

Διεπιστημονικά/ Πολυθεματικά Συμβούλια Ογκολογίας: Ο χρυσός κανόνας (gold standard) στη διαχείριση ογκολογικών ασθενών

Κατωδρύτης Ν^{1,3}, Κωνσταντινίδου Α^{2,3}, Φερεντίνος Κ^{1,3}, Ιωαννίδης Γ^{2,3}, Βόμβας Δ^{1,3}

¹ Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, ² Παθολόγος Ογκολόγος, ³ Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Ογκολογικής Εταιρείας Κύπρου (ΟΕΚ)



17

Περίληψη

Τα Διεπιστημονικά/ Πολυθεματικά Συμβούλια Ογκολογίας αποτελούν τον χρυσό κανόνα (gold standard) στη διαχείριση ογκολογικών ασθενών. Μέσω των συμβουλίων δίνεται η δυνατότητα συντονισμού των πολλών επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ογκολογικού ασθενή. Δίνεται επίσης η δυνατότητα της από κοινού λήψης αποφάσεων αναφορικά με τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφαίνεται ότι από την εφαρμογή των συστάσεων ενός καλά οργανωμένου συμβουλίου προκύπτει όφελος για τον ασθενή αφού παρατηρείται βελτίωση του συνολικού χρόνου επιβίωσης και μείωση του ποσοστού υποτροπής. Επιπλέον προκύπτει εκπαιδευτικό, εργασιακό και νομικό όφελος για τους ιατρούς αλλά και ικανοποίηση τόσο για τους ιατρούς όσο και τους ασθενείς, ενώ μειώνει τα νοσοκομειακά κόστη και τις επιπλοκές της νόσου.

Εισαγωγή

Η φροντίδα και αντιμετώπιση ογκολογικών περιστατικών αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκο-

νται πολλές ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες. Λόγω ακριβώς του αριθμού των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας μπορεί να παρουσιαστεί κενό στην επικοινωνία και τον συντονισμό, δύο σημαντικές παραμέτρους στην προσφορά υψηλής ποιότητας ογκολογικής φροντίδας. Ως Διεπιστημονική/Πολυθεματική φροντίδα (Multidisciplinary - Care) ορίζεται η πολυθεματική και ομαδική προσέγγιση στη φροντίδα του ασθενούς, στο πλαίσιο της οποίας οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας μελετούν από κοινού τις θεραπευτικές επιλογές και καταρτίζουν τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι εμπλεκόμενοι στη φροντίδα επαγγελματίες υγείας συνιστούν τη Διεπιστημονική/ Πολυθεματική Ομάδα (Multidisciplinary team, MDT) που σκοπό έχει να βελτιώσει την επικοινωνία, τον συντονισμό και τον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Η λειτουργία των MDT εφαρμόστηκε αρχικά στις δυτικές χώρες μετά τη δημοσίευση του Calman-Hine report στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1995 και ακολούθως καθιερώθηκε διεθνώς ως καλή πρακτική [1,2,4]. Η Διεπιστημονική/ Πολυθεματική προσέγγιση αποτελεί σήμερα τον χρυσό κανόνα (gold standard) στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου [4]. Η παρουσίαση περιστατικών καρκίνου σε Δι-

επιστημονικά/ Πολυθεματικά Συμβούλια (multidisciplinary team meetings, MDTM) συστήνεται από ιατρικά επαγγελματικά σώματα και αναγνωρισμένες κατευθυντήριες οδηγίες [5]. Στη βιβλιογραφία απαντά κανείς τα Διεπιστημονικά/ Πολυθεματικά Συμβούλια με τους όρους tumor boards, multidisciplinary cancer conferences, multidisciplinary case review or multidisciplinary team meetings χωρίς διαφοροποίηση στους στόχους και στον τρόπο λειτουργίας τους [6].

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διαφανεί μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά πόσο προκύπτει όφελος από τη λειτουργία Διεπιστημονικών/Πολυθεματικών Συμβουλίων για τους ασθενείς και τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας.

Μέθοδος: Πρόκειται για ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω διαδικτύου με την χρήση λέξεων κλειδί όπως “MDTM in Oncology”, “MDTM Guidelines in Oncology”, “mdt streamlining”.

Επιπτώσεις του MDTM στην ποιότητα των ογκολογικών υπηρεσιών

Όπως διαφάνηκε από σχετικές μελέτες οι συστάσεις ενός MDTM μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή της διάγνωσης και της θεραπείας σε νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά καρκίνου [3,6,7,8,9]. Ανασκόπηση 41 μελετών από τους Kočo et al (2021) που αφορούσε στα τέσσερα πιο συχνά είδη καρκίνου (παχέος εντέρου, πνεύμονα, προστάτη, μαστού) ανέδειξε ότι η συζήτηση των περιστατικών σε MDTM διαφοροποίησε τον τρόπο διαχείρισης συνολικά σε ποσοστό 1,6-58%. Κατά μέσο όρο υπήρξε αλλαγή στο 16,2% (6-29%) των περιστατικών καρκίνου εντέρου, στο 53,2% (53-58%) καρκίνου πνεύμονα, στο 21,1% (1,6-43%) καρκίνου προστάτη και στο 42,1% καρκίνου μαστού (μία μόνο μελέτη) [3]. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση των Kočo et al (2021) ότι το MDTM διαφοροποίησε τον αριθμό και τις τεχνικές χειρουργικών επεμβάσεων και αύξησε τον αριθμό των περιστατικών που έλαβαν χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) ή ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) καθώς και αυτών που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας [3]. Ακόμα μία μελέτη από τη Σκωτία αναφέρει αύξηση του ποσοστού ασθενών με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα που έλαβαν ΧΜΘ και ανακουφιστική φροντίδα μετά από απόφαση του MDTM [10]. Οι Rollet et al (2021) διαπιστώνουν επίσης ότι η παρουσίαση και συζήτηση περιστατικών σε MDTM είναι συνυφασμένη με τη χορήγηση περισσότερης επικουρικής (adjuvant) ΧΜΘ σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου III [11]. Επιπλέον οι συστάσεις του MDTM που συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με τις κατευθυντήριες οδηγίες [6,12], βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου, ενώ μπορούν να επιφέρουν αναπροσαρμογή της θεραπείας στη βάση των ισχύουσων κατευθυντήριων οδηγιών [13,14]. Αμερικανική μελέτη 269 ασθενών με ουρολογικό καρκίνο αναφέρει ότι μετά από συζήτηση στο MDTM έγινε αλλαγή στη διάγνωση στο 23%

των περιστατικών καρκίνου ουροδόχου κύστεως και στο 17% καρκίνου νεφρού ενώ αλλαγή στη θεραπεία έγινε στο 44% των περιπτώσεων καρκίνου ουροδόχου κύστεως, στο 36% καρκίνου νεφρού και στο 29% καρκίνου όρχεως [10]. Η βελτίωση της διάγνωσης και θεραπείας έχει αυξήσει το ποσοστό ίασης των καρκινοπαθών σε πολλές αναπτυγμένες χώρες σε ποσοστό πέραν του 50% ενώ τα καλύτερα αποτελέσματα αγγίζουν το 60% [2].

Η βελτίωση της επιβίωσης μέσω των συστάσεων του MDTM τεκμηριώνεται από πολλές μελέτες που καταδεικνύουν βελτίωση του ποσοστού επιβίωσης (survival rate) για κάποια είδη καρκίνου όπως του πνεύμονα, του μαστού, του γαστρεντερικού συστήματος, του ουροποιητικού συστήματος και των σαρκωμάτων [4]. Κινέζικη μελέτη αναδεικνύει βελτίωση κατά 15,6% του ποσοστού 5-ετούς επιβίωσης στον καρκίνο μαστού μετά από εφαρμογή συστάσεων ενός καλά οργανωμένου MDTM [15]. Για το θέμα της επίδρασης της οργάνωσης στην ποιότητα και λειτουργία του MDTM, οι Walraven, J.E.W et al (2022) μετά από ανασκόπηση 74 μελετών αναφέρουν ότι παρόλο που δεν στοιχειοθετείται ευθέως η εξάρτηση της ποιότητας και της λειτουργίας ενός MDTM από την οργάνωσή του εντούτοις είναι σαφές ότι η καλή οργάνωση αποτελεί προϋπόθεση της σωστής λειτουργίας του [16]. Αριθμός μελετών αναφέρονται στην ανάγκη καλής οργάνωσης, και αποτελεσματικότητας ενός MDTM, ενώ για την επίτευξη αυτού του στόχου έχουν καταγραφεί κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου [2,17]. Μείωση των θανάτων κατά 18% σε ασθενείς με καρκίνο μαστού που τυγχάνουν αντιμετώπισης από MDTM διαπιστώνουν οι Kesson et al (2012) ενώ οι Tsai et al (2020) πέραν της μείωσης των θανάτων αναφέρουν και μείωση του ποσοστού υποτροπής στον καρκίνο μαστού [18,19]. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται βελτίωση του συνολικού χρόνου επιβίωσης και μείωση του ποσοστού υποτροπής μετά από διαχείρισή τους από MDTM και σε περιστατικά καρκίνου πνεύμονα [4,20]. Σε μεταανάλυση 5 μελετών από τους Changyi Shang et al (2021) διαφαίνεται ότι η διαχείριση περιστατικών καρκίνου κεφαλής και τραχήλου από Διεπιστημονική/Πολυθεματική Ομάδα βελτιώνει το ποσοστό της συνολικής επιβίωσης (overall survival rate) [21]. Μείωση του κινδύνου για θάνατο σε ασθενείς με καρκίνο οισοφάγου προχωρημένων σταδίων, καταδεικνύει μελέτη των Yuan Chun Huang et al (2021). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση της ίδιας μελέτης ότι μικρότερο κίνδυνο για θάνατο έχουν ασθενείς που τυγχάνουν θεραπείας από ιατρούς με εμπειρία στον καρκίνο οισοφάγου και μεγάλο φόρτο εργασίας, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία της εξειδίκευσης [22].

Διαφαίνεται λοιπόν ότι προκύπτει όφελος για τους ογκολογικούς ασθενείς που τυγχάνουν χειρισμού από Διεπιστημονικό/Πολυθεματικό Συμβούλιο. Πέραν όμως από τη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, που είναι η σημαντικότερη παράμετρος, από τη λειτουργία των MDTM προκύπτει εκπαιδευτικό, εργασιακό (αποφυγή διπλής εργασίας και εξοικονόμηση χρόνου) και νομικό (μείωση περιστατικών ιατρικής αμέλειας) όφελος αλλά και ικανοποίηση για τους ιατρούς. Επιπλέον προκύπτει ικανοποίηση και

αύξηση του αισθήματος ασφάλειας για τους ασθενείς, οι οποίοι νιώθουν καλύτερα όταν η περίπτωση τους συζητηθεί σε MDTM. Επιπλέον η διαχείριση των περιστατικών στο πλαίσιο του MDTM μειώνει τα νοσοκομειακά κόστη και τις επιπλοκές [2,10,23,24,25].

Από τη συζήτηση σε MDTM το μεγαλύτερο όφελος φαίνεται ότι προκύπτει για τα πολύπλοκα περιστατικά όπως προχωρημένα και μεταστατικά, σπάνιοι υπότυποι της νόσου (unusual subtype of disease), περιστατικά μετά από αποτυχημένη θεραπεία, περιστατικά με σημαντικές συνοσπρότητες καθώς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα [5].

Σύνθεση Διεπιστημονικού/ Πολυθεματικού Συμβουλίου (Multidisciplinary team meeting)

Ένα Διεπιστημονικό/ Πολυθεματικό Ογκολογικό Συμβούλιο αποτελείται από μόνιμα και μη μόνιμα μέλη. Στα μόνιμα μέλη ανήκουν ιατροί Ογκολόγοι (Παθολόγος και Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος), Χειρουργός (γενική χειρουργική ή συναφής προς το αντικείμενο του συμβουλίου χειρουργική ειδικότητα), Ακτινολόγοι και Ιστοπαθολόγοι [1,4,5,26,27]. Οι Walraven, J.E.W et al (2022) ορίζουν ως μόνιμα μέλη Παθολόγο και Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγο, Χειρουργό Ογκολόγο, Ακτινολόγο, Ιστοπαθολόγο και ειδικό ιατρό συναφούς προς το αντικείμενο του συμβουλίου ειδικότητας [16]. Σε κάποιες χώρες η σύνθεση της ομάδας δεν προϋποθέτει Ακτινολόγο ως μόνιμο μέλος [6,28]. Στα μη μόνιμα μέλη συνήθως ανήκουν ιατροί με συναφή προς το αντικείμενο του συμβουλίου ειδικότητα καθώς και άλλοι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλεύτης, φυσιοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, κλινικός διαιτολόγος, κοινωνιολόγος κλπ [1,4,26,28].

Οι Keating et al (2013) μελετώντας 62 κέντρα, στα οποία λειτουργεί ένα Ογκολογικό Συμβούλιο (tumor board), όπου συζητούνται σχεδόν όλα τα είδη καρκίνου, διαπίστωσαν ότι Παθολόγος Ογκολόγος συμμετέχει στο 95% των συμβουλίων, Ιστοπαθολόγος στο 97%, Χειρουργός στο 92%, Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος στο 81% και Ακτινολόγος στο 76%. Άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως κοινωνιολόγος, κλινικός διαιτολόγος και ειδικός στην ανακουφιστική ιατρική συμμετέχουν σε πολύ μικρότερο βαθμό [12].

Συνεπώς η συμμετοχή ως μόνιμων μελών ιατρών των ειδικοτήτων Παθολογικής και Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Χειρουργικής, Ακτινολογίας και Παθολογικής Ανατομικής (Ιστοπαθολογία) αποτελεί τη διεθνώς αποδεκτή σύνθεση μιας Διεπιστημονικής/ Πολυθεματικής Ομάδας ή αλλιώς ενός Διεπιστημονικού/ Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου.

Διεπιστημονική/ Πολυθεματική Ομάδα (MDT) και νομική προστασία

Η Διεπιστημονική/ Πολυθεματική Ομάδα (MDT) παρέχει ψηλού επιπέδου συστάσεις στη διάγνωση και τον χειρισμό ογκολογικών περιστατικών που οδηγούν στη βελτίωση του ποσοστού συνολικής επιβίωσης (overall survival), γι' αυτό στο Ηνωμένο Βασίλειο το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) υπαγορεύει τη λειτουργία των Διεπιστημονικών/ Πολυθεματικών Συμβουλίων (MDTM). Προϋπόθεση όμως είναι η

καλή οργάνωση και λειτουργία του συμβουλίου αφού ένα κακά οργανωμένο και ανεπαρκώς πλαισιωμένο MDTM μπορεί να είναι δυσλειτουργικό και να έχει κακά αποτελέσματα [15,29].

Η ερώτηση που τίθεται είναι κατά πόσο οι συστάσεις μιας Διεπιστημονικής/ Πολυθεματικής Ομάδας (MDT) παρέχουν νομική προστασία στους συμμετέχοντες αλλά και στον θεράποντα ιατρό.

Οι Howard et al (2018) αναφερόμενοι στην αγγλική νομοθεσία σημειώνουν ότι στον ιατρικό νόμο την ευθύνη φέρει το άτομο και όχι η ομάδα. Όπως αναφέρουν το MDT δεν έχει νομική ταυτότητα και οι όποιες συστάσεις του στηρίζονται σε ατομικές απόψεις. Σύμφωνα με αυτή τη λογική οι συγγραφείς σημειώνουν ότι [29]:

1. Ο επαγγελματίας υγείας δεν χρειάζεται να δει τον ασθενή για να κάνει το καθήκον του και να φέρει νομική ευθύνη.
2. Ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο για εκείνο το μέρος της απόφασης που εμπίπτει στην ειδικότητά του.
3. Είναι ευθύνη του θεράποντος (primary physician) να διασφαλίσει ότι όλες οι σχετικές κλινικές πληροφορίες είναι στη διάθεση του συμβουλίου και είναι ακριβείς.
4. Η σύσταση με όποιες διαφωνίες θα πρέπει να επεξηγηθεί στον ασθενή με τρόπο που να του επιτρέψει να λάβει μια απόφαση.

Οι Howard et al (2018) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ένα Διεπιστημονικό/ Πολυθεματικό Συμβούλιο μπορεί να δράσει ως ασπίδα νομικής προστασίας εάν τεθούν ενώπιόν του οι σωστές και υποστηρικτικές πληροφορίες και οι όποιες συζητήσεις και αποφάσεις του καταγράφονται καθαρά στο πρακτικό [29].

Το Βέλγιο έχει θεσμοθετήσει νομικά το Ογκολογικό Συμβούλιο το 2003 με την ονομασία MOC (multidisciplinary oncology consultation). Παρόλο που νομοθετικά το MOC αφορά στη συμβουλευτική προς ένα ασθενή και συγκαλείται από τον προσωπικό ιατρό εντούτοις για πρακτικούς λόγους πήρε τη μορφή ενός MDTM, στο οποίο συζητείται αριθμός περιστατικών [6]. Σε νομική κατοχύρωση του Διεπιστημονικού/ Πολυθεματικού Συμβουλίου προχώρησε και η Ελλάδα [28].

Στην Κύπρο το θέμα της συμβουλευτικής γνωμοδότησης ρυθμίζεται από το 2ο Κεφάλαιο, Άρθρο 6 των Κανονισμών Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας «ο Περί Ιατρών (Σύλλογοι, Πειθαρχία και Ταμείον Συντάξεων) Νόμος» που αναφέρει ότι «ο ιατρός υποχρεώνεται να διευκολύνει συμβουλευτική ιατρική γνωμοδότηση, όπως και συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όσες φορές ζητεί αυτό ο ασθενής και οι οικείοι του» [30]. Όπως και στο Βέλγιο η νομοθεσία αφορά στη συμβουλευτική προς ένα ασθενή και συγκαλείται από τον θεράποντα ιατρό μπορεί όμως να πάρει τη μορφή ενός Διεπιστημονικού/ Πολυθεματικού Συμβουλίου, στο οποίο συζητείται αριθμός περιστατικών.

Γεγονός είναι ότι οι κλινικοί ιατροί νιώθουν ότι η συζήτηση στο Πολυθεματικό/ Διεπιστημονικό Συμβούλιο προσφέρει κάποιου βαθμού νομική προστασία και ασφάλεια [5,16]. Ενδιαφέρον παρουσιάζει μελέτη από την Κορέα η οποία

◀ διαπιστώνει, στη βάση ερωτηματολογίου, ότι το 37% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι την ευθύνη της απόφασης του συμβουλίου φέρει ο θεράπων ιατρός ενώ το 38% πιστεύει ότι την ευθύνη οφείλουν να μοιραστούν όλα τα μέλη του συμβουλίου [27].

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία ενός Συμβουλίου

Όπως αναφέρουν οι Walraven, J.E.W et al (2022) μετά από ανασκόπηση 74 μελετών η βελτίωση της λειτουργίας και ποιότητας ενός συμβουλίου εξαρτάται από τον προγραμματισμό, τη δομή, την προετοιμασία και τη συμμετοχή των μονίμων μελών, την αφιέρωση αρκετού χρόνου για συζήτηση κάθε περιστατικού, την αποφυγή διακοπής της συζήτησης από εξωγενείς παράγοντες, την καθοδήγηση ενός προεδρεύοντος και την γραμματειακή υποστήριξη [16]. Ως εμπόδια για την καλή λειτουργία αναφέρονται επίσης η απουσία καθοδηγητή/συντονιστή, η κακή προετοιμασία, η κακή παρουσίαση, η μη κατανόηση του ερωτήματος που καλείται το συμβούλιο να απαντήσει, η προτίμηση σε εξειδικευμένες θεραπείες από τον θεράποντα ιατρό, η πίεση χρόνου καθώς και παρατεταμένες συζητήσεις που προκαλούν κόπωση στους συμμετέχοντες [5,16].

Οι λόγοι της αναποτελεσματικότητας ενός συμβουλίου δεν αφορούν μόνο στους συμμετέχοντες κλινικούς ιατρούς. Οφείλονται και στην αύξηση των περιστατικών που παρουσιάζονται προς συζήτηση, τα οποία προκύπτουν λόγω της αύξησης της συχνότητας καρκίνου, της αύξησης του χρόνου επιβίωσης των καρκινοπαθών. Επιπλέον οφείλονται στις συνοσπρότητες, στο αυξανόμενο μέγεθος του πληθυσμού καθώς και στην ασφάλεια που νιώθουν οι ιατροί όταν το περιστατικό συζητηθεί σε MDTM. Επίσης πιθανόν να οφείλονται σε μη ικανοποιητική γραμματειακή και τεχνολογική υποστήριξη. Ακόμα ίσως να σχετίζονται με τη μη ικανοποιητική Ακτινολογική και Ιστοπαθολογική υποστήριξη αφού αυτές οι δύο ειδικότητες ασχολούνται σε καθημερινή βάση και με μη ογκολογικά περιστατικά [5].

Η διαδικτυακή συμμετοχή που έχει καθιερωθεί στο διάστημα της πανδημίας Covid-19, διασφαλίζει τη συμμετοχή εξειδικευμένων ιατρών, μειώνει τις μετακινήσεις των μελών του συμβουλίου και μειώνει τον χρόνο της διαγνωστικής πορείας του περιστατικού [16]. Ταυτόχρονα όμως εκφράζονται προβληματισμοί για πιθανά τεχνικά προβλήματα και διαφορετικότητα στον τεχνολογικό τρόπο επικοινωνίας, χωρίς να παύει η τηλεϊατρική να αποτελεί μία πρόκληση [5].

Οικονομική επίπτωση από τη λειτουργία Διεπιστημονικού/Πολυθεματικού Συμβουλίου

Αμερικανική μελέτη που αφορά σε ασθενείς με κακόηθες μελάνωμα αναφέρει ότι η διαχείριση περιστατικού από MDTM μπορεί να εξοικονομήσει \$1600 (£969) ανά ασθενή [10]. Δημοσίευση των Ke, K.M., Blazeby, J.M., Strong, S. et al (2013) αναφέρεται σε δύο μη ταχαιοποιημένες μελέτες (non-randomized trials) που αφορούν σε ογκολογικούς ασθενείς που έτυχαν χειρισμού από MDTM. Η πρώτη που ήταν αναδρομική μελέτη περιστατικών με κακόηθες μελάνωμα που συζητήθηκαν ή δεν συζητήθηκαν σε MDTM

ανέδειξε ότι το κόστος φροντίδας ήταν κατά 33-50% χαμηλότερο στους ασθενείς που έτυχαν χειρισμού από MDTM. Δεύτερη μελέτη που αφορούσε σε ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια ανέδειξε μείωση του κόστους φροντίδας κατά 20% και μείωση των επιπλοκών [25].

Όπως διαφαίνεται βιβλιογραφικά δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να τεκμηριώνουν τη μείωση του κόστους φροντίδας ασθενών που τυγχάνουν χειρισμού από MDTM. Παρόλο ότι η θετική οικονομική επίπτωση παραμένει υπό αμφισβήτηση, εν τούτοις υπάρχουν στοιχεία που πιθανόν να δείχνουν κάποιο οικονομικό όφελος μέσω της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας [5]. Το θέμα χρήζει διερεύνησης αφού μόνο από τις αλλαγές που προκύπτουν στις διαγνώσεις και θεραπείες συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής αχρείαστων εξετάσεων, χειρουργικών επεμβάσεων κλπ το πιθανότερο είναι να προκύπτει οικονομικό όφελος μέσω της διαχείρισης περιστατικών από συμβούλιο.

Ο θεσμός του Διεπιστημονικού/Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου στην Κύπρο

Το πρώτο Διεπιστημονικό/Πολυθεματικό Ογκολογικό Συμβούλιο συστάθηκε και λειτούργησε το 2005 στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου (ΟΚΤΚ) στη Λευκωσία και αφορούσε στον καρκίνο του πνεύμονα και τις θωρακικές κακοήθειες. Η ομάδα αποτελείτο αρχικά από Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγο, Παθολόγο Ογκολόγο και Θωρακοχειρουργό, ενώ εκεί και όπου χρειαζόταν ζητείτο η άποψη Ακτινολόγου και Ιστοπαθολόγου.

Η πιο πάνω σύνθεση αντιστοιχεί στα διεθνώς ισχύοντα, όπου αναφέρεται συμμετοχή Παθολόγου Ογκολόγου, Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγου, Χειρουργού, Ακτινολόγου και Ιστοπαθολόγου ως μόνιμα μέλη [1,4,26]. Η συμμετοχή συναφούς προς το αντικείμενο του συμβουλίου ειδικότητας συστήνεται ενώ η παρουσία του θεράποντος ιατρού για παρουσίαση του περιστατικού είναι απαραίτητη [16,28,32].

Στην πορεία λειτούργησαν στο ΟΚΤΚ Διεπιστημονικά/Πολυθεματικά Συμβούλια για 10 συνολικά ομάδες ογκολογικών νοσημάτων. Συμβούλια λειτουργούν σήμερα πέραν του ΟΚΤΚ, στα δημόσια νοσηλευτήρια (ΟΚΥνη), στο Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο και στο Mediterranean Hospital of Cyprus στη Λεμεσό.

Με τη συμβολή της Ογκολογικής Εταιρείας Κύπρου (ΟΕΚ) καταγράφηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) οι ελάχιστες προϋποθέσεις σύστασης και λειτουργίας Ογκολογικού Συμβουλίου [1,4,16,26,28,32] ενώ λόγω απουσίας εθνικών κατευθυντηρίων οδηγιών έγιναν αποδεκτές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες πάνω στις οποίες θα πρέπει να στηρίζονται οι συστάσεις των συμβουλίων, όπως είναι η πρακτική διεθνώς [4,6,12].

Αξίζει να σημειωθεί ότι Διεπιστημονικά/Πολυθεματικά Ογκολογικά Συμβούλια λειτουργούν ενδονοσοκομειακά, πρακτική που ισχύει διεθνώς [10]. Η λειτουργία ενδονοσοκομειακών συμβουλίων υποστηρίχτηκε από απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου της Κυπριακής Δημοκρατίας της 18ης Δεκεμβρίου 2019. Η απόφαση αυτή, η οποία οδήγησε στην καθιέρωση των συμβουλίων, διασύνδεσε τη «θετική γνωμάτευση» Ογκολογικού Συμβουλίου με την παροχή ▶

δωρεάν ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από τα κρατικά νοσηλευτήρια στους ογκολογικούς ασθενείς. Η απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου προνοούσε συνέχιση αυτής της προϋπόθεσης για την αποζημίωση ογκολογικών υπηρεσιών από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) στο πλαίσιο του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) [31].

Για σκοπούς οικονομικού και ποιοτικού ελέγχου, ο ΟΑΥ σε συνεργασία με την ΟΕΚ ενίσχυσε τον θεσμό των Ογκολογικών Συμβουλίων. Στη βάση της απόφασης του Υπουργικού Συμβουλίου, ο ΟΑΥ συνέχισε τη διασύνδεση της αποζημίωσης των ιατρικών ογκολογικών πράξεων με «θετική γνωμάτευση» εγκεκριμένου Ογκολογικού Συμβουλίου, καθιστώντας την απαραίτητη προϋπόθεση για την αποζημίωση ιατρών και νοσηλευτριών [32]. Απαραίτητη ή υποχρεωτική θεωρείται η συζήτηση των νεοδιαγνωσθέντων ογκολογικών περιστατικών σε Διεπιστημονικά/ Πολυθεματικά Συμβούλια σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία, το Βέλγιο κ.α. [3,5,6,11,31].

Συμπέρασμα

Η λειτουργία Διεπιστημονικών/ Πολυθεματικών Συμβουλίων στην Ογκολογία αποτελεί σήμερα τον χρυσό κανόνα (gold standard) στη διαχείριση ογκολογικών περιστατικών. Από την εφαρμογή των συστάσεων ενός καλά οργανωμένου συμβουλίου διαφαίνεται ότι προκύπτει όφελος για τον ασθενή αφού παρατηρείται βελτίωση του συνολικού χρόνου επιβίωσης και μείωση του ποσοστού υποτροπής. Επιπλέον από τη λειτουργία των ΜDTM προκύπτει εκπαιδευτικό, εργασιακό και νομικό όφελος αλλά και ικανοποίηση για τους ιατρούς και τους ασθενείς ενώ μειώνει τα νοσοκομειακά κόστη και τις επιπλοκές της νόσου.

Παρόλο που δεν στοιχειοθετείται οικονομικό όφελος εντούτοις το θέμα χρήζει διερεύνησης αφού από την αλλαγή της διάγνωσης και της θεραπείας και τη μείωση των επιπλοκών πιθανόν να επιτυγχάνεται εξοικονόμηση χρημάτων. Προβληματισμοί εκφράζονται για τον αυξανόμενο όγκο των περιστατικών που παρουσιάζονται σε συμβούλια ενώ όλο και περισσότερο εφαρμόζεται η διαδικτυακή συμμετοχή. Η Κύπρος εφαρμόζει τη διεθνώς αποδεκτή καλή πρακτική με τη λειτουργία ενδονοσοκομειακών Διεπιστημονικών/ Πολυθεματικών Συμβουλίων.

Βιβλιογραφία

1. M. Silberman, B. Pitsillides, N. Al-Alfi, S. Omran, K. Al-Jabri, K. Elshamy, I. Ghayeb, J. Livneh, M. Daher, H. Charalambous, A. Jafferri, R. Fink & M. El-Shamy. Multidisciplinary care team for cancer patients and its implementation in several Middle Eastern countries. *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii41–vii47, 2013.
2. Peter Selby, Razvan Popescu, Mark Lawler, Hugh Butcher and Alberto Costa. *The Value and Future Developments of Multidisciplinary Team Cancer Care*. 2019 ASCO EDUCATIONAL BOOK | asco.org/edbook. Accepted on May 17, 2019 and published at pubs.org on May 17, 2019
3. Lejla Kočo, Harm H. A. Weekenstroo, Doenja M. J. Lambregts, J. P. Michiel Sedelaar, Mathias Prokop, Jurgen J. Fütterer and Ritse M. Mann. *The Effects of Multidisciplinary Team Meetings on Clinical Practice for Colorectal, Lung, Prostate and Breast Cancer: A Systematic Review*. *Cancers* 2021, 13(16), 4159; <https://doi.org/10.3390/cancers13164159>
4. Brigitte Scott. *Multidisciplinary Team Approach in Cancer Care: A Review of The Latest Advancements*. *EMJ Oncol.* 2021;9[Suppl 9]:2–13
5. David A. Winters, Tayana Soukup, Nick Sevdalis, James S.A. Green, Benjamin W. Lamb. *The cancer multidisciplinary team meeting: in need of change? History, challenges and future perspectives*. *BJU International*; Volume 128, Issue 3 Sep 2021 Pages i–iv, 265–395.
6. Melissa Horlait, Saskia Baes, Sophie Dhaene, Simon Van Belle, Mark Leys. *How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2019;12 159–167 . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6389011/#>
7. Pawlik TM, Laheru D, Hruban RH, et al. *Evaluating the impact of a single-day multidisciplinary clinic on the management of pancreatic cancer*. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(8):2081–2088.
8. Wheless SA, McKinney KA, Zanation AM. *A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumour board*. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143(5):650–654.
9. 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.
10. Abdulrahman GO Jr. *The effect of multidisciplinary team care on cancer management*. *Pan Afr Med J.* 2011;9:20. doi: 10.4314/panj.v9i1.71195. Epub 2011 Jun 17. PMID: 22355430; PMCID: PMC3215542.
11. Rollet, Q., Bouvier, V., Moutel, G. et al. *Multidisciplinary team meetings: are all patients presented and does it impact quality of care and survival – a registry-based study*. *BMC Health Serv Res* 21, 1032 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07022-x>
12. Nancy L. Keating, Mary Beth Landrum, Elizabeth B. Lamont, Samuel R. Bozeman, Lawrence N. Shulman, Barbara J. McNeil. *Tumor Boards and the Quality of Cancer Care*. *J Natl Cancer Inst* 2013;105:113–121
13. Conron M, Phuah S, Steinfort D, et al. *Analysis of multidisciplinary lung cancer practice*. *Intern Med J.* 2007;37(1):18–25.
14. Vinod SK, Sighom MA, Delaney GP. *Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care?* *J Oncol Practice.* 2010;6(6):276–281.
15. Jianlong Lu, Yan Jiang, Mengcen Qian, Lilang Lv and Xiaohua Ying. *The Improved Effects of A Multidisciplinary Team on the Survival of Breast Cancer Patients: Experiences from China*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 277;
16. Walraven, J.E.W., van der Hel, O.L., van der Hoeven, J.J.M. et al. *Factors influencing the quality and functioning of oncological multidisciplinary team meetings: results of a systematic review*. *BMC Health Serv Res* 22, 829 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08112-0>
17. *Guidance for Cancer Alliances. Streamlining Multi-Disciplinary Team Meetings*. NHS England and NHS Improvement. 14 Jan 2020 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/01/multi-disciplinary-team-streamlining-guidance.pdf>
18. Eileen M Kesson, Gwen M Allardice, W David George, Harry J G Burns, David S Morrison. *Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women*. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e2718> (Published 26 April 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;344:e2718
19. Chang-Hung Tsai, Huan-Fa Hsieh, Ting-Wei Lai, Pei-Tseng Kung, Wei-Yin Kuo, Wen-Chen Tsai. *Effect of multidisciplinary team*

care on the risk of recurrence in breast cancer patients: A national matched cohort study. *The Breast*; Volume 53, October 2020, Pages 68-76

20. Chien-Chou Pan, Pei-Tseng Kung, Yueh-Hsin Wang, Yu-Chia Chang, Shih-Ting Wang, Wen-Chen Tsai. Effects of Multidisciplinary Team Care on the Survival of Patients with Different Stages of Non-Small Cell Lung Cancer: A National Cohort Study. Published: May 12, 2015v <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126547> <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126547>

21. Changyi Shang, Linfei Feng, Ying Gu, Houlin Hong, Lilin Hong and Jun Hou. Impact of Multidisciplinary Team Management on the Survival Rate of Head and Neck Cancer Patients: A Cohort Study Meta-analysis. *Front. Oncol.*, 08 March 2021

Sec. Head and Neck Cancer

Volume 11 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.630906>

22. Yuan Chun Huang, Pei Tseng Kung, Shang Yun Ho, Yeu ShengTyan, Li Ting Chiu & Wen ChenTsai. Effect of multidisciplinary team care on survival of oesophageal cancer patients: a retrospective nationwide cohort study. *Scientific Reports* | (2021) 11:13243 | <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92618-w>

23. Charlotte Hughes. Multidisciplinary Teamwork Ensures Better Healthcare Outcomes. April 21, 2021. <https://www.td.org/insights/multidisciplinary-teamwork-ensures-better-healthcare-outcomes>

24. Nancy E. Epstein. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *w. Surg Neurol Int* 2014;5:S295-303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173201/>

25. Ke, K.M., Blazeby, J.M., Strong, S. et al. Are multidisciplinary

teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc* 11, 7 (2013). <https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-7>

26. Sameera Kumar. Fox Chase Cancer Centre. Multidisciplinary Cancer Care: What It Means and Why It Matters. 16 April 2020.

27. Yun-Gyoo Lee, Sukjoong Oh, Heejin Kimm, Dong-Hoe Koo, Do Yeun Kim, Bong-Seog Kim, Seung-Sei Lee. Practice Patterns Regarding Multidisciplinary Cancer Management and Suggestions for Further Refinement: Results from a National Survey in Korea. *Cancer Res Treat.* 2017; 49(4): 1164-1169.

DOI: <https://doi.org/10.4143/crt.2016.517>

28. Ελληνική Νομοθεσία περί Ογκολογικών Συμβουλίων Νόμος 4052/2012 (1/3/2012) - Άρθρο 135, παράγραφος 2. Διατομεακή περίθαλψη ασθενών με Καρκίνο-Ογκολογικά Συμβούλια.

29. Anthony Howard, Jim Zhong, Julian Scott. Are multidisciplinary teams a legal shield or just a clinical comfort blanket? *British Journal of Hospital Medicine*, April 2018, Vol 79, No 4

30. Κανονισμοί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του 1991. Ο Περί Ιατρών (Σύλλογοι, Πειθαρχία και Ταμείον Συντάξεων) Νόμος (Νόμοι του 1967 και 1970)

31. Σχέδιο σύστασης και λειτουργίας Ανωτάτου Συμβουλίου Ογκολογίας με σκοπό την βελτιστοποίηση των ογκολογικών υπηρεσιών. Υπουργικό Συμβούλιο Κυπριακής Δημοκρατίας 18/12/2019.

32. Ανακοίνωση προς Ιατρούς και Νοσηλευτήρια σχετικά με τη διαδικασία και ελάχιστες προϋποθέσεις αξιολόγησης Πολυθεματικών/ Διεπιστημονικών Συμβουλίων Ογκολογίας. ΓεΣΥ, Αρ. Ανακοίνωσης: OSIS20221017. 17 Οκτωβρίου 2022, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας