

基于 TEAM 准则的我国肿瘤多学科诊疗模式有效性评估工具开发与应用^{*}

——毛一晴^{1,2,3}

【摘要】 **目的** 基于英国国家癌症行动小组提出的 TEAM 准则,开发适用于我国的肿瘤多学科诊疗(MDT)模式有效性评估工具并进行应用,为肿瘤 MDT 模式可持续发展提供参考。**方法** 采用文献分析法,经研究小组讨论初步构建评估条目,通过两轮专家咨询确定评估内容,并进行信效度检验。对 33 个肿瘤 MDT 团队的 491 名成员开展问卷调查,了解 MDT 模式有效性现状。**结果** 评估工具包括一级维度 5 个、二级维度 17 个、三级评价条目 36 个。评估工具效标效度 r 值均 $>0.80(P<0.05)$,结构效度 KMO 值为 $0.849(P<0.001)$,内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.920 。 65.6% 的 MDT 成员认为肿瘤 MDT 模式有效性处于中等水平,一级维度中团队组成(59.5%)、会议组织(73.3%)、以患者为中心的临床决策(63.1%)和二级维度中会议后期(56.2%)、以患者为中心的照护(58.1%)等有效性处于中低水平。**结论** 构建的肿瘤 MDT 模式有效性评估工具具有创新性和可行性。应进一步完善制度和标准,加强成本效益分析,关注群体决策行为,规范质控体系,深化“以患者为中心”的服务内涵。

【关键词】 肿瘤;多学科诊疗;有效性评估;TEAM 准则
中图分类号:R197.323;R73 **文献标识码:**A

Development and Application of an Evaluation Tool for the Effectiveness of Multidisciplinary Diagnosis and Treatment Mode for Cancer in China Based on the TEAM Criteria/MAO Yiqing. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(4): 46—52

Abstract **Objective** To develop and apply an evaluation tool tailored to China's context for assessing the effectiveness of multidisciplinary diagnosis and treatment (MDT) model for cancer based on the TEAM criteria proposed by the UK's National Cancer Action Team, providing reference for the sustainable development of the MDT model for cancer.
Methods A literature review was conducted, and initial evaluation items were constructed through discussions among a research panel. The content of the evaluation was finalized through two rounds of expert consultations, followed by reliability and validity testing. A questionnaire survey was administered to 491 members from 33 MDT teams for cancer to understand the current status of MDT model effectiveness. **Results** The evaluation tool comprises 5 primary dimensions, 17 secondary dimensions, and 36 tertiary items. The criterion-related validity r -values of the evaluation tool were all $>0.80(P<0.05)$, the structural validity KMO value was $0.849(P<0.001)$, and the internal consistency Cronbach's α coefficient was 0.920 . According to 65.6% of MDT members, the effectiveness of the MDT model for cancer was at a moderate level. Within the primary dimensions, team composition (59.5%), meeting organization (73.3%), and patient-centered clinical decision-making (63.1%) were rated as moderately to low effective, while within the secondary dimensions, post-meeting follow-up (56.2%) and patient-centered care (58.1%) were rated as moderately to low effective. **Conclusion** The developed evaluation tool for assessing the effectiveness of MDT model for cancer is innovative and feasible. It is necessary to further improve systems and standards, strengthen cost-benefit analysis, focus on group decision-making behaviors, standardize quality control systems, and deepen the

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.4.11

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目——基于心理场论视角的肿瘤多学科诊疗行为激励机制研究(编号:72204226);河南省医学科技攻关计划项目——基于价值理论的肿瘤多学科诊疗旅程质量评价及优化研究(编号:RKX202302010)

1 郑州大学附属肿瘤医院/河南省肿瘤医院 河南 郑州 450008 2 郑州大学公共卫生学院 河南 郑州 450001
3 河南省医院管理研究院 河南 郑州 450000

connotation of "patient-centered" services.

Key words Cancer; Multidisciplinary Diagnosis and Treatment; Effectiveness Evaluation; TEAM Criteria

First-author's address The Affiliated Cancer Hospital of Zhengzhou University & Henan Cancer Hospital, Zhengzhou, Henan, 450008, China

肿瘤多学科诊疗(Multidisciplinary Diagnosis Treatment, MDT)模式是指以患者为中心、以跨学科专业人员为依托,为肿瘤患者提供整合型服务的诊疗模式,其具有提高疾病治疗规范化水平,改善患者预后,提升肿瘤疾病经济效益等价值^[1]。原国家卫生计生委、国家中医药管理局于 2016 年发布《关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知》,首次提及在肿瘤治疗领域推行 MDT 模式;国家卫生健康委于 2018 年发布《关于开展肿瘤多学科诊疗试点工作的通知》,标志着我国肿瘤 MDT 模式进入制度化发展阶段^[2]。目前,越来越多的证据支持采用肿瘤 MDT 模式,该模式在全球进入快速发展时期,被视为肿瘤疾病治疗的“金标准”。然而,肿瘤 MDT 模式在实践过程中存在人员参与不积极、行为不规范、信息不完善、标准不明确、患者不依从等问题^[3-4],导致运行效率低下,既浪费医疗资源又影响患者疾病诊治。

为了优化肿瘤 MDT 模式,各国都在探索适合本国的模式评估工具,以确定需要改进的环节或因素^[5]。英国国家癌症行动小组(National Cancer Action Team, NCAT)于 2010 年提出了有效 MDT 特征,即 MDT 模式有效性的 TEAM 准则,构建了 MDT 模式有效运行的整体框架^[6]。TEAM 准则包括团队、基础设施、会议组织、以患者为中心的临床决策、团队治理等 5 个方面 86 个条目,已被验证在评估英国肿瘤 MDT 模式有效

性方面具有科学性和可行性^[7]。有效性是对活动预期结果实现程度的判断。有效性评估是指依托测量数据及其评价结果,为模式改进提供科学依据,通过过程评价指向预期结果^[8]。基于此,本研究认为肿瘤 MDT 模式有效性评估是通过对模式运行过程中的关键环节、因素等进行科学测量,从而预判模式运行的有效程度。我国学者于 2018 年首次将 TEAM 准则进行汉化,用于评估肿瘤 MDT 团队建设和运行^[9]。近年来,复旦大学研究团队对该准则进行了系统综述^[3],并研制了 MDT 有效认知调查问卷^[10],但缺乏实际运用。因此,本研究基于 TEAM 准则,开发适用于我国的肿瘤 MDT 模式有效性评估工具,并通过实证研究,梳理模式有效性运行的主要问题,提出优化建议,以期对肿瘤 MDT 模式可持续发展提供依据。

1 资料与方法

1.1 文献分析

首先,研究小组于 2022 年 10 月—2023 年 3 月,在 Web of Science、PubMed、中国知网、万方等数据库中,以“肿瘤”“MDT”“现状评价”“有效性”等为主题词进行文献检索,同时对国家发布的肿瘤 MDT 模式相关政策文件进行梳理,了解肿瘤 MDT 模式评估的相关内容 & 研究进展。其次,研究小组对 TEAM 准则进行系统研究,并进行翻译与整理,包括 5 个一级维度、17

个二级维度、86 个三级评价条目。再次,结合文献调研结果和 TEAM 准则,通过小组讨论,保留原有一二级维度,删减不符合我国 MDT 模式实施情景的三级评价条目,如团队文化维度中的团队成员签约行为、会议后期维度中的癌症数据登记等,最终确定三级评价条目 42 个,初步构建适合我国的肿瘤 MDT 模式有效性评估工具。

1.2 专家咨询

2023 年 3 月—8 月,邀请专家对评估工具内容的重要性和敏感性进行评分,依据第一轮评分结果以及专家建议修改评估工具条目后,再进行第二轮专家咨询,根据咨询结果优化评估工具。两轮咨询评分从低到高分分别赋值 1 分~10 分。由于数据获取方式来源于肿瘤 MDT 团队成员打分,因此不考察可操作性。共邀请来自河南省、湖北省、广东省、北京市的 10 名专家,包括医院 MDT 模式管理者 3 名、肿瘤 MDT 成员 5 名、高校专家 2 名,工作年限为 5 a~15 a,高级职称 7 名。

1.3 信效度检验

1.3.1 效标效度检验

将原版 TEAM 准则整理成问卷形式(86 个条目),作为测试本研究肿瘤 MDT 模式有效性评估工具的标准,从而测试其效标效度。于 2023 年 10 月—12 月,选取 10 名肿瘤 MDT 团队成员填写问卷部分内容,即每名成员最多填写 3 个维度,要求其采用 Likert 5 级评分法对条

目内容的同意程度进行赋分,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋值 1 分~5 分。收回问卷后,将每个维度条目的评分相加除以条目数来计算每个维度的平均分,然后计算 Pearson 相关系数(r),测量原版 TEAM 准则和本研究评估工具之间的相关性^[11]。

1.3.2 结构效度检验

2023 年 10 月—2024 年 3 月,选取河南省两家省级医院,共 33 个肿瘤 MDT 团队 491 名成员参与问卷调研。要求调研对象采用 Likert 5 级评分法对条目内容的同意程度进行评分,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋值 1 分~5 分。采用因子分析法(KMO)对评估工具体、一级维度、二级维度的结构效度进行检验。

1.3.3 内部一致性检验

问卷调查对象同结构效度检验。采用可靠性分析(Cronbach's α)对评估工具体、一级维度、二级维度的内部一致性进行检验。

1.4 实证研究

共纳入 33 个肿瘤 MDT 团队 491 名成员,包括脑部、肺部、胃部、头颈部、卵巢、乳腺、食管、宫颈、结直肠、骨与软组织、肝胆胰、神经系统、泌尿系统、淋巴系统、中西医结合疑难肿瘤、癌痛与肿瘤康复等。MDT 团队由 MDT 主席(牵头人)、MDT 秘书(协调员)、核心成员以及辅助成员等组成,其中核心成员主要包括临床医师、医技医师,辅助成员主要包括心理医师、营养医师等。491 名 MDT 成员男女比例基本一致,以 36 岁~55 岁人群为主,具有高级职称的人员占 76.2%,具有博士研究生学历的人员占 53.2%,担任主任职务的人员占 47.4%,核心成员占 79.6%。于 2023 年 12 月—2024 年 3 月,采用有效性评估工具对 491 名肿瘤 MDT 团

队成员进行调查,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋值 1 分~5 分。通过计算某维度下所有条目总和,按照均分进行低、中、高分组。

1.5 统计分析方法

采用 Excel 2010 软件和 SPSS 22.0 软件进行数据统计分析。根据专家评分结果,计算评估条目重要性和敏感性的均值(\bar{x})与变异系数(CV),以 $\bar{x} \geq 7$ 且 $CV \leq 0.25$ 为指标纳入标准。采用专家权威系数表示专家权威程度;采用 Kendall 协调系数检验专家意见的协调性,值越高表示协调性越好。在效标效度检验中, Pearson 相关系数(r) >0.80 则认为高度相关。在结构效度检验中, KMO >0.70 则认为通过结构效度检验。在内部一致性检验中,总量表 Cronbach's $\alpha > 0.80$,一、二级维度 Cronbach's $\alpha > 0.60$,则认为通过信度检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 肿瘤 MDT 模式有效性评估工具

专家判断依据系数、熟悉程度系数和专家权威程度分别为 0.860、0.915、0.887。第一轮咨询专家对一级维度、二级维度和三级条目的 Kendall 协调系数分别为 0.215 ($P = 0.02$)、0.228 ($P < 0.001$)、0.478 ($P < 0.001$),第二轮咨询专家对一级维度、二级维度和三级条目的 Kendall 协调系数分别为 0.426 ($P < 0.001$)、0.375 ($P < 0.001$)、0.562 ($P < 0.001$),表明专家意见趋于一致。第二轮咨询后,所有指标均 $\bar{x} \geq 7$ 且 $CV \leq 0.25$ 。

两轮专家咨询后,根据专家意见与纳入标准,剔除了 6 个三级评价条

目,具体如下:(1)“出席成员包括患者的主治医师”与“患者的主治医师(或与患者直接沟通的人员)会全程参与 MDT”重复,故删除前者;(2)“出席 MDT 会议的成员是相互认识的”“MDT 主席具备优化团队合作的能力”“MDT 病例可以作为教学案例”对 MDT 模式运行效果影响较小,故删除;(3)“MDT 团队成员之间友好合作”与部分测量条目相近,故删除;(4)“医院对 MDT 运行情况进行年度评估”属于“医院出台了切实可行的 MDT 模式管理制度”内容,故删除前者。最终构建的肿瘤 MDT 模式有效性评估工具包括一级维度 5 个、二级维度 17 个、三级评价条目 36 个,见表 1。

2.2 信效度检验结果

效标效度检验结果显示,本研究开发的有效性评估工具一级维度与原版 TEAM 准则量表的一级维度均呈高度相关,具体如下:团队组成($r = 0.930, P < 0.001$)、会议设施($r = 0.926, P < 0.001$)、会议组织($r = 0.889, P < 0.05$)、以患者为中心的临床决策($r = 0.910, P < 0.05$)、团队治理($r = 0.915, P < 0.05$)。

整体来看,本研究肿瘤 MDT 模式有效性评估工具结构效度 KMO = 0.849 ($P < 0.001$),内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.920。从一级维度来看,在可测量情况下,除会议设施外,其他一级维度结构效度 KMO 均 >0.70 且 P 均 <0.001 ,内部一致性 Cronbach's α 系数均 >0.70 。从二级维度来看,在可测量情况下,除会议进行、临床决策过程外,其他二级维度结构效度 KMO 均 >0.70 且 P 均 <0.001 ,内部一致性 Cronbach's α 系数均 >0.60 。

2.3 应用效果

整体来看,491 名 MDT 团队成

表 1 我国肿瘤 MDT 模式有效性评估工具条目内容

一级维度	二级维度	三级评价条目	第二轮重要性		第二轮敏感性	
			$\bar{x}/\text{分}$	CV	$\bar{x}/\text{分}$	CV
团队组成	成员		10.00	0.00	8.40	0.10
			9.80	0.04	8.20	0.11
		所有成员具有 MDT 所需的专业知识和水平	9.50	0.09	8.20	0.13
		每位成员都有明确的角色和职责	8.80	0.12	7.80	0.15
	出席		9.10	0.10	8.10	0.12
		团队成员都能够准时出席 MDT 会议	8.50	0.11	8.50	0.13
	领导力		9.70	0.05	8.80	0.12
		MDT 主席充分发挥领导角色	8.80	0.10	8.30	0.13
		MDT 主席具备卓越的领导能力	9.40	0.07	8.80	0.13
	团队文化		9.20	0.11	8.90	0.12
		团队成员之间相互尊重与信任	9.30	0.11	8.90	0.11
		所有成员具有平等发言权,且不同意见会被重视	8.90	0.14	8.40	0.10
		团队鼓励进行建设性的讨论或辩论	9.10	0.10	7.80	0.15
		不存在个人决策情况	9.60	0.05	8.40	0.15
		如有不清楚之处,能够主动提问并要求对方解释	8.90	0.12	8.70	0.15
			9.50	0.07	9.20	0.10
	个人发展	参与 MDT 可以提升临床技能	8.30	0.10	8.20	0.11
		参与 MDT 可以提高团队合作与沟通能力	8.20	0.11	7.80	0.12
		参与 MDT 可以增强自信心	8.80	0.16	8.20	0.20
会议设施			9.10	0.10	8.20	0.11
	会议环境		9.80	0.04	8.40	0.10
		有专用的 MDT 会议室,且大小和布局均符合要求	9.70	0.05	8.40	0.10
	技术设备		9.10	0.10	8.10	0.12
		符合 MDT 要求,包括精准查看影像报告和病理报告的设备	9.10	0.08	8.20	0.11
会议组织			9.70	0.05	9.20	0.11
	会议安排		9.70	0.05	9.00	0.12
		MDT 会议定期进行	9.60	0.05	9.30	0.09
	会议资料		9.80	0.04	8.20	0.11
		MDT 会议日程确定了本次纳入讨论患者的名单及讨论顺序	9.20	0.11	8.40	0.17
		患者的临床数据包括放射和病理检查结果、患者心理状态、共病情况、前期就诊记录等	9.50	0.07	7.20	0.11
	会议进行		9.20	0.11	9.20	0.11
		MDT 会议过程有清晰的记录	8.40	0.10	8.50	0.14
		全面介绍患者情况	8.00	0.08	8.60	0.17
	会议后期		9.30	0.09	9.20	0.11
		第一时间向患者、患者主治医生或临床团队传达 MDT 建议	9.40	0.07	8.40	0.12
		MDT 会议商定的治疗方案得到落实	9.30	0.11	9.50	0.07

员认为肿瘤 MDT 模式有效性为高、中、低水平的人数分别为 85 名(17.3%)、322 名(65.6%)、84 名(17.1%),以中等水平为主。具体来看:一级维度中,认为 MDT 会议设施和团队治理情况处于高水平的团队成员分别占 72.7%、67.4%,而认为团队组成(59.5%)、会议组织(73.3%)和以患者为中心的临床决策(63.1%)有效性处于中低水平;二级维度中,超过 50%的 MDT 团队成员认为会议后期(56.2%)和以患者为中心的照护(58.1%)有效性处于中低水平,见表 2。

3 讨论

3.1 肿瘤 MDT 模式有效性评估工具具有一定创新性和可行性

现阶段,国外对肿瘤 MDT 模式评价主要采用自我评估和第三方评估两种方式,前者主要基于英国的有效 MDT 特征即 TEAM 准则进行评价,后者由第三方利用 MDT—MODE、MODE—Lite、MDT—OARS 等工具进行评估^[7,12-13]。相较于自我评估,第三方评估往往需要耗费大量时间,同时静态的阶段性观察多局限于对 MDT 会议过程的评估,无法覆盖 MDT 模式开展全过程^[3,14]。因此,基于 TEAM 准则的自我评估成为学者们评价肿瘤 MDT 模式有效性的标准框架^[15]。目前,国内对肿瘤 MDT 模式的有效性评价仍处于探索阶段,且多侧重于结果评价,一种是以疾病的改善程度或患者的生存情况作为评价方式^[16],另一种是开发评价指标体系^[17-18],涵盖工作量、质量、效率等结果指标。结果层面的有效性评价固然重要,但过程层面的评价更有助于管理者及时发现问题,从而优化模式。因此,本研究在 TEAM 准则基础上,开发适用于我国的肿瘤

(续表 1)

一级维度	二级维度	三级评价条目	第二轮重要性		第二轮敏感性	
			$\bar{x}/\text{分}$	CV	$\bar{x}/\text{分}$	CV
以患者为中心的 临床决策	纳入标准	MDT 团队中有专人负责追踪患者的治疗情况,并将治疗结果反馈给团队	8.10	0.14	7.90	0.13
		当治疗计划发生变化时,会告知 MDT 团队	7.90	0.13	7.80	0.12
			9.30	0.11	9.30	0.11
			9.90	0.03	8.40	0.10
	以患者为中心的 照护	有明确的 MDT 纳入标准	9.70	0.05	9.00	0.12
			9.10	0.10	8.20	0.11
		患者的主治医师(或与患者直接沟通的人员)会全程参与 MDT	9.20	0.10	9.10	0.12
		与患者沟通的 MDT 成员确保患者的信息需求已经或将会得到评估和解决	7.80	0.13	7.60	0.14
		患者或家属全程参与 MDT	7.70	0.15	7.50	0.16
		MDT 患者通常可以获得符合其意愿的治疗方案	7.50	0.11	7.00	0.13
		始终考虑患者的心理社会需求	9.00	0.12	8.70	0.12
			9.50	0.07	8.50	0.13
	临床决策 过程	有明确的临床决策依据	9.40	0.09	9.20	0.07
		无明确临床路径的 MDT 复杂病例将纳入临床实验进行管理	7.10	0.15	7.00	0.14
	团队治理		9.50	0.07	9.60	0.07
	组织支持		9.30	0.11	9.20	0.11
		医院领导层认可 MDT 模式	9.10	0.10	8.30	0.08
	数据管理	医院出台了切实可行的 MDT 模式管理制度	8.20	0.11	7.70	0.12
			9.00	0.12	9.20	0.12
		信息系统收集并登记 MDT 患者数据	8.20	0.15	7.60	0.13
	优化管理		8.70	0.08	8.10	0.12
		成员可以对 MDT 模式的发展提供建议	8.40	0.16	8.10	0.17

MDT 模式有效性评估工具,其创新性和可行性主要体现在以下几个方面:第一,原版 TEAM 准则内容庞杂,条目数多达 86 条,这会增加 MDT 团队成员问卷填写负担,难以保证评价质量。因此,本研究通过小组讨论、专家咨询,简化并调整问卷内容,使之更符合使用要求。第二,依据我国肿瘤 MDT 模式实施背景,对 TEAM 准则进行汉化。例如,英国的 MDT 纳入标准是所有原发癌,因此原版 TEAM 准则对这一条目进行评估^[6]。而我国 MDT 纳

入标准尚未统一,主要包括所有肿瘤首诊患者全覆盖和仅纳入临床诊疗路径不清晰的患者两种标准^[2],故将评价条目调整为“有明确的 MDT 纳入标准”,以适应我国现阶段的肿瘤 MDT 模式。第三,相较于我国学者前期开发的 MDT 评估工具,基于 TEAM 准则的有效性评估工具更注重过程的可测量与结果的可预测,尤其是增加了关于 MDT 团队成员心理状态的条目,主要体现在“团队文化”与“个人发展”维度,这是传统评估工具容易忽视的内

容。MDT 团队成员的真实感知会直接影响其参与积极性,且管理者了解成员态度有助于减少成本投入,增加产出效益。但本研究也存在一定局限性,一是指标未设置权重,二是部分二级维度只包含一个三级评价条目。

3.2 肿瘤 MDT 模式优化建议

本研究结果显示,整体来看,65.6%的 MDT 团队成员认为现行肿瘤 MDT 模式的有效性处于中等水平。这表明,现阶段肿瘤 MDT 模式发展仍不完善。究其原因:一方面是指导性政策缺失。从 2018 年国家卫生健康委发布《关于开展肿瘤多学科诊疗试点工作的通知》至今,并未针对 MDT 模式制订专项政策,这导致各家医院在推行 MDT 模式过程中“各自为政”^[2],出现患者纳入标准不明确、收费制度不统一、激励机制不健全等问题^[2,19-20],影响了 MDT 模式的有效运行。另一方面是 MDT 模式成本效益分析的证据不足。虽然国内外普遍认可肿瘤 MDT 模式在优化患者治疗决策、改善患者疾病预后、提升患者就医体验等方面发挥着重要作用,但目前研究通常无法将 MDT 模式决定的治疗方案与患者实际改善的健康结果相关联^[14]。同时,MDT 模式医疗成本高昂,我国单次 MDT 诊疗费用在 300 元~500 元之间,且无法享受医保补偿。高额的经济成本与不确定的收益导致部分专家对 MDT 模式产生质疑,甚至被定性为“过度诊疗”^[21]。因此,除了从国家层面进一步完善 MDT 模式的制度和标准外^[22],还应基于大数据、人工智能、临床决策系统与专家共识等制订评估方法,加强 MDT 模式成本效益分析^[1,23],为其运行提供科学依据。

具体来看,MDT 团队成员认为“团队组成”“会议组织”和“以患者

表 2 肿瘤 MDT 模式有效性评估工具评价结果 单位:名(%)

一级维度	二级维度	有效性水平		
		低	中	高
团队组成		75(15.3)	217(44.2)	199(40.5)
	成员	47(9.6)	44(9.0)	400(81.5)
	出席	11(2.2)	139(28.3)	341(69.5)
	领导力	71(26.7)	110(10.2)	310(63.1)
	团队文化	61(12.4)	157(32.0)	273(55.6)
	个人发展	64(13.0)	59(12.0)	368(74.9)
会议设施		21(4.3)	113(23.0)	357(72.7)
	会议环境	23(4.7)	76(15.5)	392(79.8)
	技术设备	5(1.0)	82(16.7)	404(82.3)
会议组织		83(16.9)	277(56.4)	131(26.7)
	会议安排	44(9.0)	101(20.6)	346(70.5)
	会议资料	102(21.2)	95(19.3)	294(59.5)
	会议进行	93(18.9)	137(27.9)	261(53.2)
	会议后期	80(16.3)	196(39.9)	215(43.8)
以患者为中心的 临床决策		65(13.2)	245(49.9)	181(36.9)
	纳入标准	3(0.6)	33(6.7)	455(92.7)
	以患者为中心的照护	71(14.5)	214(43.6)	206(42.0)
	临床决策过程	55(11.2)	60(12.2)	376(76.6)
团队治理		72(14.7)	88(17.9)	331(67.4)
	组织支持	64(13.0)	70(14.3)	357(72.7)
	数据管理	3(0.6)	85(17.3)	403(82.1)
	优化管理	6(1.2)	104(21.2)	381(77.6)

为中心的临床决策”的有效性处于中低水平。“团队组成”维度中,该条目主要反映的是成员在讨论决策期间能否发挥自身价值,充分融入 MDT 团队。研究^[16]显示,超过一半的 MDT 讨论时间被限制在 2 min 内。一方面是由于超负荷的工作量压缩了讨论时间;另一方面与不敢挑战 MDT 主席权威性 or 患者临床诊疗路径明确有关。因此,除明确患者纳入标准、合理安排团队成员工作量外,还应积极关注 MDT 会议期间的群体决策行为^[24],增强 MDT 团队成员凝聚力。“会议组织”维度中,“会议后期”有效性评价以中低水平为主。该条目主要考察 MDT 决策方案在临床中的具体实施情况,其有效性不足主要源于医院对 MDT 模式考核以开展数量为主^[25],导致 MDT

团队成员认为会议结束即工作结束。因此,MDT 模式建设应规范以临床治疗结果为主的质控体系,完善临床追踪随访制度,关注 MDT 实际治疗效果。“以患者为中心的临床决策”维度中,“以患者为中心的照护”有效性水平较低,这与国外肿瘤 MDT 模式目前存在的主要问题一致^[26]。虽然 MDT 模式的核心是“以患者为中心”,但实践过程中普遍存在着临床决策对患者社会心理因素考虑不充分、与患者沟通不到位、患者难以参与自我健康管理等问题^[5,15,26]。这与负责和患者直接沟通的人员较少参与 MDT 会议有关^[27]。因此,MDT 模式应通过完善患者个体信息决策依据、拓宽患者参与渠道、提高患者参与积极性等方式,进一步深化“以患者为中心”的服务内涵,全面提升 MDT 模式有效性。

参考文献

[1] WINTERS DA, SOUKUP T, SEVDALIS N, et al. The cancer multidisciplinary team meeting: in need of change? History, challenges and future perspectives [J]. BJU International, 2021, 128 (3): 271—279.

[2] 毛一晴. 基于政策工具的我国多学科诊疗模式政策内容研究[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(1): 50—53.

[3] 李欣, 赵阳, 王贤吉, 等. 肿瘤多学科协作诊疗有效性评价工具研究系统综述[J]. 中国医院管理, 2024, 44(3): 39—44.

[4] 乔佳敏, 张赫楠. 赋权增能视域下门诊多学科协作诊疗服务质量提升策略研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(8): 30—33, 37.

[5] TRAN TH, D BOER J, GYORKI DE, et al. Optimising the quality of multidisciplinary team meetings: a narrative review [J]. Cancer Medicine, 2022, 11(9): 1965—1971.

[6] National Cancer Action Team. The characteristics of an effective multidisciplinary team[Z]. 2010.

[7] LAMB BW, WONG HWL, VINCENT C, et al. Teamwork and team performance in multidisciplinary cancer teams: development and evaluation of an observational assessment tool [J]. BMJ Quality & Safety, 2011, 20(10): 849—856.

[8] 杨翌旻, 熊华军. 有效性教学真的有效吗? 基于比斯塔教育思想的审视[J]. 开放教育研究, 2023, 29(6): 52—59.

[9] 喻文茜. 肿瘤 MDT 团队建设与运行过程评价及改进策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2018.

[10] 李欣, 余松轩, 陈佳, 等. 肿瘤多学科协作诊疗有效实践认知调查问卷的研制和信效度检验[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(6): 736—743.

[11] TAYLOR C, BROWN K, LAMB B, et al. Developing and testing TEAM (Team Evaluation and Assessment Measure), a self-assessment tool to improve cancer multidisciplinary teamwork [J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(13): 4019—4027.

[12] LAMB BW, MIAH S, SKOLARUS TA, et al. Development and validation of a short version of the metric for the

observation of decision-making in multidisciplinary tumor boards: MODE-Lite[J]. Ann Surg Oncol, 2021, 28(2): 7577-7588.

[13] TAYLOR C, ATKINS L, RICHARDSON A, et al. Measuring the quality of MDT working: an observational approach[J]. BMC Cancer, 2012, 12: 202.

[14] BROWN GTF, BEKKER HL, YOUNG AL. Quality and efficacy of Multidisciplinary Team (MDT) quality assessment tools and discussion checklists: a systematic review[J]. BMC Cancer, 2022, 22(1): 286.

[15] LUU TT. Cancer patient management: role of multidisciplinary teams[J]. BMJ Supportive & Palliative Care, 2022, 12(2): 201-206.

[16] 毛一晴, 康定鼎, 张博文, 等. 国内外多学科团队诊疗模式研究进展[J]. 中国医院, 2022, 26(3): 18-21.

[17] 王莹, 刘新亚, 刘翔, 等. 应用 TOPSIS 法综合评价肿瘤多学科首席专家团队的医疗工作质量[J]. 中国肿瘤, 2018, 27(12): 898-903.

[18] 李贤华, 宋婷, 赵子衿, 等. 上海市医院多学科协作诊疗绩效评价体系构建[J]. 中国医院管理, 2019, 39(11): 29-31, 35.

[19] 杨凌鹤, 温中一, 刘美岑, 等. 我国 40 家三级公立医院多学科诊疗模式经验总结[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(6): 505-508.

[20] 尚明, 宋吉祥, 于海宁. 基于史密斯模型的我国三级肿瘤医院多学科诊疗模式执行问题研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(10): 55-58.

[21] 王仓红, 胡才双, 朱靓. 基于医生视角的多学科诊疗模式现状和改善策略[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(2): 64-66.

[22] 杨凌鹤, 刘美岑, 曹曼, 等. 我国三级肿瘤医院多学科诊疗模式开展现状调查[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(10): 40-44.

[23] 张瑜洁, 王健, 曹硕, 等. 基于 CiteSpace 的多学科诊疗应用研究的热点与趋势分析[J]. 医学与社会, 2023, 36(7): 62-67.

[24] 彭婷婷, 姜艳, 蒋晓英, 等. 基于群体决策理论的多学科诊疗运行过程及其

影响因素[J]. 医学与社会, 2021, 34(12): 75-79.

[25] 毛一晴, 康定鼎, 张博文, 等. 嵌入性视角下多学科团队诊疗模式案例研究[J]. 中国医院, 2022, 26(2): 53-56.

[26] WALRAVEN JEW, VAN DER HEL OL, VAN DER HOEVEN JJM, et al. Factors influencing the quality and functioning of oncological multidisciplinary team meetings: results of a systematic review[J]. BMC Health Serv Res, 2022, 22(1): 829.

[27] 陈佳, 李欣, 葛锋, 等. 医务人员对肿瘤多学科协作诊疗有效实践的认知现状及影响因素[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(6): 744-750.

通信作者:

毛一晴: 郑州大学附属肿瘤医院/河南省肿瘤医院助理研究员

E-mail: maoyiqing0131@163.com

收稿日期: 2024-11-15

修回日期: 2024-11-28

责任编辑: 任红霞

(上接第 45 页)

升”计划中的学历提升计划为例, 对于博/硕士比例较高的专科而言, 仅需 5a 即可达成目标; 而博/硕士比例较低的专科则需 10a 左右方能实现医生队伍的全员高学历。另外, 从医院层面将目标分解并层层落实, 在一定程度上缓解专科负责人压力的同时, 可激发了团队内驱力, 引导各专科实现学科效益最大化。

5 不足与展望

本研究的不足之处在于, 一是学科投入转化为产出需要一定时间, 受数据采集范围及来源的影响, 本研究仅为横断面数据研究, 未考虑学科投入与产出的周期问题。二是由于非国重专科的研究型学科相关指标数值多为 0, 不满足 DEA-BCC 模型分析条件, 故本研究仅对 10 个国重专科进行评价, 并在此基

础上确定学科发展目标; 非国重专科的学科目标确定方法未列入本研究讨论范围。

参考文献

[1] 尹立, 李成志, 王红, 等. 基于 SWOT 分析的公立医院学科建设策略研究[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(6): 25-28, 32.

[2] 何振喜, 周先志, 姚军, 等. 中国研究型医院建设指南[J]. 中国研究型医院, 2021, 8(5): 7-11.

[3] 路阳, 乔心雨, 尚慧恩, 等. 创新驱动下的临床专科能力建设策略研究[J]. 中国医疗管理科学, 2024, 14(1): 99-104.

[4] 路阳, 乔铮, 武雨, 等. 西部某大型综合医院学科建设 SWOT 分析及推进策略[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(2): 97-100.

[5] 彼得·德鲁克. 管理的实践[M]. 北京: 机械工业出版社, 2009: 137-155.

[6] 梁春祖, 李媛, 高鑫, 等. 探究航天科研机构科技成果目标管理的有效办法[J]. 办公室业务, 2023(4): 61-63.

[7] 陈夏瑾, 潘建林. “双高计划”建

设背景下高职院校科研管理目标考核体系构建研究[J]. 职业技术教育, 2022, 43(29): 69-73.

[8] 中国研究型医院学会. 研究型学科评价指标体系[EB/OL]. (2021-09-13) [2024-09-11]. <http://www.crha.cn/#/Details?type=1228&url=&atype=3>.

[9] 杨瑶, 如娜, 王霞, 等. 基于数据包络分析的医院绩效管理优化策略探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(4): 70-74.

[10] 陈卓, 岳文涛, 阴赫宏. 应用数据包络分析法评估医院科室科研绩效[J]. 中华医学科研管理杂志, 2021, 34(5): 332-336.

[11] 孟祥伟, 王红梅. 某肿瘤医院临床医学一流学科建设的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2022, 42(7): 56-58.

通信作者:

张艳敏: 新疆维吾尔自治区人民医院科研教育中心教授

E-mail: 1518486455@qq.com

收稿日期: 2024-09-18

修回日期: 2024-11-25

责任编辑: 黄海凤