

Beslutninger i tverrfaglige team for gastrokirurgiske kreftpasienter: Behandlingsvedtak og utført behandling

Femteårsoppgave ved medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø.

Av medisinstudent Steinar Kristiansen, kull 2007

Veileder førsteamanuensis Dr. Med Kristoffer Lassen

Februar 2012, Tromsø

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag	4
Introduksjon	6
Bakgrunn	8
Metode	12
<u>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</u>	13
Resultater	17
Tabell 1 – Pasientkarakteristika	18
Tabell 2 – Behandlingsbeslutninger fattet i tverrfaglige møter	20
Diskusjon	21
Kildehenvisning	25

Sammendrag

Bakgrunn. Pasienter med kreft i øvre GI-traktus er en heterogen gruppe pasienter som ofte krever multimodal behandling. I de siste årene har det ved flere sykehus blitt vanlig å drøfte behandlingsoalternativer og å fastslå behandlingsplan i tverrfaglige team der gastrokirurger, radiologer, onkologer, patologer og eventuelt indremedisinere er til stede. Dette er en del av en internasjonal trend samt anbefalt i nasjonale retningslinjer av Norsk Gastrointestinal Cancergruppe (NGICG). Denne studien sammenligner retrospektivt behandling anbefalt av et tverrfaglig team med senere mottatt behandling hos pasienter med kreft i øvre GI-traktus og lever-/pancreas- og galleveisgebetet (hepato-, pancreas- biliary, HPB) ved Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden 2008-2009.

Materiale og metode. Pasienter med kreft eller mistanke om kreft i øvre GI-traktus drøftet i tverrfaglige møter ved UNN-Tromsø i perioden 2008-2009 ble retrospektivt identifisert og analysert ved bruk av interne journalsystemer (DIPS). Det ble registrert i hvor stor grad tverrfaglige kliniske beslutninger ble implementert i pasientenes senere behandling ved å følge dem i sykehusets journalsystem. Der behandling eller diagnostikk foreslått av tverrfaglig team ikke ble innført, ble årsaken til dette registrert.

Resultater. Fra januar 2008 til desember 2009 ble 297 pasienter med verifisert eller mistenkt kreft i øvre GI-traktus/HPB vurdert i tverrfaglige møter ved UNN-Tromsø. Disse utgjorde grunnlaget for totalt 335 tverrfaglige kliniske beslutninger – enkelte pasienter ble drøftet flere ganger. Hos disse pasientene var vanligste diagnoser levermetastase, pankreascancer og ventrikkelcancer. Tverrfaglige kliniske beslutninger var journalført hos 245 av disse (74%), hvorav 217 ble inkludert i studien.

For disse 217 beslutningene var det samsvar mellom tverrfaglige beslutninger og faktisk mottatt behandling i 92% av tilfellene (200/217), mens det var uoverensstemmelse i de resterende 8% (17/217). Vanligste årsak til at tverrfaglige kliniske beslutninger ikke ble innført i senere behandling var at en annen behandler i etterkant av møtet besluttet at pasienten skulle motta en annen behandlingsform enn den som var foreslått.

Fortolkning. De kliniske beslutningene fattet i et tverrfaglig team ved gastrokirurgisk avdeling UNN-Tromsø ser i stor grad ut til å bli innført i senere behandling og diagnostikk. Imidlertid er kun 74% av vedtakene journalført ved sykehusets journalsystem i etterkant av møtene, slik at det i ettertid er vanskelig å evaluere hvorvidt tverrfaglige beslutninger ble førende for senere behandling eller diagnostikk.

Hovedbudskap

Kliniske beslutninger fattet i tverrfaglige møter ved en gastrokirurgisk avdeling i Norge blir i stor grad implementert som planlagt. Beslutningene fattet i de tverrfaglige møtene journalføres sannsynligvis ikke godt nok for alle pasienter.

Introduksjon

Vurdering og planlegging av behandling av øvre gastrointestinal (GI) og lever/galle/pankreaskreft (HPB) i tverrfaglige team har utviklet seg til å bli en veletablert norm (1, 2, 3). Dette gjelder ikke bare disse kreftsykdommene, men også generelt i all kreftkirurgisk behandling (4). Multimodal behandling innebærer å benytte seg av ulike behandlingsmodaliteter i behandlingen av én og samme kreftsykdom. Dette kan innebære, og ofte være en kombinasjon av, kirurgisk behandling, kjemoterapeutisk behandling eller stråleterapi. I diagnostikken av kreftsykdom har tverrfaglighet blitt sentralt, idet de diagnostiske mulighetene stadig blir utvidet. Eksempelvis vil utredningen av en typisk kreftpasient i dag involvere radiologer, patologer, kirurger og onkologer.

Fordi tverrfaglig behandling innebærer flere ulike behandlere så vel som diagnostikere, er det viktig å forsøke å samordne disse, slik at utredning og behandling blir så effektiv og entydig som mulig. Dette har blitt forsøkt oppnådd ved å innføre tverrfaglige møter, hvor leger med ulike spesialiteter sammen enes om veien videre for den enkelte pasient. På slike møter presenteres den enkelte pasients sykehistorie og eventuell diagnostikk (radiologi, histologi) hvorpå en beslutning om videre behandling eller diagnostikk tas, presumtvt etter diskusjon. På den måten ønsker en å sikre at behandlere med ulik ekspertise sammen finner den beste veien videre med tanke på utredning eller behandling. Dette kan i dag være vanskelig for den enkelte behandler fordi behandlingsmulighetene er blitt stadig flere og mer komplekse. Eksempelvis kan det av og til være vanskelig for en onkolog å vurdere hvorvidt en pasient egner seg for kirurgi eller ikke, og også vanskelig for en kirurg å velge mellom ulike typer stråle- eller kjemoterapi.

Man vet imidlertid lite om i hvor stor grad avgjørelsene som blir fattet på de tverrfaglige møtene blir fulgt opp i praksis. En kan anta at avgjørelsene har en viss autoritet fordi det er stor faglig kompetanse samlet på slike møter. Videre er møtene ressurskrevende da de krever tilstedeværelse av et stort antall fagpersoner. Likevel er det gjort lite forskning – særlig i Norge – på i hvor stor grad konklusjonene fra disse møtene implementeres i praksis.

I denne oppgaven undersøkte jeg tverrfaglige møter ved gastrokirurgisk avdeling UNN-Tromsø, såkalte "kreftmøter". Disse foregår ukentlig og inkluderer patolog, radiolog, gastrokirurger og onkologer. Målet med oppgaven er å vurdere nytteverdien av disse møtene ved å se i hvilken grad konklusjonene faktisk innføres i pasientens senere behandling.

For å ha et relevant sammenligningsgrunnlag har jeg i tillegg foretatt en litteraturanalyse av aktuell litteratur som omhandler tverrfaglig behandling generelt, men spesielt av gastrointestinal kreft. Denne presenteres kort i oppgavens bakgrunnsdel.

Bakgrunn

Multimodal behandling av gastrointestinal kreft er vanlig i Norge, og er i tillegg anbefalt i nasjonale retningslinjer (9, 11). Det finnes norske studier som konkluderer med at tverrfaglig behandling for enkelte øvre gastrointestinale krefttyper er viktig (11, 12, 13).

Definisjonsmessig kan man med multimodal behandling mene behandling som involverer ulike behandlingsmodaliteter, eksempelvis kirurgisk behandling og kjemoterapi. Med behandling vedtatt i tverrfaglige møter, mener man at behandlingsstrategien er lagt opp i et samarbeid mellom ulike legespesialister.

Selv om det er utbredt praksis at vedtakene om behandling fattes i tverrfaglige team med flere ulike legespesialister til stede, er det gjort lite forskning i Norge som forsøker å evaluere disse møtene.

Internasjonal forskning som søker å evaluere effekten eller nytteverdien av å holde tverrfaglige møter kan i denne sammenhengen i hovedsak todeles ut fra hvilke endepunkter som vurderes; 1) Studier som evaluerer hvorvidt tverrfaglige møter eller behandling påvirker pasientutkomme i forhold til mortalitet eller morbiditet, og; 2) studier som evaluerer nytteverdien av de tverrfaglige møtene, det vil si hvor stor betydning de har for pasientenes kliniske forløp med tanke på diagnostikk og behandling - altså i hvor stor grad vedtak fra møtene implementeres i praksis.

Det foreligger lite evidens og få studier som ser på forbedringer i pasientutkomme eller pasientbehandling i form av mortalitet eller morbiditet etter drøfting i tverrfaglige team sammenlignet med pasientutkomme ved institusjoner hvor tverrfaglige møter ikke finner sted.

En hovedårsak til dette kan være at det samtidig med utstrakt bruk av tverrfaglige beslutningsteam i det siste tiåret har blitt gjort betydelige fremskritt på andre områder som har betydning for behandling (5). Dette inkluderer fremskritt i diagnostikk, kirurgisk og medikamentell behandling, økt spesialisering, sentralisering og forbedrede fasiliteter. Videre ligger det en skjevhet i det faktum at tverrfaglige team er mest utbredt ved større sykehus.

Enkelte studier viser likevel at tverrfaglige møter er assosiert med økt overlevelse for kolorektal- (20) og øsophaguskreft (21), hode- og nakkekraft (22), lungekreft (23) samt brystkreft (24). En større oversiktsartikkel fra 2010 konkluderer imidlertid med at sterkere evidens burde foreligge fordi tverrfaglige arbeidsmetoder er ressurs- og tidkrevende, men sier samtidig at slik evidens vil være vanskelig å produsere fordi tverrfaglighet i så stor grad er integrert i moderne behandling (19). Det vil i så måte være vanskelig å identifisere forskjeller mellom tverrfaglig og ikke-tverrfaglig behandling gjennom evidensbasert forskning med endepunkter i form av mortalitet eller morbiditet.

Likevel er det bred enighet i fagmiljøet om at tverrfaglige møter og tverrfaglighet generelt har en sentral plass i kreftbehandlingen (1, 2, 9, 11, 19). Spesielt for avanserte kreftformer med dårlig prognose, der mange pasienter ikke vil ha nytte av kirurgisk behandling (eksempelvis ved pankreaskreft og levermetastaser) er det stor enighet om at tverrfaglighet er en viktig del av behandlingen (15, 16).

Studier som ser på nytteverdien av tverrfaglige møter - hvor andelen av tverrfaglige avgjørelser som er i overensstemmelse eller i uoverensstemmelse med mottatt behandling analyseres - er både mer frekvente i litteraturen og lettere å utføre.

I disse studiene beregner man typisk en prosentandel av pasientene hvor mottatt behandling ikke er i overensstemmelse med behandling planlagt av tverrfaglige team for så å analysere årsaker til dette. De analyserer i tillegg typisk karakteristika rundt de tverrfaglige møtene; hvilke spesialiteter som er representert, hvor ofte møtene avholdes og hvilken holdning ulike fagmiljø har til møtene (14).

Disse studiene konkluderer i all hovedsak med at avgjørelser fattet i tverrfaglige team i stor grad implementeres i senere behandling (7, 8, 18). Dette gjelder for flere ulike krefttyper, blant annet nedre gastrointestinal kreft (7), øvre gastrointestinal kreft (8) samt dermatologisk kreft (18). Grad av overensstemmelse (konkordans) og uoverensstemmelse (diskordans) beregnes i de nevnte studiene. Det foreligger konkordans i de tilfellene der tverrfaglig planlagt behandling implementeres i senere behandling og diskordans der den behandlingen som senere mottas ikke er den samme som den besluttet på det tverrfaglige møtet.

Blazeby og medarbeidere presenterte i 2006 et arbeid hvor 271 kliniske beslutninger fattet i tverrfaglig team ble vurdert for pasienter med kreft i øvre GI-traktus (8). De konkluderte med at det av 271 avgjørelser var 41 diskordante (15.1%). Med andre ord ble behandlingen foreslått av det tverrfaglige møtet ikke senere implementert i 15.1% av tilfellene. Forfatterne konkluderte også med at der hvor det forelå diskordans, var behandlingen alltid mer konservativ enn først foreslått av det tverrfaglige møtet. Wood og medarbeidere så i 2006 på 201 beslutninger fattet i tverrfaglig team for pasienter med kreft i nedre GI-traktus (7) og har der lignende konklusjoner: 10 % diskordans forelå. I begge disse studiene var hyppigste årsak til diskordans komorbiditet hos pasientene. Andre sykdommer og tilstander enn den aktuelle drøftet på tverrfaglig møte vanskeliggjorde altså planlagt behandling.

Et annet arbeide påpeker at de enkelte kasustikkene grad av kompleksitet, samt hvilke yrkesgrupper og spesialiteter som var representert var avgjørende for grad av diskordans. Det ble påpekt at pasientrelaterte forhold slik som komorbiditet og pasientenes egne ønsker i forhold til behandlingsalternativer, som ofte er avgjørende for behandlingsforløpet, i større grad ble drøftet der hvor sykepleier deltok aktivt på møtene (6).

Metode

Det ble utført en gjennomgang av journalførte aktuelle pasienter i journalsystemet DIPS. Pasientgrunnet var pasienter drøftet i tverrfaglige team ved gastrokirurgisk avdeling, universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Pasientene ble identifisert fra arkiverte pasientlister fra de aktuelle møtene ved avdelingen. To års møteaktivitet ble valgt arbitrært (2008 og 2009). Pasientene ble gruppert i grupper etter kjønn, henvisningsgrunnlag (internt eller eksternt) og etter mistenkt eller verifisert diagnose. Disse var øsofaguskreft, ventrikkeltumor, pankreastumor, cystisk pankreaslesjon, primær leverkreft og sekundær leverkreft. Pasienter med andre diagnoser enn disse eller med ukjent eller diffust sykdomsbilde, ble ekskludert.

Der hvor det forelå journalførte tverrfaglige beslutninger i DIPS, ble beslutningene inndelt etter intensjon. Inndelingen inkluderte beslutninger med kurativ intensjon, palliativ intensjon og diagnostisk/utredende intensjon. Også pasienter hvor beslutningen var å avvete behandling av ulike årsaker ble inkludert (tabell 1). Faktisk behandling ble inndelt på samme måte. Årsak til diskordans ble registrert kvalitativt og fortløpende.

For de pasienter som av ulike årsaker måtte ekskluderes fra studien, ble årsaken til dette registrert.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Pasientgrunnlaget i denne studien er alle pasienter som har vært drøftet på tverrfaglige møter med diagnosene beskrevet nedenfor. En forutsetning for å bruke disse pasientene som grunnlag, er at det foreligger et notat fra tverrfaglig møte hvor både diagnose og planlagt behandling har vært registrert.

For at dette materialet skulle bli benyttet i denne studien, måtte notatet ha en tydelig konklusjon som lot seg kategorisere i forhold til en av de nevnte intensjonene (kurativ, palliativ, diagnostisk eller avventning). Pasienter som ble sendt til utredning eller til behandling ved andre sykehus enn UNN-Tromsø ble ekskludert. Unntatt fra dette er pasienter som ble sendt til andre sykehus for utvidet diagnostikk (eksempelvis PET-scan) der hvor dette er dokumentert i journalsystemet ved UNN. Antall pasienter som ble sendt til retur, som det ikke ble fattet noen vedtak på eller hvor mistanke om behandlingskrevende sykdom viste seg ikke å være berettiget, ble registrert men ikke fulgt videre opp.

Inklusjonskriterier

Pasienter som har vært søkt til behandling ved gastrokirurgisk avdeling, UNN-Tromsø i årene 2008 og 2009 og som har

1) Vært til vurdering i tverrfaglig gruppe med en av følgende diagnoser;

- Øsofaguskreft
- Ventrikkeltumor
- Pankreastumor
- Cystisk pankreaslesjon
- Primær leverkreft
- Sekundær leverkreft

Og som

2) Har hatt en tverrfaglig vurdering med en eller flere av følgende konklusjoner:

- Kurativ intensjon
 - o Primær kirurgi
 - o Neoadjuvant behandling og kirurgi
 - o Definitiv kjemoterapi og/eller stråleterapi
- Palliativ intensjon
 - o Palliativ onkologisk behandling
 - o Palliativ kirurgi
- Diagnostisk intensjon
 - o Radiologisk utredning
 - o Kirurgisk-histologisk utredning (inkluderer biopsitakning)
- Behandling avventes
 - o Pasienten innkalles til senere poliklinisk kontroll

Eksklusjonskriterier

- Pasienter med diffuse/uavklarte diagnoser
- Pasienter med sjeldne krefttyper i overfornevnte organ (eksempelvis insulinom)
- Pasienter som ikke mottar behandling ved UNN
- Pasienter hvor tverrfaglig avgjørelse eller behandling ikke gjenfinnes i journal (DIPS)
- Pasienter hvor tverrfaglig avgjørelse er journalført men uten at noe vedtak om videre utredning eller behandling gjenfinnes.
- Pasienter hvor opprinnelig mistenkt diagnose senere ble avkreftet ("falsk alarm").

Der det forelå tvil om hvorvidt pasienter skulle inkluderes eller ekskluderes, ble pasientene drøftet med veileder. Pasienter som har vært til diagnostikk eller utredning ved andre sykehus enn UNN-Tromsø ble inkludert der slik aktivitet var registrert i journalsystemet ved UNN-Tromsø.

Det ble beregnet at man trengte et grunnlag på 300 avgjørelser ved styrkeberegning der man på forhånd regnet med 15% uoverensstemmelse (diskordans) totalt og at 50% av gjennomgåtte pasienter ville tilfredsstille inklusjonskriteriene. Antall tilfeller hvor mottatt behandling er i uoverensstemmelse med planlagt behandling ble sammenlignet med totale antall vurderinger (rate) og en prosentandel ble slik estimert. Andel avgjørelser i uoverensstemmelse ble estimert med et nøyaktig binominalt konfidensintervall beregnet for proporsjoner.

Statistikk

Det ble beregnet binominale konfidensintervall i prosentandeler for proporsjoner for alle relevante funn. Det ble også utført binominale regresjonsanalyser for nominale data med konkordans/diskordans som eneste avhengige variabel og samtlige andre parametere satt opp som uavhengige variabler. Resultater fra regresjonsanalysene er ikke tatt med i denne oppgaven, da man ikke fant signifikans eller grenseverdier til signifikans for noen verdier grunnet for lavt antall studiedeltakere.

Etikk

Studien ble søkt til godkjenning av regional etisk komité (REK) hvor man konkluderte med at studien kunne gjennomføres ut fra deres retningslinjer men at den ikke krevde noen godkjenning fra REK da den var intern for avdelingen og en kvalitetssikringsstudie. Dette på tross av at studien også benyttes som femteårsoppgave. Pasientvernombudet ved UNN-Tromsø ble også underrettet om studien.

Resultater

Totalt 335 beslutninger basert på 295 pasienter ble vurdert, men blant disse fant man journalførte tverrfaglige konklusjoner for bare 245 av pasientene. Av disse 245 avgjørelsene, ble ytterligere 28 pasienter ekskludert fordi det ved grundigere gjennomgang av pasientenes sykehistorie viste seg at de ikke svarte til inklusjonskriteriene. Av de totalt 118 ekskluderte pasientene, var hyppigste eksklusjonsårsak ikke gjenfunnet journalnotat fra tverrfaglig møte (77 %). Pasientlister fra tverrfaglige møter for til sammen 16 uker, 15 fra 2008 og én fra 2009, lot seg ikke fremskaffe. Disse pasientene ble derfor ekskludert fra studien.

217 beslutninger utgjorde til slutt grunnlaget for studien, og man gjenfant tverrfaglige konklusjoner i journalsystemet for egnede pasientgrupper for samtlige av disse.

Pasientkarakteristika gjenfinnes i tabell 1.

Det var flere konklusjoner fra tverrfaglige møter som anbefalte kurativ enn palliativ behandling (40 % kurativ og 22% palliativ). Kurativ behandling som tverrfaglig konklusjon var hyppigst for pasienter med ventrikkeltumor (57 %) og mest sjelden for pasienter med pankreastumor (39 %). De hyppigste diagnosene for vurderte pasienter var sekundær leverkreft (31 % av alle diagnosene) og primær pankreastumor (26%). Pankreastumorer viste seg nesten alltid å være primære maligne adenocarcinom.

De fleste pasientene (56 %) var interne pasienter ved sykehuset, det vil si at de kom via egen poliklinikk eller henvist fra andre avdelinger på samme sykehus mens de resterende 44% var eksterne, det vil si at de var henvist til UNN fra andre sykehus eller andre klinikker og ble vurdert i tverrfaglig møte uten å ha gått via poliklinikk ved UNN.

Tabell 1 – Pasientkarakteristika

<i>Gjennomsnittsalder, år (bredde)</i>	67 (21-87)	
Variabel	Antall	Prosentandel
Totalt	217	100%
<i>Kjønn</i>		
Menn	127	58%
Kvinner	90	42%
<i>Henvisningsgrunnlag</i>		
Internt	122	56%
Eksternt	95	44%
<i>Diagnoser</i>		
Øsofaguskreft	31	14%
Ventrikkelkreft	47	21%
Pankreaskreft	56	26%
Cystisk pankreaslesjon	14	6%
Primær levertumor	4	2%
Sekundær levertumor	69	31%
<i>Tverrfaglig planlagt behandling</i>		
<i>Kurasjon, totalt</i>	87	40%
Primær kirurgi	65	
Neoadjuvant behandling fulgt av kirurgi	22	
Definitiv onkologisk behandling	0	
<i>Palliasjon, totalt</i>	48	22%
Palliativ onkologisk behandling	35	
Palliativ kirurgi	13	
<i>Diagnostikk, totalt</i>	66	31%
Radiologisk	31	
Kirurgisk	24	
Både radiologisk og kirurgisk	11	
<i>Videre henvisning/avventer</i>	16	7%

Tabell 1. Oversikt over registrerte pasientkarakteristika for alle inkluderte pasienter i antall og prosentandel.

Av de 217 tverrfaglige beslutningene, var det 17 (8 %, 95 % KI 4.4% - 11.6%) som ikke ble implementert (diskordans). Uoverensstemmelse (diskordans) besto nesten alltid i at pasientene mottok mer konservativ behandling enn den opprinnelig anbefalt; av 7 pasienter hvor kurativ behandling ble anbefalt, mottok alle i stedet palliativ behandling.

Når man senere så på årsakene til uoverensstemmelse (diskordans) viste det seg at det i 5 tilfeller (29 %) var på grunn av at pasientens kliniske eller diagnostiske bilde endret seg i etterkant av det tverrfaglige møtet. Eksempler på dette er forverring av klinisk tilstand i så stor grad at kirurgi ikke ble et egnet alternativ eller funn på bildediagnostikk i etterkant av møtet.

I 4 tilfeller (23 %) fant man intraoperativt forhold som kontraindiserte videre kirurgi (eksempelvis metastasert sykdom), i 3 tilfeller (18 %) skyldtes uoverensstemmelsen at en annen behandler senere avgjorde en annen behandlingsform enn den anbefalt, i 3 tilfeller (18 %) fant man ingen journalført årsak og i 2 tilfeller (12 %) døde pasientene etter tverrfaglig møte men før behandling kunne innføres.

Uoverensstemmelse var hyppigst blant de mest prevalente diagnosene. For pasienter med ventrikkeltumor ble anbefalt behandling ikke implementert (diskordans) for 11% av pasientene (95% KI 2.2% - 19.8%), mens det samme gjaldt for 10% (95% KI 2.9% - 17.1%) av pasientene med sekundær leverkreft. Høyest grad av diskordans hadde pasienter med cystisk pankreaslesjon (29 %, 95% KI 5.4 - 52.6%). Disse utgjorde dog en liten gruppe på bare 14 pasienter (6,5 %).

Tabell 2 – Behandlingsbeslutninger fattet i tverrfaglige møter

	n	Konkordans (95% KI %)	Diskordans (95% KI %)
<i>Totalt</i> (%)	217	200 92% (88.4 - 95.6)	17 8% (4.4 – 11.6)
<i>Kjønn</i>			
Menn (%)	127	116 91% (86.1 – 96.0)	11 9% (4.1 – 13.9)
Kvinner (%)	90	84 93% (87.8 – 98.2)	6 7% (1.8 – 12.2)
<i>Behandlingsforslag</i>			
Kurasjon (%)	87	80 91% (86.3 – 97.7)	7 9% (2.3 – 13.)
Palliasjon (%)	48	44 92% (84.2 – 99.8)	4 8% (0.2 – 15.8)
Diagnostikk (%)	66	60 91% (84.1 – 97.9)	6 9% (2.1 – 15.2)
Henvising (%)	16	16 100%	0 0%
<i>Diagnoser</i>			
Øsofaguskreft (%)	31	30 97% (90.8 – 100)	1 3% (0 – 9.2)
Ventrikkeltumor (%)	47	42 89% (80.2 – 97.8)	5 11% (2.2 – 19.8)
Pankreastumor (%)	56	52 93% (86.3 – 99.7)	4 7% (0.3 – 13.7)
Cystisk pankreas- lesjon (%)	14	10 71% (47.4 – 94.6)	4 29% (5.4 – 52.6)
Primær lever- kreft (%)	4	4 100%	0 0%
Sekundær leverkreft (%)	69	62 90% (82.9 – 97.1)	7 10% (2.9 – 17.1)

Tabell 2. Oversikt over grad av overenstemmelse mellom behandling/diagnostikk anbefalt av tverrfaglig møte og faktisk mottatt behandling/diagnostikk inndelt etter kjønn, behandlingsforslag og diagnoser angitt i antall og prosentandel. Der hvor anbefalt og mottatt behandling er den samme, foreligger konkordans. Der hvor mottatt behandling/diagnostikk ikke samsvarer med den anbefalt av tverrfaglig møte, foreligger diskordans. Tabellen viser grad av overensstemmelse for hele studiegruppen men også innenfor enkeltgrupper inndelt etter kjønn, behandlingsmodalitet og diagnose. Grad av implementering er angitt i prosent og i uthevet skrift.

Diskusjon

Tverrfaglige møter er sentrale i å yte god kreftbehandling, men har på nasjonal basis i liten grad vært kritisk vurdert. Denne studien viser at 8 % (95 % KI 4.4 % – 11.6 %) av behandlingsavgjørelsene tatt i tverrfaglige møter på gastrokirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge ikke ble implementert i senere behandling. Dette er et tall som er noe lavere enn det man finner i andre studier som det er relevant å sammenligne seg med. Dette kan ha med å gjøre at denne studiedesignen er retrospektiv, mens andre relevante studier tenderer å være prospektive (7, 8). Retrospektiv design åpner for at behandlere på de tverrfaglige møtene kan konkludere med å foreslå opptil flere behandlingsformer, avhengig av hva pasientens senere forløp blir. Videre har man i denne studien valgt å inkludere pasienter hvor tverrfaglig vurdering er videre eller utvidet diagnostikk, da oftest i form av radiologiske undersøkelsesmodaliteter. Fordi det er lavere terskel for å sende en pasient til diagnostikk enn det er for å iverksette konservativ eller radikal behandling, kan man anta at også dette har bidratt til lavere grad av uoverensstemmelse (diskordans).

Ved et prospektivt design kunne man unngå at det på de tverrfaglige møtene ikke fattes noen forståelig konklusjon (ved å ekskludere de uten sikker konklusjon). Da vil man i større grad ha entydige notater for de inkluderte pasientene. Selv om man kanskje kan anta at det er tilfeldig hvilke pasienter som mangler journalførte tverrfaglige konklusjoner, er det uheldig å måtte ekskludere så mange pasienter fra studien.

Motsatt kan man tenke seg at de vanskeligste avgjørelsene kan være overrepresentert i gruppen uten nedfelt konklusjon og at raten av diskordans ville vært større om man hadde fremtvunget en konklusjon i disse tilfellene i et eventuelt prospektivt design.

Nok en svakhet med retrospektiv design har vært at ikke alle pasientene som ble drøftet i tverrfaglige møter i angitt periode kunne bli analysert. Dette fordi det manglet pasientlister for en del av disse møtene. Det er dog ikke grunn til å tro at dette har medført noen signifikant bias i denne studien, da de inkluderte periodene er valgt helt arbitrært.

Fordi det var manglende journalføring av tverrfaglige konklusjoner i overraskende stor grad og fordi en del pasientlister manglet, ble det endelige pasienttallet 215 fremfor det utfra styrkeberegningen anbefalte 300. Dette har vært uheldig, fordi det har bidratt til lavere signifikansnivå samt at man i mindre grad kan generalisere årsaker til uoverensstemmelse (diskordans). Det har også medført at man ved binominal regresjonsanalyse ikke har funnet signifikante forskjeller i grad av konkordans ved ulike pasientkarakteristika som kjønn, henvisningsgrunnlag eller diagnose.

Årsakene til at tverrfaglig foreslått behandling senere ikke ble implementert i behandlingen var ofte at pasientens kliniske bilde forandret seg slik at operasjon ikke lengre var mulig. Dette er en faktor som vanskelig kan forutses og som trolig vil bidra til at det alltid er en viss uoverensstemmelse mellom planlagt og mottatt behandling. Imidlertid kunne uoverensstemmelse også skyldes at andre behandlere i ettertid besluttet at pasientens behandling eller diagnostikk skulle være annerledes enn den som var planlagt på tverrfaglig møte. Dette kan enten være fordi man i etterkant av møtet tar muntlige avgjørelser i tråd med at pasientens situasjon eller ønsker har endret seg, eller det kan skyldes at behandlere ikke respekterer den tverrfaglig avgjørelsen. Med tanke på den kompetansen som er til stede på tverrfaglige møter og at de som deltar der i stor grad er de som bestemmer senere behandling for aktuelle pasienter, kan det første virke mest sannsynlig.

Intraoperative funn var også enkelte ganger årsak til uoverensstemmelse (diskordans) mellom anbefalt og implementert behandling. Det er primært bildediagnostikk som benyttes i forkant av kirurgi for å avgjøre operabilitet, men denne stemmer ikke alltid overens med faktiske forhold. Det kan hevdes at det i disse tilfellene i realiteten i større grad er snakk om en svikt i radiologisk diagnostikk enn i tverrfaglig behandling.

I denne studien ble 30 % av pasientene vurdert ved tverrfaglige møter besluttet sendt til videre eller utvidet diagnostikk. Det kan diskuteres hvorvidt det kreves et tverrfaglig møte for å komme til denne beslutningen. Det har i tidligere studier vært konkludert med at såkalte ”formøteaktiviteter”, det vil si forberedelse til de tverrfaglige møtene, har bidratt til å effektivisere de tverrfaglige møtene (32). Videre har tidligere studier konkludert med at patologisk og radiologisk diagnostikk fra andre institusjoner krever gjennomgang av patologer eller radiologer ansatt ved behandlende institusjon for at denne skal ha optimal nytteverdi for det tverrfaglige møtet (32). Det kan altså spekuleres i om økt formøteaktivitet ville bidratt til økt tverrfaglig effektivitet, slik at færre avgjørelser ville konkludert med utvidet diagnostikk.

Den innføringen man har sett av tverrfaglige møter som standard ved norske sykehus de siste årene er ikke evidensbasert. Dette er som beskrevet fordi man samtidig med innføring av tverrfaglige møter har sett vesentlige forbedringer i diagnostikk og behandling hvis effekt vanskelig lar seg skille fra effekten tverrfaglige møter måtte ha på pasientutkomme.

Videre er tverrfaglig vurdering av pasienter en såpass utbredt standard at det ikke vil foreligge sammenligningsgrunnlag; alle pasienter med komplekse kreftdiagnoser blir i dag vurdert av flere ulike legespesialister.

Tverrfaglige møter er like fullt en standard man neppe vil gå bort fra da de oppfattes som gunstig både for behandlere og pasienter. Imidlertid er det grunn til å forsøke å evaluere nytteverdien av disse møtene og hvorvidt møtenes organisasjonsform og sammensetning kan forbedres slik at de i så stor grad som mulig fører til konkrete konklusjoner for den enkelte pasient.

Flere studier med større pasientmateriale kreves for å vurdere både forekomst av og årsaker til manglende overensstemmelse mellom tverrfaglige beslutninger og implementert behandling. En bør kvalitetssikre journalføringen etter slike møter og man bør i større grad sørge for at nødvendig diagnostikk er utført i forkant av møtet. Dette er spesielt viktig fordi pasientgruppen det her er snakk om - kreftpasienter - er en gruppe det er viktig å få raskt i behandling for slik å optimalisere prognostisk utfall. Utredning før vurdering i tverrfaglig møte for så å bli sendt til videre utredning grunnet manglende diagnostikk i forkant av møtet må betraktes som en tidstyv som unødvendig utsetter tidspunktet for behandling.

Kildehenvisning

1. Allum WH, Griffin SM, Watson A, Colin-Jones D. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut* 2002; 50: v1-23.
2. The NHS Cancer Plan. 2000. Londn, Department of Health. The NHS Plan And Services.
3. Sun W, Haller DG. Recent Advances in the Treatment of Gastric Cancer. *Drugs*, volume 61, number 11, 2001.
4. Rushtaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll J.J. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Oncology* 2006.
5. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology* 2006.
6. Kidger J, Murdoch J, Donovan JL, Blazeby JM. Clinical decision-making in a multidisciplinary gynaecological cancer team: a qualitative study. *BJOG* 2006.
7. Wood JJ, Metcalfe C, Paes A, Sylvester P, Durdey P, Thomas MG, Blazeby JM. An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis.* 2006.
8. Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, Nicklin J, English R, Donovan JL. Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Ann. Oncology* 2006.
9. Norsk Gastro Intestinal Cancer Gruppe(NGICG) <http://ngicg.no/>
10. Lamb B, Green JSA, Vincent C, Sevdalis N. Decision making in surgical oncology. *Surgical Oncology* 2010.
11. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm, 2010.
12. Hølmebakk T. Kirurgisk behandling av ventrikkeltumor. *Kirurgien* 2009.
13. Røsok B. Hepatocellulært carcinom – en kompleks sykdom med økende krav til tverrfaglighet. Inntrykk fra ILCA, Chicago 5-8 september 2008. *Kirurgien* 2008.
14. Macaskill EJ, Trush S, Walker EM. Surgeons' view on multi-disciplinary breast meetings. *Eur J Cancer* 2006.

15. Garcea G, Ong SL, Maddern GJ. Inoperable colorectal liver metastases: a declining entity? *Eur J Cancer* 2008.
16. Li J, Saif MW. Advancements in the management of pancreatic cancer. *JOP* 2009.
17. Lordick F, Siewert JR. Recent advances in multimodal treatment for gastric cancer: a review. *Gastric cancer* 2005.
18. Caudron A, Chaby G, Daban A. Multidisciplinary team meetings in Oncology: first analysis of benefits and evaluation of activity in a Dermatology unit in France.
19. Taylor C, Munro JA, Glynne-Jones R. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ* 2010.
20. Morris E, Haward RA, Gilthorpe MS. The impact of the Calman-Hine report on the processes and outcomes of care for Yorkshire's colorectal cancer patients. *Br J Cancer* 2006.
21. Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE. Multidisciplinary team management is associated with improves outcomes after surgery for esophageal cancer. *Dis esophagus* 2006.
22. 22 Birchall M, Bailey D, King P. South West Cancer Intelligence Service – Head and Neck tumor Panel. Effect of Process standars on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer* 2004.
23. Coory M, Gkolia P, Yang I, Bowman R. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung cancer* 2008.
24. Eakers S, Dickman PW, Hellstrom V. Regional differences in breast cancer survival despite common guidelines. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent* 2005.
25. Castillo E, Lawler LP. Diagnostic radiology and nuclear medicine. *J Surg Oncol* 2005.
26. Kinkel K, Lu Y, Both M. Detection of Hepatic Metastases from Cancers of the Gastrointestinal Tract by Using Noninvasive Imaging Methods(US, CT, MR Imaging, PET): A Meta-Analysis. *Radiology* 2002.
27. McSweeney SE, O'Donoghue PM, Jhaveri K. Current and emerging techniques in gastrointestinal imaging. *J Postgrad Med* 2010.
28. Cordin J, Lehmann K, Schneider PM. Clinical staging of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Recent Results Cancer Res* 2010.
29. Westerterp M, Van Westreenen HL, Sloof GW. Role of positron emission tomography in the (re-)staging of oesophageal cancer. *Scand J Gastroenterol* 2006.
30. Chowdhury FU, Shah N, Scarsbrook AF. [18F]FDG PET/CT imaging of colorectal cancer: a pictorial review.

31. Herbertson RA, Scarsbrook AF, Lee ST. Established, emerging and future roles of PET/CT in the management of colorectal cancer. *Clin Radiol* 2009.
32. Kane B, Luz S. Multidisciplinary Medical Team Meetings: An Analysis of Collaborative Working with Special Attention to Timing and Teleconferencing. *The Journal of Collaborative Computing* 2006.