

Maarit Bärlund ja Pirkko-Liisa Kellokumpu-Lehtinen

Syöpäpotilaan hoidon moniammatilliset suunnittelukokoukset – laadukkaan syövänhoidon kultastandardi

Moniammatilliset syöpäpotilaiden hoidon suunnittelukokoukset (multidisciplinary team meeting eli MDT-kokous) ovat muodostuneet syövänhoidon kultastandardiksi. MDT-työskentelyn hyötyjä ovat potilaiden paremmat hoitotulokset, hoitosuosituksen noudattaminen ja jopa taloudelliset hyödyt. Euroopan syöpäverkoston (Organization of European Cancer Institutes, OECI) laatukriteereissäkin MDT-toiminta on keskeisessä osassa. MDT-työskentely on viime vuosien aikana joutunut suurenevien paineiden alle syövän ilmaantumisen ja uusien hoitomuotojen lisääntymisen vuoksi. Tämä paine on johtanut tehokkaiden MDT-kokousten toimintatapojen tunnistamiseen tutkimuksilla ja Britanniassa kokousten virtaviivaistamispilottiin. Potilaskeskeisyyden parantaminen MDT-kokouksissa lisää toteutuneiden hoitosuositusten osuutta ja siten toiminnan tehokkuutta. Teknologinen kehitys, kuten tekoälyn ja päätöksenteon tukijärjestelmien integrointi MDT-työskentelyyn, mahdollistaa tulevaisuudessa kokousten entistä paremman standardoinnin ja tehostamisen.

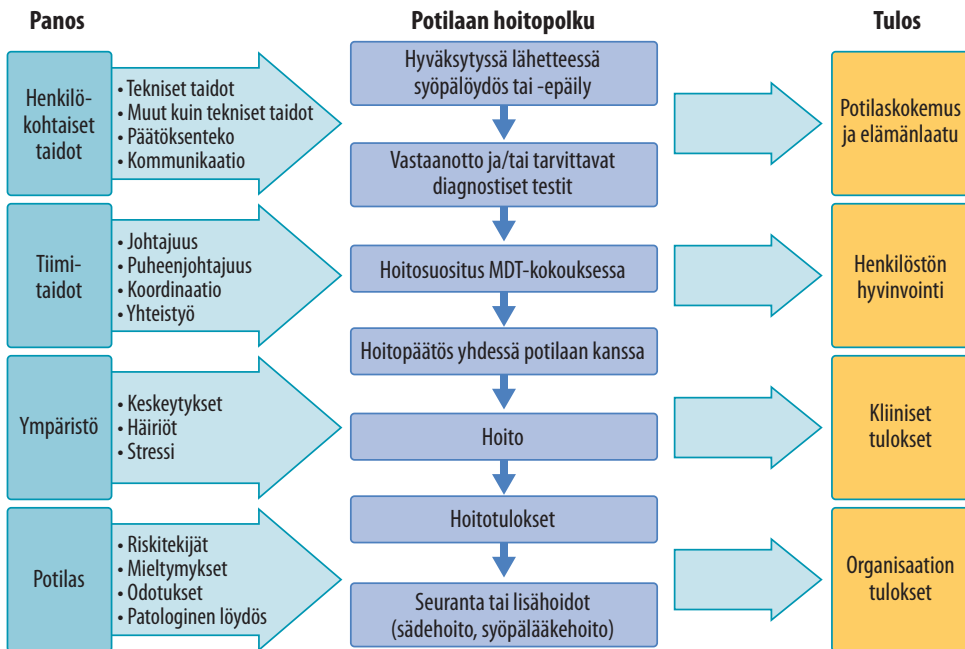
Moniammatilliset syöpäpotilaiden hoidon suunnittelukokoukset eli MDT-kokoukset (myös multidisciplinary tumor conference, MTC tai multidisciplinary tumor board, MTB) ovat kansainvälisesti tunnustettu syöpäsairauksien diagnostiikan ja hoidon kulmakivi (1). Toimintamalli vakiintui onkologiassa, kun solunsalpaajahoidojen tai sädehoitojen lisäämisen leikkauksiin osoitettiin parantavan merkittävästi syövän hoitotuloksia (2). Calman–Hinin raportin paljastamat syövänhoidon alueelliset laatuerot vuonna 1995 johtivat siihen, että kaikkien uusien syöpätaipauksen tai syöpäepäilyjen käsittely MDT-kokouksissa tuli pakolliseksi Isossa-Britanniassa (3). Syövän diagnostiikan, hoitotekniikoiden ja vaihtoehtojen lisääntymisen myötä on selvää, ettei minkään erikoisalalan lääkäri voi yksin suunnitella tai toteuttaa syöpäpotilaiden hoitoja ja eri hoitomuotojen oikea-aikaista koordinaatiota. Nykyisin MDT-kokoukset ovat keskeisiä syöpäpotilaan hoitopolussa (KUVA) (1).

MDT-toiminnan keskeisenä tavoitteena on varmistaa, että jokaisen syöpäpotilaan osalta

kaikki asianmukaiset diagnostiset testit on tehty, taudinmääritys on oikein ja potilas saa parhaan mahdollisen hoidon sekä potilaan mahdollisuudet osallistua kliiniseen tutkimukseen on kartoitettu. MDT-toiminnan tavoitteena on myös parantaa kliinisillä tutkimuksilla ja laatu työllä syöpäpotilaiden hoitotuloksia, kuten potilaskokemusta, kliinisiä tuloksia, vaikuttavuutta ja organisaation tuloksia sekä vertailla näitä kansallisesti ja kansainvälisesti (1). Tärkeitä osia toiminnassa ovat siksi kliinisen prosessin säännöllinen seuraaminen, laadun parantaminen sekä näyttöön perustuva uusien hoitomuotojen käyttöönotto tavoitteena potilaiden tasarvoinen ja laadukas hoito (1,2,4).

MDT-kokouksen määritelmä

Syövän hoidossa MDT-kokouksella tarkoitetaan yleensä viikoittaisia tietyn syövän tai syöpäryhmän hoitoon keskittyneitä kokouksia. Niissä käsitellään diagnostiset löydökset ja potilaan kliininen tilanne, keskustellaan ja varmistetaan yksittäisten potilaiden oikeat diagnoosit



KUVA. Systeminen lähestymistapa syövänhoidon parantamiseksi. MDT-kokous on keskeisessä osassa syöpäpotilaan hoitopolulla (1). Kokous voi sijaita hoitopolun alussa, keskellä tai sekä alussa että keskellä. Erilaiset hoitopolun panokset vaikuttavat koko hoitopolkuun ja tuloksiin. Vasemmalla nuolien selityksissä on kuvattu tekijöitä, jotka vaikuttavat MDT-kokoukseen ja voivat siten vaikuttaa koko hoitopolkuun. (Alkuperäinen kuva: Celina Österlund)

ja taudin levinneisyys sekä laaditaan heille paras mahdollinen näyttöön perustuva hoitosuositus ja selvitetään heidän soveltuvuutensa kliinisiin syöpätutkimuksiin (1,4).

Kokouksen henkilöstörakenne vaihtelee sekä syöpäkohtaisesti että alueellisesti. Ydintiimi muodostuu kyseisen syövän diagnostiikkaan ja hoitoon perehtyneistä, yleensä operatiivisen erikoisalnan, syöpätautien, patologian ja radiologian erikoislääkäreistä sekä syöpäsairaanhoitajasta (1,4). Syövän aiheuttamat oireet ja hoitojen haittavaikutukset vaihtelevat syövän sijainnin ja hoitomuodon mukaan. Laaja-alaisella asiantuntijoiden osallistumisella MDT-kokoukseen pyritään parantamaan syöpähoitojen tuloksia sekä ehkäisemään ja vähentämään hoidon haittavaikutuksia. Esimerkiksi useissa keskuksissa pään ja kaulan alueen syöprien MDT-kokouksissa on ydintiimin lisäksi mukana ravitsemus- ja puheterapeutit (5).

Isossa-Britanniassa MDT-kokouksen koordinaattori vastaa kokouksen organisoinnista ja huolehtii sen sujuvuudesta. Osassa kokouksista myös potilaat ovat mukana, esimerkiksi Saksas-

sa sertifioiduissa rintasyöpäkeskuksissa 5–7 % potilaista on osallistunut MDT-kokoukseen oman hoitosuosituksensa laatimiseen (6). Suomessa lähinnä pään ja kaulan alueen syöprien kokouksiin on osallistunut potilaita, mikä on nykyisin harvinaista.

Toiminnan hyödyt ja haitat

MDT-kokousten on näytetty parantavan syöpäpotilaiden hoitoon pääsyä ja hoitosuositusten noudattamista, lisäävän liitännäissyöpälääkehoitoja ja -sädehoitoja sekä parantavan syövän hoitotuloksia (1,2). Kun tiettyyn syöpään perehtyneet radiologi ja patologi ovat arvioineet uudelleen potilaan diagnostisia tutkimuksia MDT-kokouksissa, yli 10 %:ssa käsitellyistä tapauksista on muuttunut syövän levinneisyysluokitus, histologinen diagnoosi (primaarinen syövän laatu tai syövän erilaistumisaste) tai on jopa todettu uusia syöpiä (7).

MDT-kokouksen on osoitettu tukevan ammatillista hyvinvointia ja toimivan laadunvarmistuksena (8). Kliinikoiden haastatteluiden

perusteella syöpäpotilaiden hoidon suunnittelu MDT-kokouksessa sujuvoittaa ja säästää klinikoiden työaika merkittävästi potilaan myöhemmässä hoitovaiheessa ja vähentää muun muassa sairaalansisäisiä konsultaatioita (8). Kokous on arvokas oppimisympäristö sairaanhoitajien, erikoislääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden koulutuksessa. Yhdistämällä MDT-kokoukseen koulutusannin parantamiseen tärkeitä interventioita, esimerkiksi kokouksen jälkeisen debriefingin, simuloinnin tai uuden julkaisun läpikäynnin, voidaan parantaa ja syventää oppimistuloksia (9). Kokousten taloudellisista hyödyistä on saatu näyttöä ainakin hoidon organisoinnin ja toteutuksen parannuksina (10).

MDT-kokouksien yleiset kokousjärjestelyt, puheenjohtajuus ja päätöksentekoprosessit vaihtelevat paljon, ja ne kaikki voivat vaikuttaa toiminnan tehokkuuteen. Huonoimmillaan MDT-kokouksessa ei ole kyetty laatimaan hoitosuosituksia jopa 52 %:lle potilaista riittämättömien potilastietojen vuoksi. Potilaan hoidon suunnittelun käsittely useassa kokouksessa kuluttaa resursseja ja voi viivästyttää hoidon aloittamista. Tutkimusten mukaan 1–16 % laadituista hoitosuosituksista jää toteutumatta, mihin yleisimmät syyt ovat potilaan toiveiden tai potilaan liitännäissairauksien huomiotta jättäminen (11).

Suurenevat potilasmäärät kuormittavat MDT-kokouksia, varsinkin kun henkilöstöresurssit eivät ole lisääntyneet samassa suhteessa. Suurenevaan työmäärään on monia syitä, mukaan lukien syövän lisääntynyt ilmaantuvuus, potilaiden liitännäissairaudet, pitkäikäisyys ja eloon jääminen sekä useat uudet hoitomuodot. Ilmeisesti MDT-kokousten hyvän toimivuuden vuoksi jopa muita kuin syöpäpotilaita viedään kokouksen käsittelyyn. Tästä onkin herännyt huoli, että klinikot pelkäävät tehdä kliinisiä päätöksiä ilman MDT-kokouksen hyväksyntää (12).

Potilaskeskeisyys ja sairaanhoitajan edistäjänä

Potilaskeskeisyyden puute MDT-kokouksissa on noussut esiin havainnointitutkimuksissa

(13). Potilaskeskeisistä tekijöistä, kuten psykososiaalisista tiedoista ja potilaiden toiveista keskusteleminen on osoittautunut merkitykselliseksi hoitosuosituksen laadinnassa ja erityisesti hoitosuosituksen täytäntöönpanossa.

Euroopan syöpäjärjestö (European Cancer Organisation) julkaisi vuonna 2020 eurooppalaiset syövänhoidon suositukset (European Code of Cancer Practice). Ne pohjautuvat vuonna 2014 julkaistuihin eurooppalaisen syöpäpotilaan perusoikeuksiin, jotka voittivat 2018 European Health Award -palkinnon (14).

Näiden suositusten perusteella syöpäpotilailla tulee olla oikeus saada tietoa MDT-kokouksista, niiden tarkoituksesta, jäsenistä ja kokoontumisajankohdista sekä siitä, onko heidän tapauksensa käsitelty tai käsitelläänkö se kokouksessa. Ryhmän jäsenen, joka on tavannut potilaan ja keskustellut tämän kanssa tämän näkemyksistä, mieltymyksistä ja kokonaisvaltaisista tarpeista, tulisi esitellä MDT-kokouksessa nämä näkökohdat.

Euroopan syöpäverkostojen (Organization of European Cancer Institutes, OECI) laatu-kriteerien mukaan jokaisen potilaan hoitosuositus tulee laatia MDT-kokouksessa ja potilaan kanssa tulee keskustella hoitosuosituksista (15). Potilaiden osallistumisesta oman hoitosuosituksensa laatimiseen MDT-kokouksessa on saatu ristiriitaisia tuloksia: suurin osa potilaista suositteli sitä muille potilaille, mutta pieni osa katui sitä (6). Asiasta tarvitaankin lisätutkimuksia, jotta MDT-kokoukseen osallistuminen ei aiheuttaisi vahinkoa emotionaalisesti liian haavoittuvaisille potilaille.

Syöpään erikoistuneilla kliinisillä asiantuntijajäsenillä (clinical nurse specialists) on Isossa-Britanniassa tärkeä osa MDT-kokouksissa sekä potilaiden tukemisessa diagnostiikka- ja hoitoprosessin aikana (15,16). Diagnostisen prosessin aikana sairaanhoitaja kartoittaa potilaan ja läheisten tilanteen sekä arvioi tiedontarpeet ja ottaa ne huomioon. MDT-kokouksessa sairaanhoitaja tuo esiin potilaiden näkökulmat ja tarpeet ja varmistaa näin kliinisen päätöksenteon potilaskeskeisyyden. Hyvä hoitosuhde mahdollistaa potilaan ja läheisten osallistamisen päätöksentekoprosessiin. Näin sairaanhoitaja on ratkaisevassa asemassa kouluttaessaan

TAULUKKO 1. MDT-kokouksen hoitosuosituksen kirjaamisen suositukset ja vastuut (4,5,17,18). Syöpädiagnoosin tai hoitosuosituksen lukeminen Omakannasta voi johtaa potilaan tarpeettomaan ahdistukseen (27,28).

Kirjauksesta vastaavat	Kokouksesta vastaavalla kliinisellä erikoisalalla on hoitosuositusten kirjausvastuu. Toimintaohjeisiin tulee määrittää vastuussa oleva henkilö.
Kirjaamisvelvoite	Hoitosuosituksen tulee olla kirjattuna 24 tunnin kuluessa kokouksesta ja lähetettynä lähettäneelle lääkärille. Kirjauksessa mainittava päätöksentekoprosessiin osallistuneet eri alojen ammattilaiset.
Ammatillinen vastuu	Hoitosuosituksiin osallistuvat lääkärit jakavat vastuun osaamisalueensa päätöksistä ja ovat vastuussa niistä.
Eriävät mielipiteet	Kirjataan hoitosuositukseen.
Kirjauksen näkyvä	Potilastietojärjestelmään kokouksesta vastaavan erikoisalan erikoisalakohdaiselle näkymälle.
Hoitosuosituksen viivästys Omakantaan	Viivästetään Omakannasta, kunnes hoitosuosituksesta on keskusteltu potilaan kanssa.
Potilaan informointi	Potilaan kanssa hoitopäätöstä tehtäessä häntä on informoitava hoitosuosituksesta ja mahdollisista eriävistä mielipiteistä. Mikäli päädytään hoitosuosituksesta eriävään hoitopäätökseen, tämä on perusteltava potilaalle ja kirjattava syy potilaskertomukseen.
Toimenpidekoodin kirjaus	MDT-kokoustyöskentelylle on uusi oma toimenpidekoodi, WZC15 Syöpäpotilaan hoidon suunnittelukokous (MDT). Se mahdollistaa sekä paikallisen että kansallisen MDT-toiminnan seurannan.
Kirjaamisen laadun valvonta	Kokouksesta vastaavan erikoisalan vastuulla on hoitosuositusten kirjaamisen toteutumisen seuranta ja tarvittaessa korjaustoimenpiteiden käynnistäminen.
Radiologin ja patologin kirjaukset	Mikäli kokoukseen osallistuva radiologi tai patologi päätyy aiemmasta lausunnosta poikkeavaan diagnoosiin, hänen laatimansa uusi lausunto potilastietojärjestelmään turvaa hänen oman oikeusturvansa ja mahdollistaa laadunvalvontapalautteiden lähettämisen myös sairaalan ulkopuolisiin yksiköihin.

potilasta räätälöidyllä tietopakettilla MDT-kokouksen jälkeen. Suomessa sairaanhoitajaa ei valitettavan usein ole otettu MDT-kokoukseen tai hoitosuositukset on laadittu vain lääketieteellisiin perusteisiin.

OECI:n laatuksiteerit

OECI:n laatuksiteerien (standardit 33–35) mukaan MDT-kokoukselle on laadittava toimintatapaohjeet (standard operating procedure, SOP), jotka sisältävät keskeisen ja laajennetun ryhmän osallistujien diagnostiset ja kliiniset alat sekä syöpäsairaanhoitajan ja tarvittavien tukihoidojen edustajat. Ohjeissa mainitaan myös sovitettu toimintatapa, jolla kokouksen jäsenille tiedotetaan riittävän ajoissa käsiteltävistä potilaista. Tämä edellyttää potilaiden varhaista ilmoittamista kokoukseen, jotta osallistujille voidaan turvata riittävä aika potilaiden tilanteeseen perehtymiseen.

MDT-kokoukset pidetään huoneessa, jossa voidaan näyttää asiaankuuluvat tutkimustulokset (kuvantaminen, patologia). Potilaiden soveltuvuus käynnissä oleviin kliinisiin tutkimuksiin arvioidaan osana hoitosuosituksen

laadintaa. Kokouksen henkilöstön tulee koontua vähintään kahdesti vuodessa erilliseen kokoukseen arvioimaan kyseisen syövän hoitoon pääsyä, hoidon tuloksia, toiminnan laatua, toimintatapoja, potilaiden hoitopolkuja ja indikaattoreita laadun parantamiseksi. Laatuksiteerit määrittävät tarkkaan myös hoitosuosituksen kirjaamisen (**TAULUKKO 1**) (4).

Hoitosuositusten laatimiseen osallistuneiden nimien kirjaaminen on oleellista, sillä laatimiseen osallistuvat lääkärit jakavat vastuun suosituksista oman osaamisalueensa osalta. On myös tärkeää kirjata muistiin keskustelun aikana syntyneet erimielisyydet ja mahdollisuus keskustella vaihtoehtoisista ehdotuksista potilaan kanssa, koska joskus hoitosuositukseksi voidaan esittää useampi vaihtoehto.

Tutkimusten mukaan hoitosuosituksien kirjaaminen MDT-kokouksissa vaihtelee. Kirjauksien auditoinnin perusteella parhaisiin tuloksiin kirjauksien toteutumisessa päästiin käyttämällä mallipohjaa tai kokouksen koordinaattorin seurattessa dokumentoinnin toteutumista ja tarvittaessa viestiessä kirjauksesta vastaavan kanssa (17). Omassa yksikössämme OECI:n auditointiprosessi paransi huomattavasti kirjaamista

TAULUKKO 2. Tehokkaan moniammatillisen yhteistyökokouksen piirteet (1).

Tiimi	Hyvä asiantuntemus ja erikoistuminen Jäsenten osallistuminen kokoukseen Puheenjohtajan hyvä työskentely Tiimityö ja kulttuuri (keskinäinen kunnioitus ja luottamus, tasa-arvo, konfliktien ratkaisu, rakentava keskustelu, kyky pyytää ja antaa selvennyksiä) Jatkuva henkilökohtainen kehittyminen ja kouluttautuminen
Infrastrukturi	Tarkoituksenmukainen kokoushuone Kokouksessa tarvittavat varusteet ja teknologiset ratkaisut kunnossa
Organisointi	Säännölliset kokoukset ennalta sovitusti
Logistiikka	Kokousten riittävä, hyvä valmistelu Kokouksen aikainen toimiva järjestely Kokouksen jälkeen potilaslähtöisesti tehtyjen päätösten jatkokoordinointi
Potilaskeskeinen kliininen päätöksenteko	Yksikössä toimintaohjeet ja -tavat, joiden avulla tunnistetaan kaikki potilaat, joiden käsittely kokouksessa on tarpeen. Potilaskeskeinen hoito (esim. potilaan näkemyksiä esittelee potilaan tavannut henkilö, ja potilaalle annetaan riittävästi tietoa, jotta hän voi tehdä tietoisien päätöksen hoidostaan) Kliininen päätöksentekoprosessi on kuvattuna Tarvittavat tiedot saatavilla: patologiset ja radiologiset löydökset, potilaan liitännäissairaudet, psykososiaaliset ja palliatiivisen hoidon tarpeet, potilashistoria ja -toiveet Suositusten tulee olla näyttöön perustuvia, potilaskeskeisiä ja hoitosuosituksen mukaisia (ellei tästä ole hyvää syytä poiketa)
Tiimin hallinta ja tuki	Organisaation tuki (rahoitus ja resurssit) Tiedonkeruu tiimikokousten aikana, tulosten analysointi ja auditointi (esim. potilaskokemustutkimukset); näiden tutkimusten tulokset palautetaan tiimille oppimisen ja kehityksen tukemiseksi Kliininen hallinto (esim. hoitokokoukselle on sovitut käytännöt, ohjeet ja protokollat; suorituskyvyn arviointi ja vertaisarviointi verrattuna samankaltaisiin MDT-kokouksiin käyttämällä vertaisarviointiprosesseja ja muita työkaluja)

sekä MDT-kokousten rakenteellista toimintaa ja kattavuutta.

Tehokkaiden MDT-kokousten tunnusmerkit

MDT-kokousten tehokkuuteen vaikuttavista mahdollisista tekijöistä puuttui aiemmin laajempi tutkimustieto. Tämä muuttui vuonna 2010, kun National Cancer Action Team (NCAT) Isossa-Britanniassa määritteli suorituskyvündikaattorit hyvin toimiville MDT-kokouksille (18). **TAULUKOSSA 2** esitetyt tehokkaan MDT-kokouksen tunnusmerkit on koostettu Isossa-Britanniassa kansallisen yli 2 000 MDT-jäsenen kyselytutkimuksen perusteella (2). Sitten Ison-Britannian julkisen terveydenhuoltojärjestelmän (National Health Service, NHS) tutkimusryhmien tutkimuksista on muodostunut työkalusarja MDT-kokousten toiminnan laadun parantamiseen (**TAULUKKO 3**)

(1). Näitä työkaluja voivat hyödyntää niin kliinikot, hallintohenkilöt kuin tutkijatkin kokousten eri vaiheissa. Esimerkiksi jopa 75 % haastatelluista kertoi MDT-FIT-työkalun käytön parantaneen MDT-toimintaa.

MDT-kokousten päätöksenteko- ja viestintäprosessin tutkimuksissa tehokkaan päätöksenteon esteiksi havaittiin sukupuolten välinen epätasapaino, negatiivinen vuorovaikutus tiimin jäsenten välillä, logistiset ja aikatauluongelmat sekä työkuormituspainet ja pitkät kokoukset, joissa käsitellään suuri määrä potilastapauksia. Päätöksenteko sujui paremmin, kun ryhmä oli sukupuolten osalta tasapainossa, kokouksessa käsitellyt tapaukset olivat monimutkaisia ja tiimin jäsenet sekä esittivät kysymyksiä että vastasivat niihin.

Raportissa esitettiin useita suosituksia, kuten työmäärän keventämistä, pakollisia lyhyitä taukoja ja kokouksia, joissa puheenjohtajana toimii henkilö, jolla ei ole velvollisuutta osal-

TAULUKKO 3. Valikoima näyttöön perustuvia työkaluja MDT-kokoustyöskentelyn parantamiseen (12).

Työkalun nimi	Työkalun kuvaus	Menetelmä
MDT-MeDiC	Käytetään potilastapausten valintaan ja priorisointiin	Strukturoitu havainnointi sisältää mm. seuraavia tietoja: harvinaisen syöpä, potilaan kognitiiviset ongelmat tai psyykinen sairaus, merkittävä leikkaushistoria, hoidon vasta-aiheet, aiemmin hoidettu syöpä, uusiutunut syöpä, poikkeava syövän sijainti tai kaukometastasointi
MDT-QuIC	Voidaan käyttää tarkistusluettelona päätöksenteossa ja sen tukena sekä kokouksen puheenjohtajan apuna tai hoitosuosituksen kirjaamisessa	Tarkistuslista
MDT-MODE	Työkalu kokousten ryhmätyön ja kliinisen päätöksenteon havainnointiin Vaatii jonkin verran koulutusta	Havainnointityökalu sisältää seuraavia laadun arvioinnin osa-alueista: kliininen informaatio, informaatio liitännäissairauksista, psykososiaalinen informaatio, MDT-kokouksen puheenjohtajan toiminta, informaatio potilaan toiveista, radiologinen informaatio, tiimin toiminta ja hoitosuosituksen muodostaminen
MODE-LITE	Validoitu havaintojen arviointityökalu, joka perustuu MDT-MODE-malliin Psykometriset ominaisuudet tiivistyvät kuuteen kategoriaan	Mitattavat osa-alueet: kliininen informaatio (oireet, ongelman kuvaus ja kliiniset yksityiskohdat), holistinen informaatio (liitännäissairaudet, potilaan toiveet, psykososiaaliset tarpeet), kliininen yhteistyö (sairaanhoitajan, onkologin ja operatiivisen erikoisalalan osallistuminen), patologia (näytteet ja patologin osallistuminen), radiologia (kuvantamistutkimukset ja radiologin osallistuminen) ja hoitosuunnitelma (diagnoosi, hoitosuositus mukaan lukien kliiniset tutkimukset ja jatkosuunnitelmien selkeys eli kuka näkee potilaan seuraavaksi)
MDT-ATLAS	Työkalu tiimin johtajuuden ja puheenjohtajuuden mittaamiseen	Havainnointi 12 osa-alueella, jotka sisältävät ajanhallinnan, tapausten priorisoinnin, tiimin osallistumisen, keskusteluilma- piirin ja hoitosuositusten selkeyden
MDT-FIT	Koostuu kolmivaiheisesta prosessista: 1. itsearviointi, 2. riippumaton havainnointi ja 3. anonymisoitu palaute Yksittäisten MDT-tiimien, syöpäkeskusten tai verkostojen käyttöön	Tiimin itsearviointi MDT-TEAM-kyselyllä ja havainnointi MDT-MOT-työkalua hyödyntäen Palaute anonymisti

MDT-ATLAS = The MDT Tumor Leadership Assessment instrument; MDT-FIT = The MDT Feedback for Improving Team Working; MDT-MeDiC = The MDT Measure of Case-Discussion Complexity; MDT-MODE = The MDT Metric of Decision-Making; MDT-MOT = The MDT Meeting Observational Tool; MDT-QuIC = The MDT Quality Improvement Checklist; MODE-LITE = The Short Version of Metric for the Observation of Decision-Making

listua päätöksentekoon (**TAULUKKO 4**). Kokouksessa käsiteltävien potilaiden optimaaliseksi lukumääräksi suositeltiin 20 potilasta. Merkittävänä kokouksen sujuvoittajaksi nähtiin riittävä valmistelu-aika ennen kokousta radiologille, patologille ja potilaat kokouksessa esittelevälle klinikolle. Tarkistuslistaa käyttämällä varmistettiin, että kokouksessa oli riittävät tiedot potilaasta (1).

MDT-kokousten virtaviivaistamispilotti

Isossa-Britanniassa on havahduttu siihen, että jokaisen uuden epäillyn tai vahvistetun syövän käsitteleminen MDT-kokouksessa ei ole mahdollista niukkojen resurssien vuoksi. Ko-

koukset ovat pidentyneet, osa niistä kestää jopa useita tunteja ja niissä keskustellaan jopa useiden kymmenien potilaiden hoidosta (8). Pelkät henkilöstöresurssikulut olivat vuonna 2015 Isossa-Britanniassa 154 miljoonaa punttaa vuodessa, kun huomioidaan sekä MDT-kokouksiin osallistumiseen että niiden valmisteluun kuluva aika (10).

Vuoden 2020 alussa Isossa-Britanniassa käynnistetyn kansallisen pilotin tarkoituksena on virtaviivaistaa MDT-kokousten toimintaa tehokkaammaksi niin, että lisääntyvä palvelutarve huomioidaan (12). Toimintaohjeiden mukaan kaikki potilaat ilmoitetaan kokoukseen, mutta potilaat jaetaan kahteen ryhmään: potilastapauksiin, joista laaditaan kokouksessa hoitosuositus esimerkiksi kliinisen tilanteen

TAULUKKO 4. Askeleet MDT-kokousten tehostamisprosessin laadun varmistamiseksi (2).

1. Kaikki potilastapaukset rekisteröidään kokoukseen.
2. Kattavat tiedot potilaasta kokoukseen lähettämävaiheessa.
3. Potilastapaukset valmistellaan ennen kokousta (radiologi, patologi ja potilaat esittelevä klinikko).
4. Tapausten valintamenetelmän sekä niiden potilaiden hoitostandardien, joista ei keskustella, on oltava vanhat, johdonmukaiset ja näyttöön perustuvat.
5. Kokouksen puheenjohtajan roolia vahvistetaan kilpailullisella hakemuksella ja työsuunnitelmassa varatulla ajalla, kuten myös MDT-koordinaattorille, jolla on lisäksi erityiskoulutus ja tuki roolinsa kehittämiseksi, jotta he voivat tehokkaasti suorittaa ja valvoa erittelyprosessia.
6. Valintakriteerit, hoitostandardit ja potilastulokset on tarkastettava säännöllisesti ja usein, ja MDT:llä on oltava mahdollisuus muuttaa niitä tulosten perusteella.
7. Kokouksessa käsiteltyjen potilastapausten lukumäärälle on asetettava enimmäisraja.
8. Kokouksen aikana pidetään pakollinen lyhyt tauko.
9. Valmistaudutaan paremmin kokoukseen, esimerkiksi käyttämällä tarkistuslistaa sen varmistamiseksi, että kaikki tiedot potilaasta ovat saatavilla kokouksessa.
10. Puheenjohtaja, joka ei osallistu kliniseen keskusteluun, voisi auttaa tiimiä tehokkaasti navigoimaan työtaakan läpi vähentämällä jännitteitä, ohjaamalla vuorovaikutusta ja viestintää sekä varmistamalla yhtenäisemmän päätöksentekoprosessin kaikille tarkasteleville potilaille.

TAULUKKO 5. Ison-Britannian kansallisessa virtaviivaistamis-pilotissa sovitut vähimmäistiedot potilaille, joille ei laadita hoitosuosituksia MDT-kokouksessa vaan joiden hoito toteutetaan sovitun hoitosuosituksen mukaan (19).

- Diagnoosipäivä
- Histologinen tai sytologinen diagnoosi
- Levinneisyys, sisältää tehdyt tutkimukset
- Potilaan yleistila
- Oheissairaudet
- Potilaan hoitotoive
- Mahdolliset hoitopäätökseen vaikuttavat geeni- tai genomitestit

monimutkaisuuden tai psykososiaalisten ongelmien vuoksi, ja tapauksiin, joissa potilaan hoitosuositus voidaan laatia sovitun hoitoprotokollan mukaan (standard of care).

Potilaista, joille ei laadita hoitosuosituksia MDT-kokouksessa, on oltava kirjattuna erikseen sovitut vähimmäistiedot (**TAULUKKO 5**). Epäselvissä tilanteissa ja tarvittaessa potilaan

syöpäsairauden hoitosuositus voidaan käsitellä kokouksessa. MDT-kokouksen henkilöstön tulee säännöllisesti auditoida näiden potilaiden hoidon tuloksia ja hoidon toteutumista hoitoprotokollan mukaisesti (19).

Teknologian mahdollisuudet virtaviivaistamisessa

Koronapandemian myötä virtuaalisista MDT-kokouksista on tullut osa klinistä toimintaa (20). Ne vähentävät ammattilaisten siirtymiseen kuluva aikaa ja helpottavat esimerkiksi yliopisto- ja keskussairaaloiden välistä vuorovaikutusta. Virtuaalisuus mahdollistaa myös kansalliset tai kansainväliset MDT-kokoukset, mikä luo uusia mahdollisuuksia erityisesti harvinaisten syöpäsairauksien hoitoon (21).

Resurssihaasteisiin sekä tapausten monimuotoisuuteen kehitetään onkologisia tietokonepohjaisia klinisen päätöksenteon tuki-järjestelmiä (computerised clinical decision support systems, CCDSS) takaamaan tarkat ja laadukkaat näyttöön perustuvat hoitosuositukset (22). Järjestelmä voi poimia potilastietojärjestelmästä esimerkiksi tietoja potilaan soveltuvuudesta klinisiin hoitotutkimuksiin ja ehdottaa näyttöön perustuvaa hoitosuositusta. CCDSS-järjestelmät kaipaavat vielä parannuksia ja validointeja.

Potilastietojärjestelmien rakenteellinen kirjaaminen sujuvoittaa MDT-kokouksessa eri alojen ammattilaisten viestintää ja mahdollistaa CCDSS-järjestelmän parhaan toimivuuden (23). Sekä hoitosuunnitelman että -päätöksen kirjaus rakenteellisesti mahdollistaisi MDT-kokousten toiminnan tehokkuuden arvioimisen tiedolla johtamisen työkaluilla, kun voitaisiin seurata kokousten kykyä laatia hoitosuositukset ensimmäisessä kokouksessa ja toteuttaa kokouksessa laaditut hoitosuositukset potilasvastaanotoilla (11).

Potilastietojärjestelmiin integroiduilla digitaalisilla sovelluksilla on voitu parantaa merkittävästi MDT-kokousten organisointia, potilaiden esittelyä ja valmistelua (24). Sähköisen oire- ja elämänlaatusurannan integraatio MDT-kokoukseen varmistaisi potilaskeskeytyksen kokouksessa ja mahdollistaisi myös

räätälöityjen tukitoimenpiteiden suosittamisen (25). Toimintaa tukevan teknologian kehittäminen palvelumuotoilua ja integraatioita hyödyntämällä virtaviivaistaisi kokouksia merkittävästi, ja siksi se tulisikin priorisoida potilastietojärjestelmäkehityksen kärkeen.

Lopuksi

MDT-kokoukset edustavat parasta lähestymistapaa syöpäpotilaan monimutkaisen hoitopolun optimoimiseksi, koska ne parantavat päätöksentekoa ja potilaan hoidon koordinoitua sekä lyhentävät odotusaikoja. Hyväksi todettu MDT-toimintamalli on levinnyt syövän hoidosta myös muihin monimutkaisiin sairauksiin (26). Prosessi on edelleen vaativa, sillä se edellyttää tehokasta päätöksentekoa, monitieteisyyttä, hyvää kommunikaatiota, hoidon koordinoitua sekä kaikkien ammattilaisten ja sidosryhmien aktiivista osallistamista, mukaan lukien potilaiden.

Suurenevat syöpäpotilasmäärät sekä monimutkaisemmat diagnostiset tutkimukset ja hoidot luovat koko ajan uusia haasteita tämän toiminnan kehittämiseksi, mutta teknologiakehityksen suomat mahdollisuudet toivottavasti tulevaisuudessa avaavat uusia toimintatapoja potilaidemme hoidon parhaaksi. Myös Britannian kansallinen virtaviivaistamisprojekti tuo tietoa uuden toimintatavan toimivuudesta. Suo-

MAARIT BÄRLUND, LT, DI, dosentti,
syöpätautien erikoislääkäri, ylilääkäri
Syövänhoidon vastuualue, Tays Syöpäkeskus ja
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta,
Tampereen yliopisto,
Twitter: @BarlundMaarit

**PIRKKO-LIISA KELLOKUMPU-LEHTINEN, säde- ja
kasvainhoidon emeritaprofessori**
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta,
Tampereen yliopisto
Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiokeskus, Tays

Ydinasiat

- ▶ Yksilöllinen syövän hoito suunnitellaan monien erikoisalojen yhteistyönä MDT-kokouksissa.
- ▶ MDT-kokoukset ovat keskeinen laadun tae syöpäpotilaan hoitopolulla.
- ▶ Potilaskeskeisyys MDT-kokouksessa mahdollistaa hoitosuosituksen toteutumisen ja kliinisten hoitotutkimusten potilasrekrytoinnin sekä parantaa kokousten tehokkuutta.
- ▶ Uusi toimenpidekoodi, WZC15 Syöpäpotilaan hoidon moniammatillinen suunnittelukokous (MDT), mahdollistaa MDT-toiminnan paikallisen ja kansallisen seurannan.

nessa OECl:n sairaaloille myöntämät Comprehensive Cancer Center (CCC) ja Cancer Center (CC) -laatusertifikaatit ohjaavat MDT-työskentelyä ja sen kehittämistä. Potilaskeskeisyyttä voidaan parantaa kehittämällä rakenteellisia etukäteiskartoituksia potilaan ja läheisten toiveista, odotuksista ja mahdollisuuksista tulevan hoitosuunnitelman optimaaliseksi läpiviemiseksi sekä ottamalla Suomessakin sairaanhoidaja osaksi MDT-ydintiimiä. ■

VASTUUTOIMITTAJA
Riikka Nevala

SIDONNAISUUDET

Maarit Bärlund: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lääketietokeskus, Mehiläinen), luottamustoimet (Pirkanmaan Syöpäyhdistys, Suomen Syöpäyhdistys, Suomen Rintasyöpäryhmä ry, sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeiden hintalautakunta), hankkeet (THL, terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit -pilotihanke)

Pirkko-Liisa Kellokumpu-Lehtinen: Apuraha (Eli Lilly, Merck, BMS, Syöpäsäätiö, VTR Pirkanmaa), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (MSD, BMS, Eisai, Helsingin yliopisto), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sanofi), luottamustoimet (Suomen Syöpäinstituutin säätiön hallituksen jäsen)

KIRJALLISUUTTA

1. Soukup T, Lamb BW, Arora S, ym. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc* 2018;1:49–61.
2. Winters DA, Soukup T, Sevdalis N, ym. The cancer multidisciplinary team meeting: in need of change? History, challenges and future perspectives. *BJU Int* 2021;128:271–9.
3. Calman KC, Hine J. A policy framework for commissioning cancer services. A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. Lontoo: Department of Health 1995.
4. Blaauwgeers H, Burrión JB, De Paoli P, ym. OECI accreditation & designation user manual V. 3.2. Bryssel: Organisation of European Cancer Institutes 2019. www.oeci.eu/accreditation/Page.aspx?name=OECI_STANDARDS.
5. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, ym. The Multidisciplinary Team (MDT) approach and quality of care. *Front Oncol* 2020;10:85.
6. Ansmann L, Heuser C, Diekmann A, ym. Patient participation in multidisciplinary tumor conferences: how is it implemented? What is the patients' role? What are patients' experiences? *Cancer Med* 2021;19:6714–24.
7. Pillay B, Wootten AC, Crowe H, ym. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: a systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2016;42:56–72.
8. Taylor C, Atkins L, Richardson A, ym. Measuring the quality of MDT working: an observational approach. *BMC Cancer* 2012;12:202.
9. Temperley H, Waters C, Larkins K, ym. The educational value of the multidisciplinary meeting (MDM) in surgical oncology: a systematic review and thematic content analysis. *Eur J Surg Oncol* 2022;48:935–45.
10. Edney LC, Gray J, Karnon J, ym. A scoping review of the economics of multidisciplinary teams in oncology care. *J Cancer Policy* 2020;26:100257.
11. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, ym. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2011;8:2116–25.
12. Soukup T, Lamb BW, Sevdalis N, ym. Streamlining cancer multidisciplinary team meetings: Challenges and solutions. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;81:1–6.
13. Soukup T, Sevdalis N, Green JSA, ym. Making tumor boards more patient-centered: let's start with the name. *JCO Oncol Pract* 2021;10:591–3.
14. Lawler M, Oliver K, Gijssels S, ym. The European code of cancer practice. *J Cancer Policy*, julkaistu verkossa 19.4.2021. DOI:10.1016/j.jcpc.2021.100282.
15. Wallace I, Barratt H, Harvey S, ym. The impact of Clinical Nurse Specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2019;43:101674.
16. Lamb B, Allchorne P, Sevdalis N, ym. The role of the urology clinical nurse specialist in the multidisciplinary team meeting. *Int J Urol Nurs* 2011;5:59–64.
17. Karas PL, Rankin NM, Stone E. Medical considerations in multidisciplinary cancer care. *JTO Clin Res Rep* 2020;1:100073.
18. The characteristics of an effective multidisciplinary team (MDT). Lontoo: National Cancer Action Team 2010. www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_specific_work/multidisciplinary_teams/mdt_development
19. Streamlining multi-disciplinary team meetings. Guidance for Cancer Alliances. National Health Service England and NHS Improvement 2019. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/01/multi-disciplinary-team-streamlining-guidance.pdf>
20. Gebbia V, Guarini A, Piazza D, ym. Virtual multidisciplinary tumor boards: a narrative review focused on lung cancer. *Pulm Ther* 2021;7:295–308.
21. Segelov E, Guren MG, Sebag-Montefiore D, ym. "Global multidisciplinary team meetings": challenging cases virtual forums from the International Multidisciplinary Anal Cancer Conference (IMACC). *Clin Colorectal Cancer* 2022;21:175–87.
22. Klarenbeek SE, Weekenstroo HH, Sedelaar JP, ym. The effect of higher level computerized clinical decision support systems on oncology care: a systematic review. *Cancers* 2020;12:1032.
23. Willens JEM, Voorham QJM, Nagtegaal ID, ym. Improving interdisciplinary communication: barriers and facilitators for implementation of standardized structured reporting in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, julkaistu verkossa 15.10.2021. DOI:10.6004/jnccn.2021.7002.
24. Nobori A, Jumniensuk C, Chen X, ym. Electronic health record-integrated tumor board application to save preparation time and reduce errors. *JCO Clin Cancer Inform* 2022. DOI:10.1200/CCI.21.00142.
25. Kaufmann TL, Rocque GB. Pathway to precision patient-reported outcomes. *J Clin Oncol* 2021;39:3770–2.
26. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. *Thorax* 2004;59:1–232.
27. Rossi V. Syöpädiagnoosi kerrotaan joskus väärällä tavalla. *Painavia sanoja*. Helsingin Sanomat 7.7.2022. <https://www.hs.fi/hyvinvointi/art-200008883119.html>.
28. Keränen T. Tuloksia karkaa ja unohtuu Kantaan. *Potilaan Lääkärilehti* 18.10.2017. www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tuloksia-karkaa-ja-unohtuu-kantaan/