrages i diskussionen på konferencen.

December 2022

*Torben Riis Rasmussen*  
*Formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe*

1. DMCG Gruppenavn: Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG)

## 2. MDT-konferencens hjemsted (hospital):

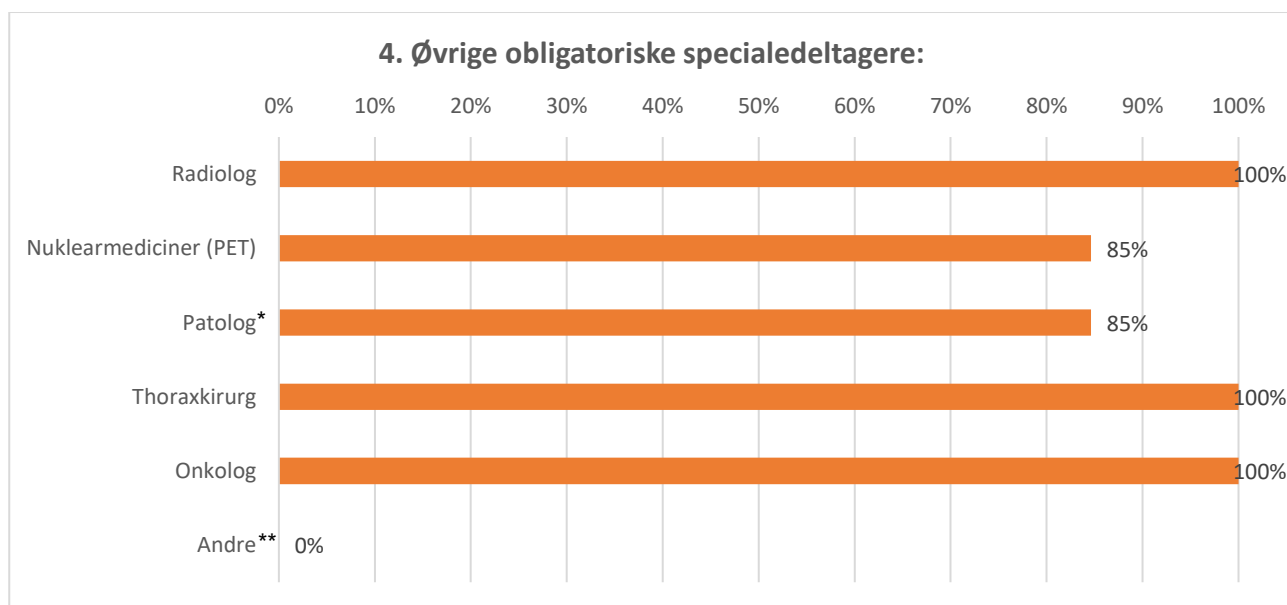
Der er besvarelser fra samtlige 13 lungecancer-MDT-konferencer fordelt over hele landet:

1. Aalborg
2. Århus
3. Randers
4. Viborg
5. Silkeborg
6. Gødstrup
7. Vejle
8. Aabenraa
9. Odense
10. Næstved
11. Roskilde
12. Bispebjerg
13. Gentofte

## 3. Hvilket speciale har hovedansvar for præsentationen på MDT-konferencen?

For alle 13 MDT-konferencer er det den deltagende lungemedicinske afdeling, som har hovedansvaret for fremlæggelsen af patienten på MDT-konferencen.

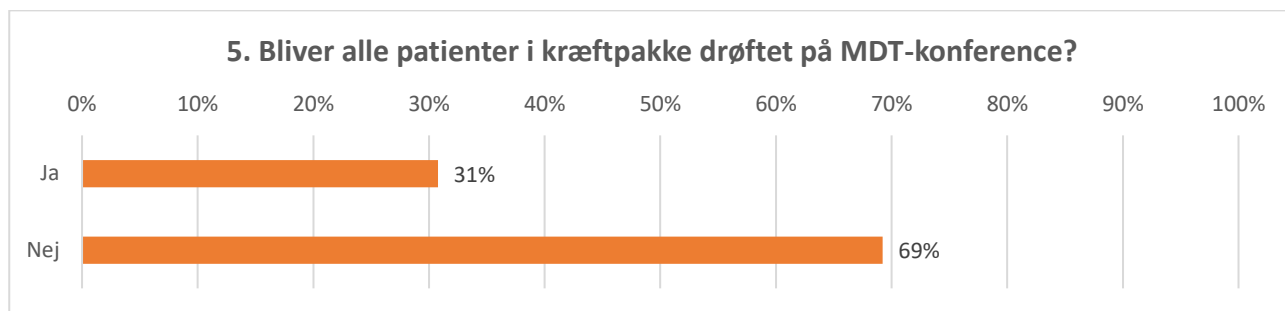
## 4. Angiv øvrige obligatoriske specialedeeltagere:



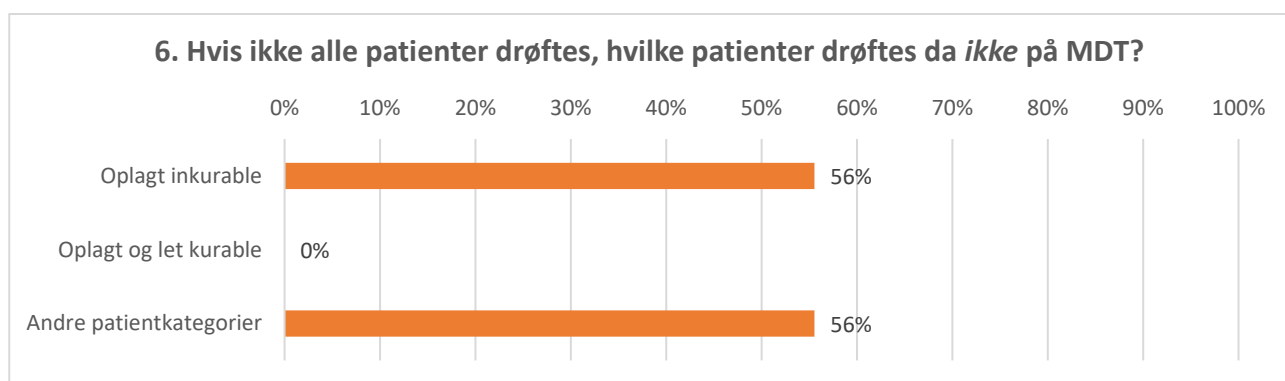
\*) 2 MDT-sites angiver at måtte undvære deltagelse af patolog pga mangel på patologer i regionen.

\*\*\*) 3 MDT-sites oplyser tillige om deltagelse af sgpl., sekr. og lejlighedsvist molekylærbiolog

### 5. Bliver *alle* patienter i kræftpakke drøftet på MDT-konferencen?

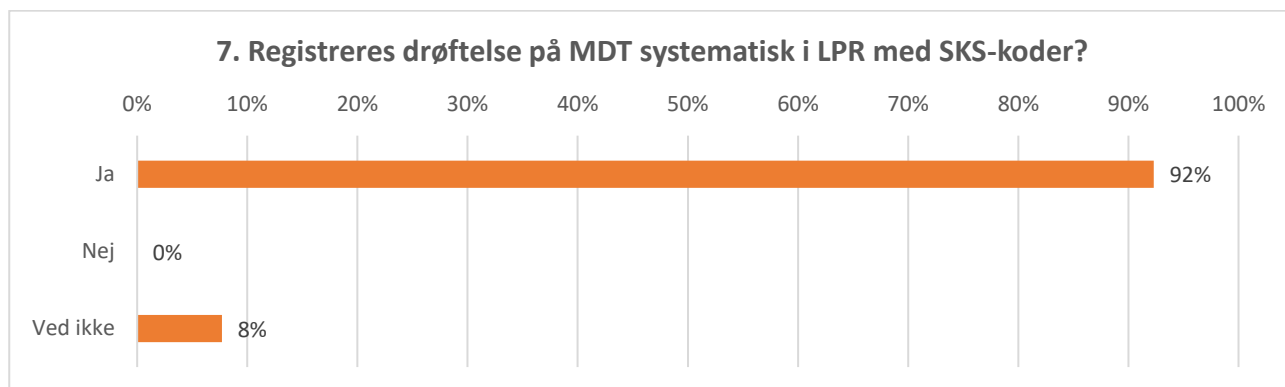


### 6. Hvis ikke *alle* patienter drøftes, hvilke patienter drøftes da *ikke* på MDT?

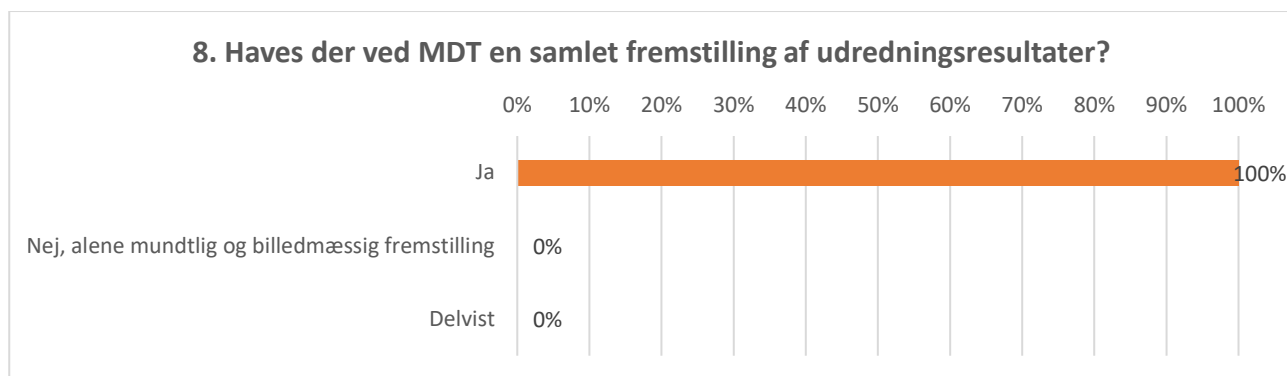


Note: Besvaret af de 9 MDT (69%), som angav *ikke at drøfte alle* patienter på MDT. En har angivet 2 patientkategorier (= 10 svar fra 9)

### 7. Registreres drøftelse på MDT-konferencen systematisk i LPR med SKS-koder?

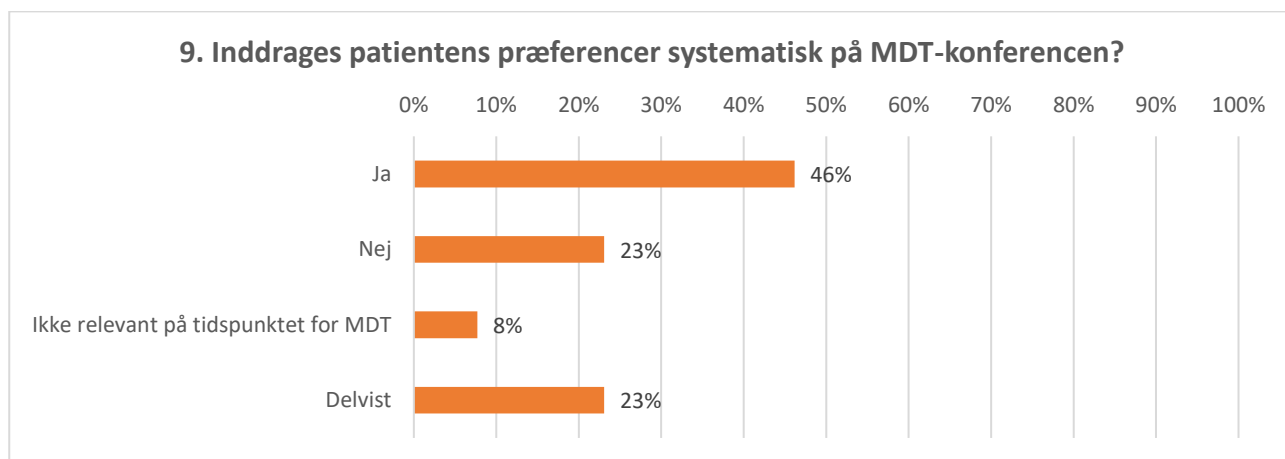


**8. Haves der ved MDT-konferencen en samlet skriftlig fremstilling (på papir eller digitalt) af patientens udredningsresultater?**

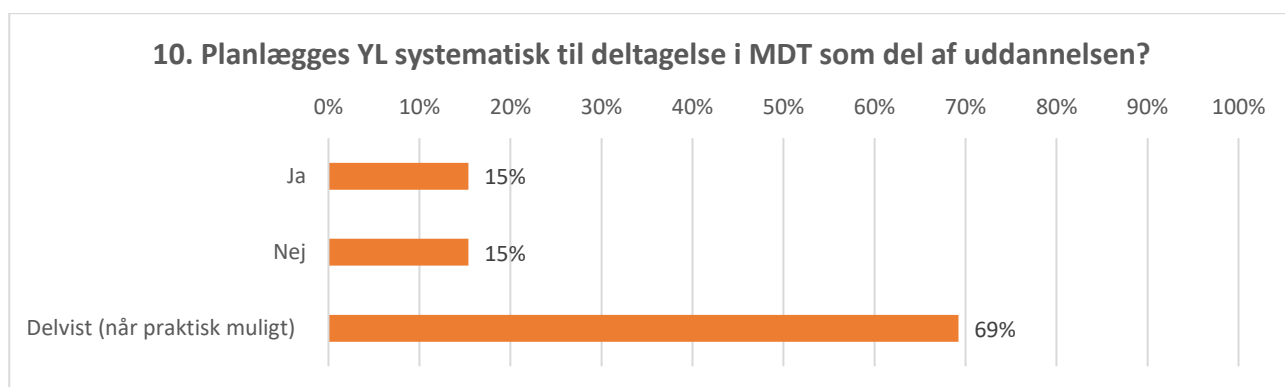


Note: Manglende svar fra én. Ovenstående således på svar fra 12 MDT-sites.

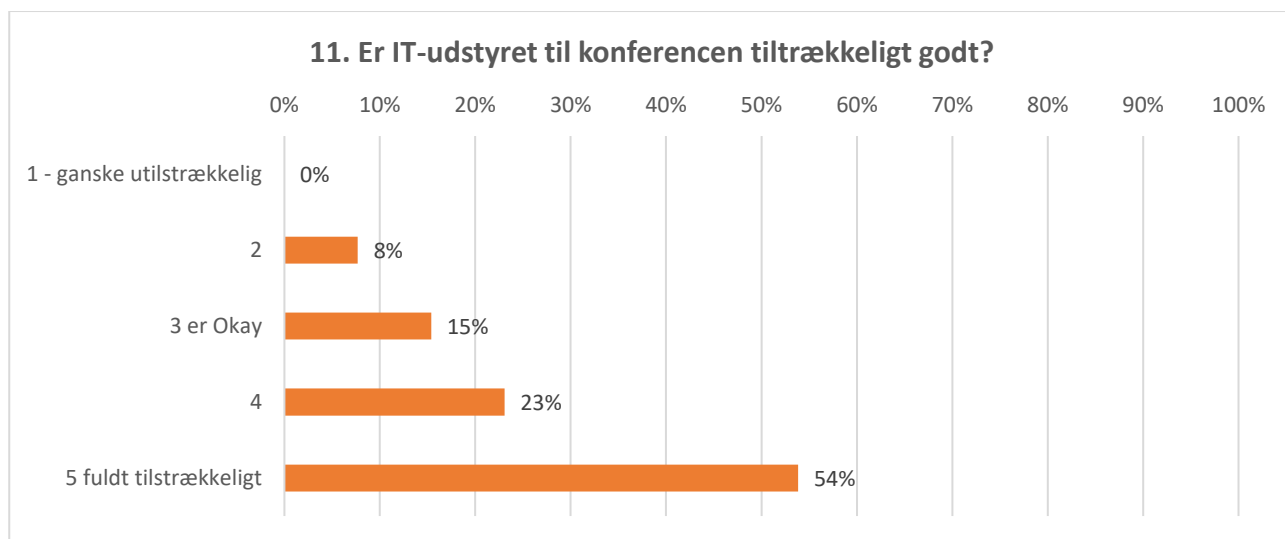
**9. Inddrages patientens præferencer systematisk i diskussion og beslutning på MDT-konferencen?**



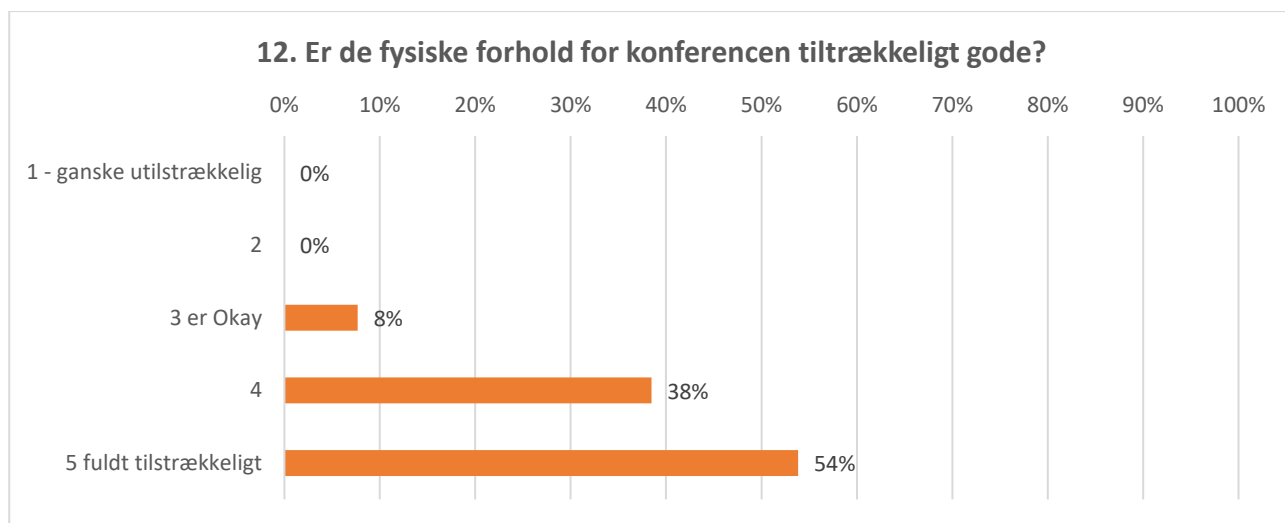
**10. Planlægges YL systematisk til deltagelse i MDT-konferencen som del af deres uddannelse?**



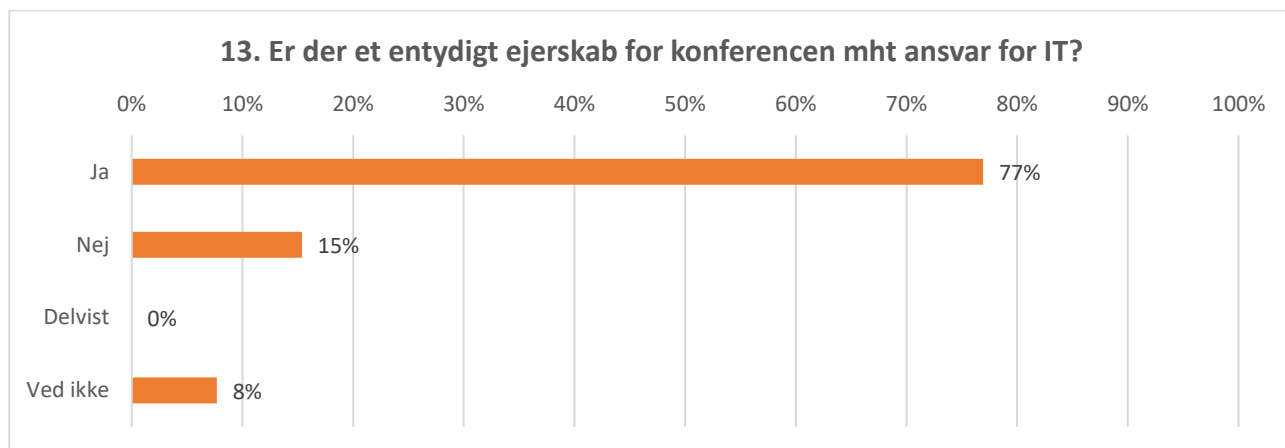
**11. Er IT-udstyr til afholdelse af konferencen tiltrækkeligt? – angiv på en skala fra 1 – 5, hvor 1 er ganske utilstrækkeligt og 5 er fuldt tilstrækkeligt.**



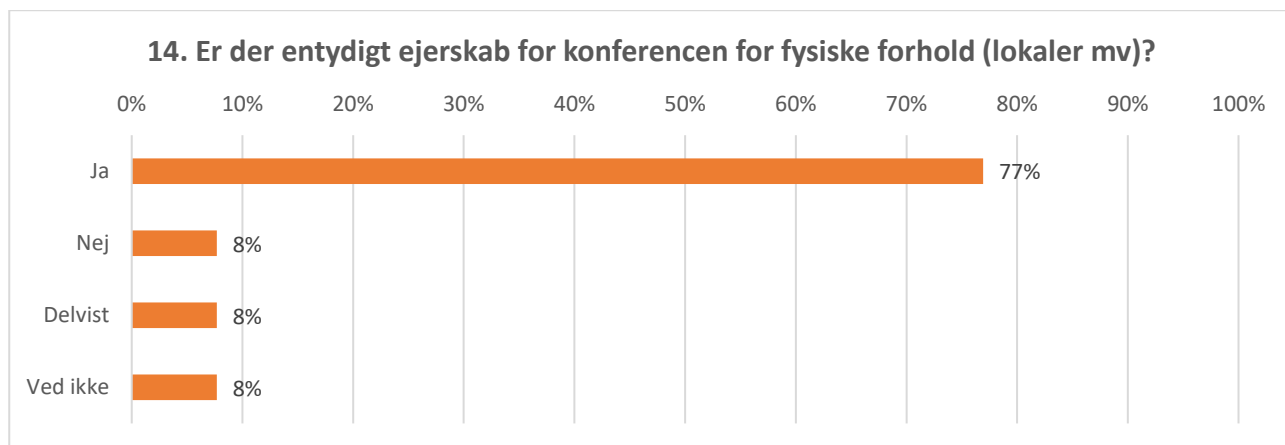
**12. Er de fysiske forhold for afholdelse af konferencen tiltrækkeligt? – angiv på en skala fra 1 – 5, hvor 1 er ganske utilstrækkeligt og 5 er fuldt tilstrækkeligt.**



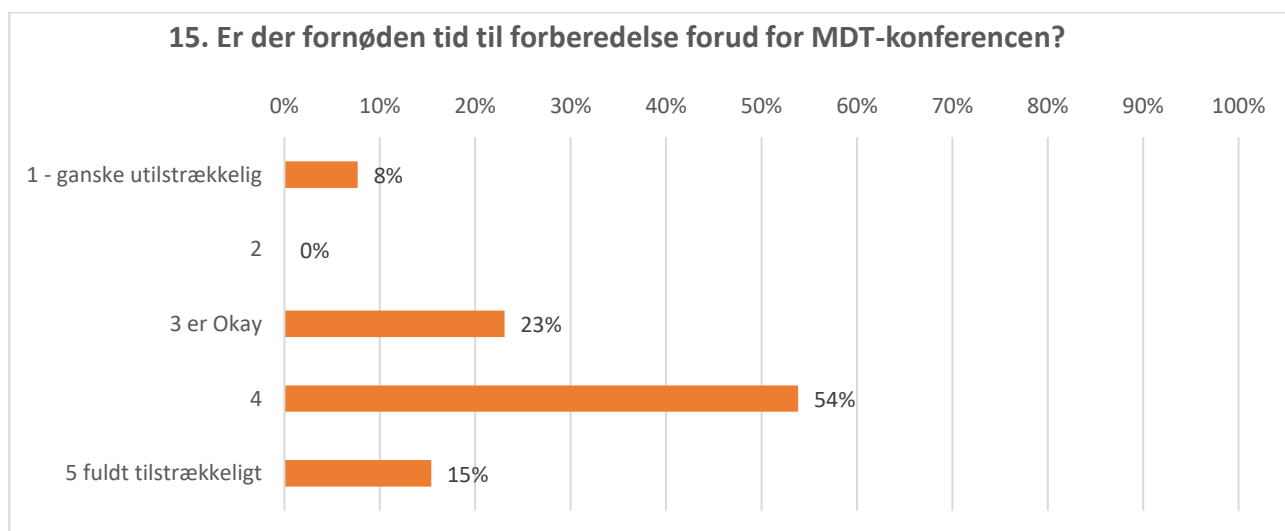
**13. Er der et entydigt ejerskab for konferencen for placering af ansvar for IT?**



**14. Er der et entydigt ejerskab for konferencen for placering af ansvar for fysiske forhold (lokaler mv)?**



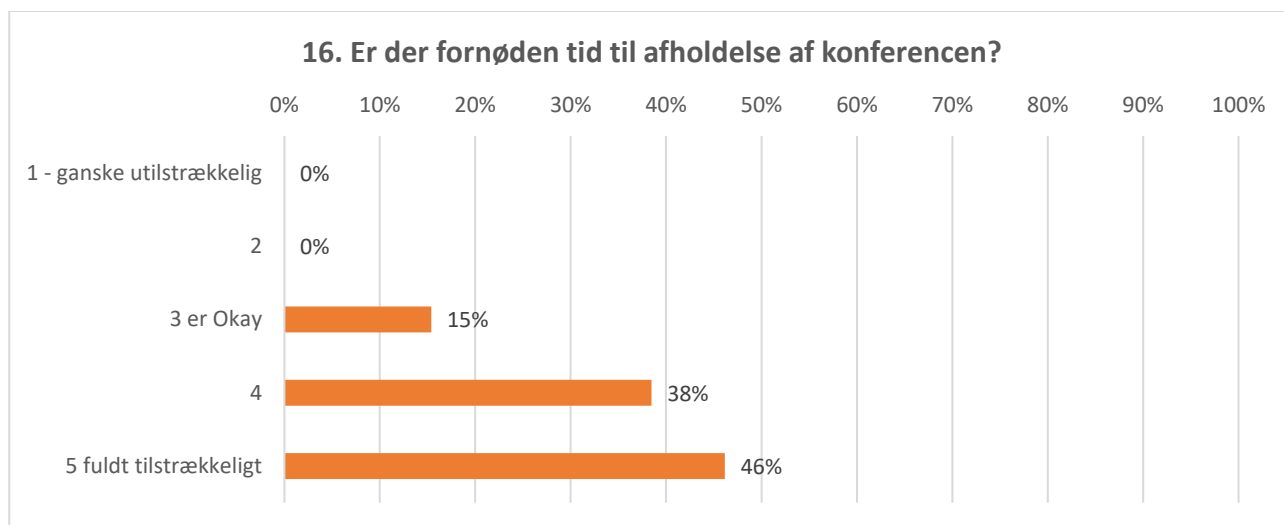
**15. Er der generelt for deltagerne i konferencen fornøden tid til forberedelse forud for MDT-konferencen?**  
– angiv på en skala fra 1 – 5 hvor 1 er ganske utilstrækkeligt og 5 er fuldt tilstrækkeligt.



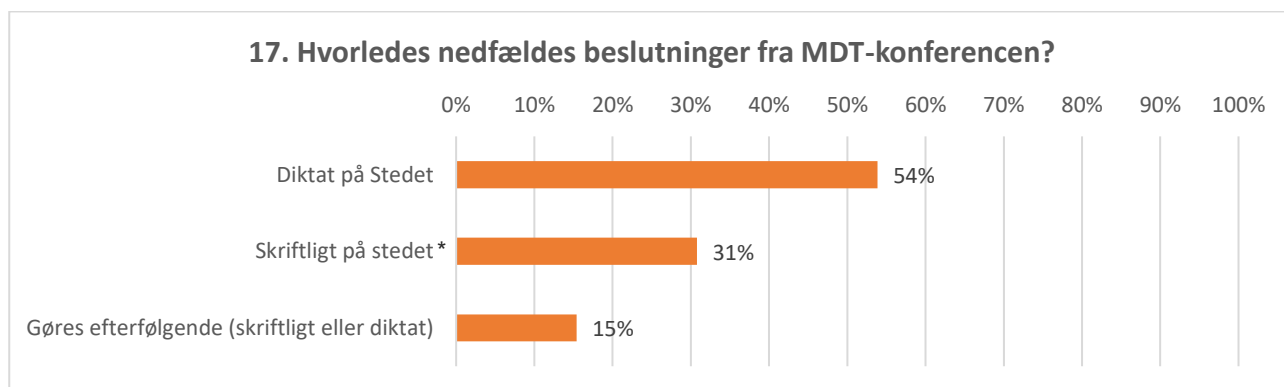


### 16. Er der **fornøden tid til afholdelse af konferencen?**

– angiv på en skala fra 1 – 5 hvor **1 er ganske utilstrækkeligt og 5 er fuldt tilstrækkeligt.**

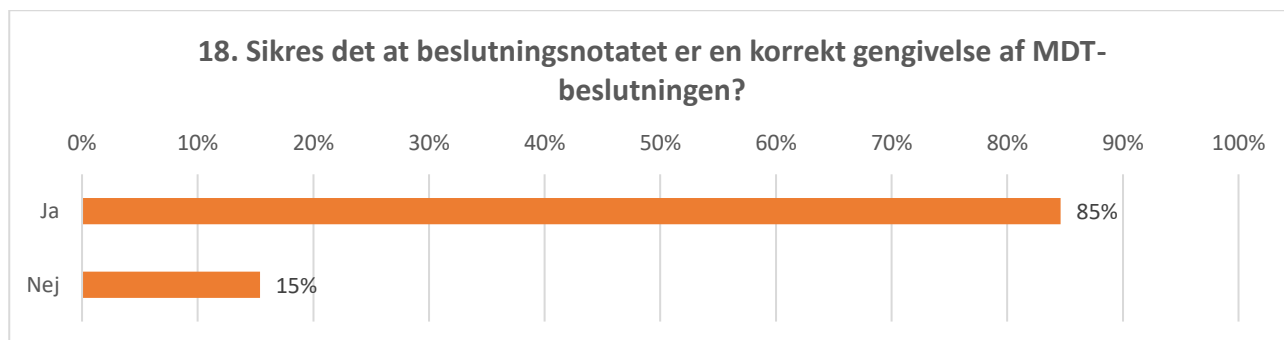


### 17. **Hvorledes nedfældes beslutninger fra MDT-konferencen?**

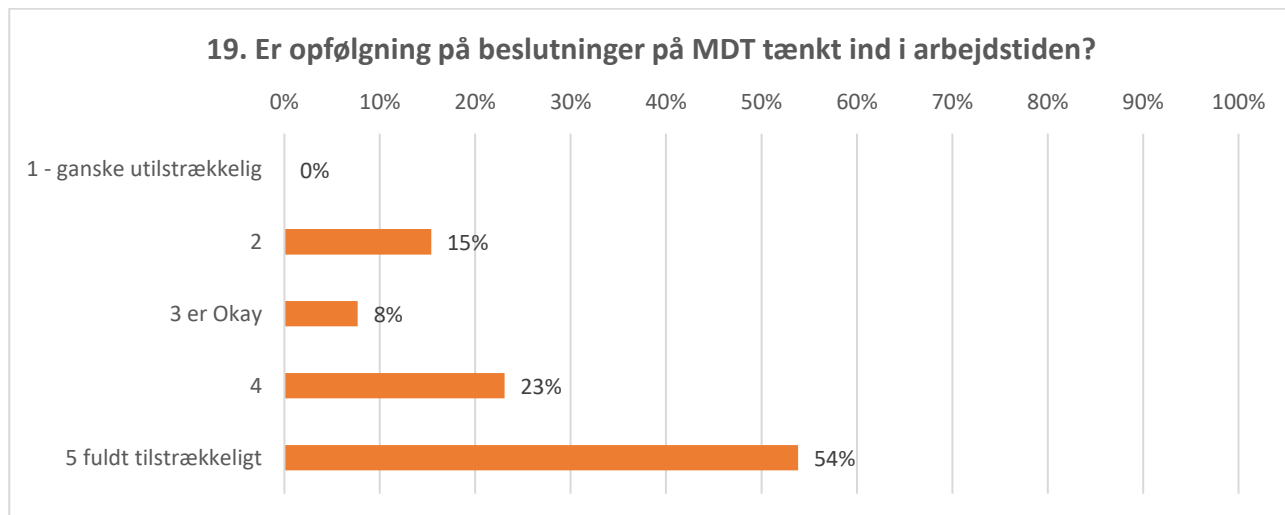


\*) En angiver, at der sker via sekretær.

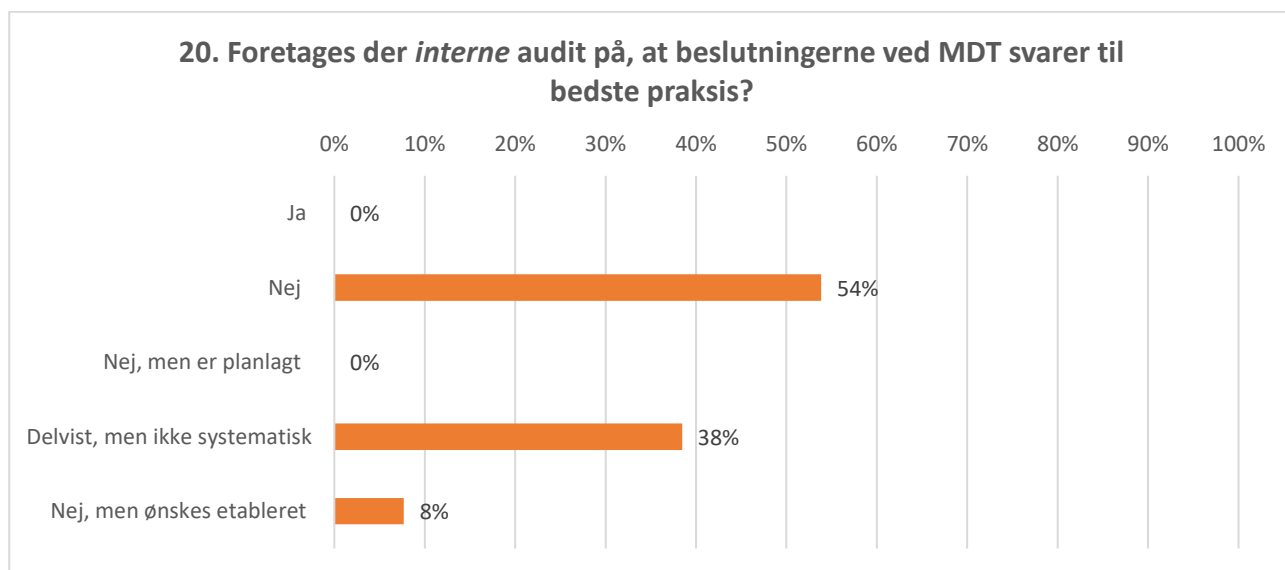
### 18. Sikres / kontrolleres det systematisk, at **beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen?**



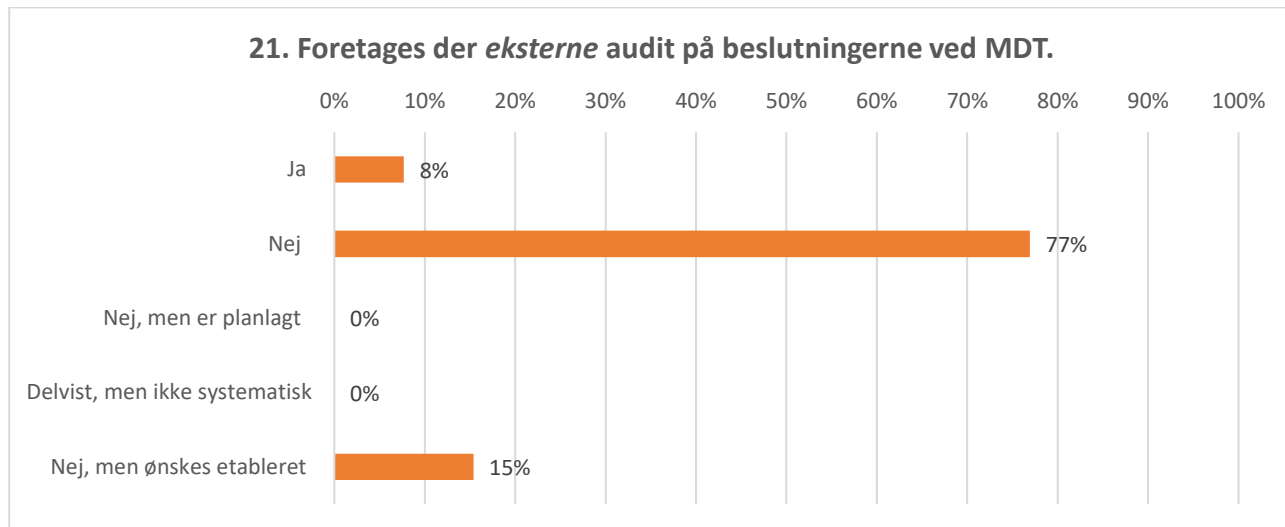
**19. Er opfølgning på beslutninger på MDT-konferencen, såsom bestilling af eventuelle supplerende undersøgelser eller svar til patienter, tænkt ind i arbejdstiden?**  
Angiv på en skala fra 1 - 5 hvor 1 er ganske utilstrækkeligt og 5 er fuldt tilstrækkeligt.



**20. Foretages der *interne* (i egen MDT-konferenceregi) audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis/er i overensstemmelse med opdateret retningslinje?**



**21.** Foretages der *eksterne audit* på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis/er i overensstemmelse med opdateret retningslinje – **fx ved at lade en anden MDT revurdere en stikprøve af cases uden kendskab til tidligere MDT's vurdering og beslutning** ift diagnose, TNM-kategorier og behandlingstilbud?



**22.** Afholdes der *site-visits* ved andre MDT-konferencer mhp erfaringsudveksling?

