

# Kortlægning af sygehusvæsenets erfaringer med beslutningsstøtte- redskaber

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, oktober 2005

Baggrundsnotat udarbejdet i forbindelse med projektet om beslutningsstøtte (mini-MTV)

Projektgruppens medlemmer:

Formand: Malene Vestergaard, CEMTV, Sundhedsstyrelsen

Projektleder: Lars Ehlers, Århus Universitetshospital

Medlemmer: Kristian Kidholm, Odense Universitetshospital  
Poul Holt Pedersen, H:S Bispebjerg Hospital  
Birgitte Bonnevie, CEMTV, Sundhedsstyrelsen  
Malene Fabricius Jensen, CEMTV, Sundhedsstyrelsen  
Torben Jørgensen, HTA Consulting

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1	Baggrund	4
1.2	Definition	4
1.3	Afgrænsning	4
<b>2</b>	<b>Formål</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Metode og målgruppe</b>	<b>6</b>
3.1	Spørgsmålsformulering	6
3.2	Pilotundersøgelse	7
3.3	Stikprøver	7
3.4	Udsendelse af spørgeskemaer	7
<b>4</b>	<b>Resultater</b>	<b>8</b>
4.1	Beskrivelse af respondenter og svarprocent	8
4.1.1	Baggrundsoplysninger	8
4.1.2	Opdeling af ledelser i universitetshospital og øvrige hospitaler	8
4.2	Anvendelsen af skemaer og tjeklister som beslutningsstøtteredskeer	9
4.3	Typer af anvendelser af skemaer	13
4.4	Særlige procedurer og retningslinjer	13
4.5	Holdning til beslutningsstøtteredskeer	14
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Konklusion</b>	<b>21</b>

# 1 Introduktion

## 1.1 Baggrund

Gennem de seneste 5-10 år har flere af landets største sygehuse arbejdet med udviklingen af beslutningsstøtte baseret på MTV-tankegangen (se eksempelvis <http://www.cemtv.dk/publikationer/docs/MTV-hvorfor/pdf/MTVhvorfor.pdf>). Hovedelementerne i MTV er indarbejdet i checklister og skemaer med angivelse af og eksempler på spørgsmål for hvert element.

Der er ikke systematisk blevet opsamlet viden på tværs af sygehusene, amterne og regionerne om MTV-inspirerede beslutningsstøtteværktøjer. Der er ikke på nationalt plan noget klart billede af, hvad det er/hvad det ikke er og hvad det kan bruges til/ikke bruges til.

I undersøgelsen er indgået udenlandsk materiale fra steder, hvor man på nuværende tidspunkt anvender eller er i gang med at udvikle et koncept for lokal/regional beslutningsstøtte. Disse erfaringer er beskrevet i et andet af Beslutningsstøtte projektets delprojekter ”Anvendelser af og erfaringer med mini-MTV og hurtig-MTV som beslutningsgrundlag i udenlandske sundhedsvæsen”. Heri kan man læse om de forskellige udenlandske initiativer. Det er interessant at vurdere mulighederne for at overføre sådanne udenlandske erfaringer (modeller og procedurer) til en dansk kontekst.

Anvendelsen af beslutningsstøtte redskaber i form af skemaer og MTV-inspirerede skemaer er opstået spontant ud fra et behov om bedre dokumenteret beslutningsgrundlag. Tankegangen i MTV er efterhånden accepteret som værende et godt og bredt beslutningsgrundlag, da det omhandler flere aspekter. Ideelt set behandles forhold vedrørende både teknologi, patient, organisation og økonomi.

## 1.2 Definition

Med mini-MTV og andre lokalt/regionalt anvendte typer af beslutningsstøtteredskaber menes forskellige typer af skemaer eller tjeklister. Disse indeholder spørgsmål, der anvendes til at få beskrevet indholdet i, forudsætninger for og konsekvenser af konkrete teknologi forslag, som et ledelsesniveau skal tage stilling til. Formålet med beslutningsstøtteredskabet kan således være at få en fuldstændig beskrivelse af teknologien og samtidig sikre ensartethed i beskrivelserne. Et eksempel på et beslutningsstøtteredskab er Rigshospitalets mini-MTV.

## 1.3 Afgrænsning

I dette projekt har beslutningsstøtteredskaber følgende afgrænsning:

- en tjekliste med en række spørgsmål omkring forudsætninger for og konsekvenser ved anvendelse af medicinsk teknologi. Medicinsk teknologi omfatter procedurer og metoder til undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter, inkl. apparatur og lægemidler (Sundhedsstyrelsen, 2000)
- i alt 2-10 siders spørgeramme med spørgsmål vedrørende teknologi, økonomi, organisation og patientmæssige forhold
- formålet er at danne beslutningsgrundlag (eller en del af beslutningsgrundlaget) for en given beslutning/implementering af medicinsk teknologi
- anvendelsen af beslutningsgrundlaget finder sted på et givet lokalt/regionalt plan med mulighed for lokal/regional anvendelse af MTV-tankegangen og tilpasning til lokale/regionale mål og beslutningskriterier.

## 2 Formål

Kortlægningen har til formål:

1. at beskrive udbredelsen og anvendelsen af beslutningsstøtteredskaber (herunder mini-MTV), der anvendes ved beslutningstagning på afdelings-, sygehus- og forvaltningsniveau på sygehuse og i amter i forbindelse med beslutninger om indførelse af nye behandlinger eller teknologier.
2. at undersøge afdelings-, sygehus- og forvaltningsledelsernes opfattelse af de hidtil anvendte beslutningsstøtteredskaber.

Undersøgelsen skal desuden indgå i det overordnede beslutningsstøtteprojekt og danne grundlag for fase 2 i projektet: Udvikling af et standardiseret beslutningsstøtteredskab i form af en mini-MTV pjece og vejledning.

### 3 Metode og målgruppe

Beslutningsstøtteredskaber som fx mini-MTV anvendes i dag på en række forskellige ledelsesniveauer til at sikre et bredt grundlag for beslutninger. Undersøgelsen har derfor fokus på tre ledelsesniveauer: Afdelingsledelser, sygehusledelser og forvaltningsledelser i amtslige sundheds- og sygehusforvaltninger.

For hvert ledelsesniveau undersøges ledelsernes opfattelse af det beslutningsstøtteredskab, der anvendes på det tidspunkt, hvor dataindsamlingen foregår. Det er således de enkelte ledelsesniveaues opfattelse, som brugere ("users") af beslutningsstøtteredskabet, som søges belyst i undersøgelsen. For at forenkle spørgeskemaerne er der valgt at se bort fra ledelsernes opfattelse af de beslutningsstøtteredskaber, som de udfylder (dvs. som "doers") og sender til højere ledelsesniveauer. Eksempelvis spørges afdelingsledelserne ikke om deres opfattelse af de beslutningsredskaber, som sygehusledelserne evt. anvender. På grund af omstruktureringer i sygehusvæsenet er flere sygehusledelser ændret til centerledelser eller områdeledelser. Disse indgår i denne besvarelse som sygehusledelser.

Der blev forsøgt foretaget en undersøgelse af de amtskommunale politikeres opfattelse af beslutningsstøtteredskaber, idet politikerne er de overordnede beslutningstagere i sundhedsvæsenet, men denne del af spørgeskemaundersøgelsen måtte udgå pga. lav svarprocent.

I undersøgelsen anvendtes spørgeskemametoden, idet undersøgelsen skulle omfatte anvendelsen af beslutningsstøtteredskaber på et stort antal danske sygehuse. Undersøgelsen søgte at beskrive forhold og lederes opfattelser af disse. Det blev vurderet, at spørgsmålene var relativt ukomplicerede for respondenterne og at disse kunne give valide besvarelser i et spørgeskema.

Spørgeskemaernes struktur var ens, men spørgsmålene var tilpasset det enkelte ledelsesniveau, og derved gjort mere konkrete end hvis der var anvendt samme skema til alle niveauer. Samtidigt tog designet udgangspunkt i, at de forskellige ledelsesniveauer kunne anvende forskellige beslutningsstøtteredskaber og have forskellige opfattelser heraf. Spørgeskemaerne er vedlagt som bilag 1, 2 og 3.

#### 3.1 Spørgsmålsformulering

Det forventedes at afdelinger, sygehuse og forvaltninger i Danmark anvender en lang række forskellige beslutningsstøtteredskaber. Ved formulering af spørgsmålene valgtes derfor ikke at spørge til et bestemt redskab fx mini-MTV, men til brugen af "skemaer eller tjeklister" i forbindelse med beslutninger om ny teknologi.

Respondenterne blev desuden bedt om at indsende de skemaer og tjeklister, de anvender, for at projektgruppen kunne vurdere indholdet i det enkelte skema, hvad det anvendes til, om anvendelsen var udgiftsafhængig, og om der var tale om et skema baseret på MTV-tankegangen. Endelig kunne skemaerne anvendes som inspiration i projektets 2. fase ved udformning af et standardiseret skema.

Hvis respondenterne ikke anvender et skema eller en tjekliste som beslutningsstøtteredskab skulle oplyses, om de i stedet har særlige procedurer eller retningslinjer, de ansatte skal følge, når der fremsættes forslag til ledelserne. Ved at spørge om dette, søgtes der indsamlet information om der anvendtes andre redskaber til at sikre et systematisk beslutningsgrundlag. Derudover skulle de kun besvare spørgsmålene vedrørende vurdering af det beslutningsredskab, der anvendes og beskrive evt. mangler.

Ved at stille spørgsmålet om tilfredshed med det eksisterende beslutningsgrundlag både til ledelser, der anvender beslutningsstøtteredskaer og til ledelser, der ikke anvender sådanne, kunne undersøgelsen også belyse, om brugen af sådanne skemaer (herunder mini-MTV) øger ledernes tilfredshed med beslutningsgrundlaget. Forskellene ved brug af beslutningsstøtteredskaer, procedurer, retningslinier eller ingenting blev også belyst i spørgsmålet om fordele og ulemper ved det aktuelle redskab.

Der blev desuden stillet en række baggrundsspørgsmål og der var mulighed for at komme med kommentarer til spørgsmål og til spørgeskemaet generelt.

### 3.2 Pilotundersøgelse

Inden endelig udsendelse blev spørgeskemaerne sendt i pilotundersøgelse hos hhv. fire afdelingsledelser, to sygehusledelser og en forvaltning. På baggrund af disse besvarelser blev spørgeskemaerne justeret.

### 3.3 Stikprøver

Der udsendtes spørgeskemaer til alle sygehusledelser samt alle amtslige sundheds- og sygehusforvaltninger samt H:S's direktion.

En undersøgelse, hvor samtlige sygehusafdelinger indgik, var for omfattende. I stedet valgtes afdelinger inden for hhv. et medicinsk speciale, et kirurgisk speciale og et speciale, hvor der foretages større investeringer i apparatur. Følgende specialer blev udvalgt til at indgå i undersøgelsen:

- Anæstesiologi
- Kardiologi
- Ortopædkirurgi

Det skal bemærkes, at undersøgelsen af brugen af beslutningsstøtteredskaer inden for de tre udvalgte specialer ikke forventedes at give et repræsentativt billede af status på alle sygehusafdelinger. Men dels medtager undersøgelsen et stort antal afdelinger på mange sygehuse, herunder alle universitetshospitaler. Dels er de tre specialer kendetegnet ved enten en betydelig mængde videnskabelig litteratur eller anvendelse af en stor mængde større apparatur, hvor der i forbindelse med indkøb kan være tradition for at anvende skemaer. Det forventedes derfor, at netop disse afdelinger havde en relativ høj sandsynlighed for at have beslutningsstøtteredskaer. Valget af stikprøve ville på denne måde medvirke til at sikre, at eksisterende beslutningsstøtteredskaer blev identificeret og indgik i det videre projekt.

### 3.4 Udsendelse af spørgeskemaer

Spørgeskemaerne udsendtes pr. post den 23. november 2004 til afdelingsledelserne på de udvalgte specialer (anæstesi, kardiologi og ortopædkirurgi), til sygehusledelser samt til ledelsen i de amtslige sundheds- og sygehusforvaltninger samt H:S's direktion. 14 dage senere blev et rykkerbrev udsendt til de ledelser, der ikke havde indsendt en besvarelse. Der blev rykket telefonisk i ugerne 2-5/2005 for de sidste resterende manglende spørgeskemaer.

De ledelser som anvendte et skema, men ikke havde sendt et eksemplar med retur, blev kontak-  
tet telefonisk med henblik på at få dem til at sende et eksemplar.

## 4 Resultater

### 4.1 Beskrivelse af respondenter og svarprocent

Svarprocenten for udfyldte skemaer var for forvaltninger 73%, for sygehusledelser 83% og for afdelingsledelser 83%.

Tabel 1. Fordeling af besvarede spørgeskemaer

	Mulige besvarelser	Udfyldte spørgeskemaer
Forvaltninger	15	11 (73%)
Sygehusledelser	35	29 (83%)
Afdelingsledelser	109	90 (83%)
Anæstesi	46	37 (82%)
Kardiologi	28	24 (86%)
Ortopædkirurgi	35	29 (83%)

Som følge af omstruktureringer i sundhedsvæsenet viste det sig, at flere afdelings- og sygehusledelser var lagt sammen. Dette reducerede antallet af mulige besvarelser i forhold til udsendte spørgeskemaer. To forvaltninger, fire sygehusledelser og tre afdelingsledelser returnerede spørgeskemaet, men med en bemærkning om at de ikke så sig i stand til at besvare det, idet de gav udtryk for at skemaet ikke passede til deres beslutningsprocesser. De returnerede udfyldte spørgeskemaer danner grundlag for beregningerne i denne rapport.

På sygehus- og afdelingsniveau er alle amter repræsenteret, mens der mangler svar fra to amtslige sygehusforvaltninger.

#### 4.1.1 Baggrundsoplysninger

Fordelingen af afdelinger var 23 (26%) med lands-landsdelsfunktion og 58 (64%) uden, 9 (10%) var uoplyst. Der var ingen forskelle i anvendelsen af skemaer generelt og mini-MTV specifikt i forhold til om en afdeling havde lands-landsdels-funktion eller ej.

#### 4.1.2 Opdeling af ledelser i universitetshospital og øvrige hospitaler

For at undersøge om der var forskel i anvendelsen af mini-MTV blev sygehusene opdelt i om de hører under et universitetshospital (UH) eller ej.

Af 11 (38%) sygehusledelser, hørende under et universitetshospital anvendte 73% et skema, og heraf anvendte 88% mini-MTV. Af de 18 (62%) sygehusledelser, der ikke hørte under et universitetshospital anvendte 83% et skema og 80% af disse anvendte mini-MTV.

Af 36 (40%) afdelingsledelser, hørende under et universitetshospital anvendte 22% et skema, hvoraf 50% anvendte mini-MTV. Af 54 (60%) afdelingsledelserne, der ikke hører under et universitetshospital anvendte 41% et skema, hvoraf 90% anvendte mini-MTV.

Da der ikke fandtes signifikante forskelle på om anvendelsen af mini-MTV var afhængig af om man var under et universitetshospital eller ej, er denne opdeling ikke anvendt yderligere.



## 4.2 Anvendelsen af skemaer og tjeklister som beslutningsstøtteredskaber

Respondenterne blev bedt om at indsende de skemaer, der aktuelt anvendtes som beslutningsstøtteredskab. Skemaerne blev efterfølgende vurderet af projektgruppen. Et skema blev vurderet som værende mini-MTV hvis:

- alle fire MTV-aspekter (teknologi, patient, organisation og økonomi) indgik i skemaet
- skemaet indeholdt spørgsmål om evidens eller dokumentation for effekt af fx den behandling man søgte om finansiel støtte til at indføre.

Det var ikke et krav, at mini-MTV'en skulle være udformet med skematisk opstilling med præfabrikerede spørgsmål, der skulle besvares. En liste med spørgsmål, som dels omhandler alle fire MTV-aspekter af teknologi, og dels omhandler evidensniveauet for forslaget, blev også kategoriseret som mini-MTV.

I de tilfælde hvor et skema blev vurderet ikke at være mini-MTV, var det oftest pga. manglende krav om dokumentation for evidens.

Ledelser der ikke havde et skema skulle svare på, om de i stedet gør brug af en særlig procedure eller ikke har et beslutningsstøtteredskab (se tabel 11).

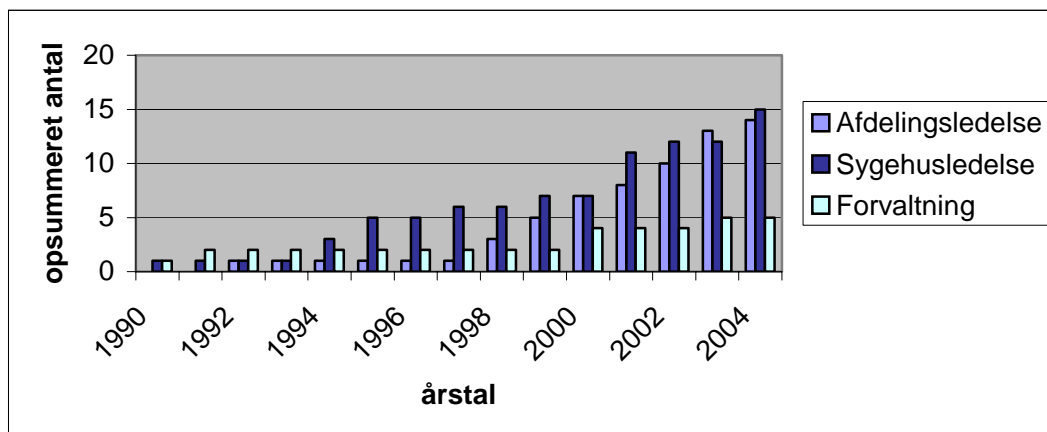
Tabel 2. Fordeling af anvendelse af skema typer fordelt på forvaltninger, sygehusledelser, afdelingsledelser hhv. tre specialer

	Mini-MTV	Andet skema	I alt skema	Intet skema	Total
Forvaltninger	6	1	7	4	11
Sygehusledelser	19	4	23	6	29
Afdelingsledelser	24	6	30	60	90
Anæstesi	9	2	11	26	37
Kardiologi	6	1	7	17	24
Ortopædkirurgi	9	3	12	17	29

Tabel 2 viser at 64 % (7 af 11) af forvaltninger, 79 % (23 af 29) af sygehusledelser og 33 % (30 af 90) af afdelingsledelser anvender et skema. 55 % (7 af 11) af forvaltningerne, 66 % (19 af 29) af sygehusledelserne og 27 % (24 af 90) af afdelingsledelserne anvender mini-MTV.

Figur 1 viser udviklingen i indførelsen af mini-MTV. De første blev indført i en forvaltning og en sygehusledelse. En forvaltning har ikke opgivet årstal for indførelse. På afdelingsniveau startede anvendelsen i 1992. Desværre har ti afdelingsledelser ikke oplyst årstal for hvornår de startede med mini-MTV. Fra slutningen af halvfemserne er det gået stærkt med at indføre mini-MTV.

Figur 1. Indførelsen af mini-MTV



Alle afdelinger, der oplyste, at de anvender et skema, indsendte et eksemplar af skemaet. Procedure eksempler blev ikke alle indsendt, men flere havde beskrevet deres procedurer i selve spørgeskemabesvarelsen. Heraf har mange beskrevet at der ved ønske om indførelse af ny teknologi/apparatur, skal foreligge en skriftlig ansøgning til direktionen.

Tabel 3. Fordeling af hvorvidt skemaet er obligatorisk

Obligatorisk skema	Mini-MTV	Andet skema	Anvender skema i alt
Forvaltninger	4	1	7
Sygehusledelser	15	2	23
Afdelingsledelser	14	2	30
Anæstesi	6	1	11
Kardiologi	2	0	7
Ortopædkirurgi	6	1	12

Når der er valgt at anvende et skema er dette oftest obligatorisk (tabel 3). Dette gælder for hhv. 86 % for forvaltning, 74 % for sygehusledelser og 53 % for afdelingsledelser. På kardiologisk afdeling er det dog kun 29 %, der har et obligatorisk skema.

Tabel 4. Hvis mini-MTV er obligatorisk, hvem har så besluttet at det er obligatorisk (n er her lig de afdelinger, der har obligatorisk mini-MTV)

	Afdelingsledelse	Centerledelse	Sygehusledelse	Amtsforvaltning	Amtspolitikere	Flere
Forvaltninger (n=4)	*	*	0	3		1
Sygehusledelser (n=15)			9	4		2
Afdelingsledelser (n=14)	3	3	3	3	1	1

\*Det mørkt skraverede område skyldes at svarmuligheden ikke var givet forvaltningen

Tabel 4 viser at det oftest er beslutningstageren selv, der har besluttet at mini-MTV skal være obligatorisk, undtagen for afdelingsledelserne, hvor det lige så hyppigt har været et højere beslutningsniveau, der har besluttet at mini-MTV skal anvendes. Dette kan skyldes at afdelingsledelsen har svaret på skemaet, som dem der udfylder det og ikke dem, der anvender det til eget brug i beslutningstagningen i afdelingen. Det er også muligt at afdelingsledelsen har fået pålagt at anvende mini-MTV af ledelsen på et højere beslutningsniveau.

Tabel 5. Bliver skemaet anvendt som forventet?  
(ifølge forvaltninger, sygehusledelser og afdelingsledelser)

Anvendes skemaet som forventet	Mini-MTV		Andet skema		Anvender skema i alt
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Forvaltninger	6	0	1	0	7
Sygehusledelser	16	3	4	0	23
Afdelingsledelser	14	10	2	4	30
Anæstesi	6	3	1	1	11
Kardiologi	2	4	0	1	7
Ortopædkirurgi	6	1	3	2	12

Alle forvaltninger (7 af 7) mener, at skemaet anvendes som det var tilsigtet, og 87 % (20 af 23) af sygehusledelserne og 53 % (16 af 30) af afdelingsledelserne, mener at skemaet anvendes som forventet. Kardiologerne adskiller sig ved at 71 % (5 af 7) ikke er tilfredse med anvendelsen af skemaet (tabel 5).

Tabel 6. Fordeling af hvem, der træffer beslutninger på baggrund af mini-MTV, ifølge forvaltninger, sygehusledelser og afdelingsledelser.

	Afdelingsledelse	Centerledelse	Sygehusledelse	Amtsforvaltning	Amtspolitikere	Andre
Forvaltninger (n=6)		2	2	4	5	
Sygehusledelser (n=19)	7	5	17	7	5	3
Afdelingsledelser (n=24)	15	15		7		

Forvaltninger og sygehusledelser blev spurgt om hvem der træffer beslutninger på baggrund af mini-MTV (tabel 6). Der var mulighed for flere afkrydsninger, hvilket resulterer i at den samlede besvarelse ikke tilsvare antallet af forvaltninger/ sygehusledelser. I det spørgsmål der blev stillet til afdelingsledelserne, var sygehus- og centerledelser slået sammen. Det overordnede spørgsmål til afdelingsledelserne lød på, om der på afdelingerne anvendes et skema, som afdelingsledelsen træffer beslutninger ud fra, men de indkomne svar tyder på enten en misforståelse af spørgsmålet eller at skemaerne også anvendes opad i systemet.

Det er meget forskelligt hvem, der bliver involveret i udarbejdelsen af mini-MTV. Nogle steder er det den enkelte forslagsstiller, der udarbejder MTVen, andre steder sker udarbejdelsen tværfagligt og med involvering af lokale samarbejdsudvalg. Fordelingen er vist i tabel 7.

Tabel 7. Fordeling af hvem, der hovedsageligt udfylder mini-MTV ifølge forvaltninger, sygehusledelser og afdelingsledelser

	Forvaltninger (n=6)	Sygehusledelser (n=19)	Afdelingsledelser (n=24)
Forslagsstiller	5	9	17
Ledende overlæge	1	7	8
Afdelingsledelse	5	14	8
Centerledelse	2	5	*
Økonomer	2	5	0
Andre <sup>⌘</sup>	4	4	13
Ved ikke	0	0	1
* ud fra besvarelsesforudsætningerne kan centerledelsen ikke udfylde skema til afdelingsledelsen. <sup>⌘</sup> udgør læger, sygeplejersker, ingeniører og andre			

Der var flere afkrydsningsmuligheder, hvilket viser at flere ofte er involveret i udarbejdelsen af skemaet, og som også kommer til udtryk i tabel 15, hvor mange giver udtryk for, at en af fordelene ved et skema er den multidisciplinære tilgang.

Inden for de sidste 12 måneder har de forskellige forvaltninger modtaget fra 5-240 MTV-skemaer, sygehusledelserne har modtaget fra 0-250, og afdelingerne fra 0-30. Enkelte afdelinger har besvaret spørgsmålet med "alle", så et eksakt antal er der ikke.

For at vurdere brugen af skemaerne, viste det sig at være hensigtsmæssigt at dele mini-MTV op i to kategorier, der gør det muligt at vurdere skemaernes hovedanvendelse. De to kategorier er hhv. skemaer der anvendes bredt til vurdering af medicinsk teknologi (behandling, implantater, procedurer, apparatur, undersøgelses- og plejemetoder m.m.) og skemaer der kun anvendes til apparatur.

Tabel 8. Anvendelsen af mini-MTV til hhv. apparatur og medicinsk teknologi ifølge forvaltninger, sygehusledelser og afdelingsledelser

Mini-MTV til:	Medicinsk teknologi	Apparatur	Mini-MTV i alt
Forvaltninger	5	1	6
Sygehusledelser	12	7	19
Afdelingsledelser	14	10	24
Anæstesi	5	4	9
Kardiologi	3	3	6
Ortopædkirurgi	6	3	9

Anvendelsen af mini-MTV har fået stor udbredelse ved vurdering af både apparatur og medicinsk teknologi.

### 4.3 Typer af anvendelser af skemaer

I tabel 9 og 10 indgår udsagn fra de forvaltninger, sygehusledelser og afdelingsledelser, der anvender mini-MTV.

Tabel 9. Til hvilke typer af beslutning anvendes mini-MTV?

	Forvaltning	Sygehusledelser	Afdelingsledelser	Anæstesi	Kardiologi	Ortopædkirurgi
Ny behandling	5	19	20	7	5	8
Budgetlægning	1	9	13	4	3	6
Kontrakter med sygehus el. amt	0	2	0	0	0	0
Benyttelsesaftaler mellem amter	2	3	0	0	0	0

Tabel 9 viser at mini-MTV oftest anvendes ved indførelse af nye behandlinger og budgetlægning, men anvendes også i mindre grad, til indgåelse af kontrakter mellem sygehuset og amtet samt til benyttelsesaftaler amterne imellem.

Tabel 10. Til hvilken medicinsk teknologi anvendes mini-MTV?

	Forvaltning	Sygehusledelse	Afdelingsledelser	Anæstesi	Kardiologi	Ortopædkirurgi
Procedurer	1	5	4	2	1	1
Medicin	3	8	6	3	1	2
Implantater	1	6	5	0	0	5
Ø. forbrugsartikler	1	3	4	1	1	2
Apparater	5	18	23	9	5	9
Behandlingsformer	3	5	9	4	1	4

Tabel 10 viser de seks hyppigst anvendelsesområder for mini-MTV. Der er kun en afdelingsledelse der ikke anvender mini-MTV til apparatur, men udelukkende til procedurer. En sygehusledelse anvender mini-MTV til procedurer og medicin og en forvaltning anvender mini-MTV til vurdering af medicin og behandlingsformer.

### 4.4 Særlige procedurer og retningslinjer

De afdelinger, der ingen skemaer anvendte, blev spurgt, om de i stedet anvender en særlig procedure eller et sæt af retningslinier, der skal fremlægges for afdelingsledelsen. Hvad en særlig procedure eller retningslinje består i blev ikke defineret, så det var op til ledelsen selv at definere, om de brugte det ene eller det andet. Fordelingen er vist i tabel 11. De indsendte procedurer skal indeholde en beskrivelse af nødvendigheden af anskaffelsen af nyt apparatur/indførelse af ny behandling.

Procedurer består ofte af beskrivende ansøgninger med hovedvægt på det økonomiske. Nogle ledelser har kun krav om ansøgninger, når teknologien overstiger et vist beløb (25 – 50.000 kr.). Flere ledelser har retningslinier, der skal følges, hvoraf enkelte har MTV-perspektivet.

Tabel 11. Fordeling af anvendelsen af en procedure eller intet skema fordelt på forvaltning, sygehusledelse og afdelingsledelser inkl. specialer.

	Anvender ingen skema			Total
	Har procedure	Har intet	I alt	
Forvaltninger	2	2	4	11
Sygehusledelser	5	1	6	29
Afdelingsledelser	13	47	60	90
Anæstesi	7	19	26	37
Kardiologi	2	15	17	24
Ortopædkirurgi	4	13	17	29

I de tilfælde hvor der ikke anvendes noget skema har 2 ud af 4 forvaltninger, 5 ud af 6 sygehusledelser og 13 ud af 60 afdelingsledelser en procedure.

Fordelt på specialer klarer 73 % (19 af 26) af anæstesiaafdelinger, 88 % (15 af 17) af kardiologiske afdelinger og 76 % (13 af 17) af ortopædkirurgiske afdelinger sig uden nogen form for skema eller procedure. Flere ledelser oplyste at selv, om de ikke har faste skemaer eller procedurer, så vil der ofte ligge en skriftlig ansøgning eller retningslinie bag beslutningen. Flere afdelingsledelser, der enten har en særlig procedure eller intet anvender, oplyste desuden, at beslutninger bliver truffet i dialog mellem ansøger og administrerende overlæge.

#### 4.5 Holdning til beslutningsstøtteredskaber

Ledelserne er blevet spurgt om hvorvidt det anvendte skema giver et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag, om det letter ved implementering af ny teknologi og om hvor stor del af beslutningsgrundlaget skemaet udgør. Resultaterne er vist i tabellerne 12 til 14. Der er ikke påvist nogen systematik af parametrene i forhold til at anvende og ikke anvende et skema.

Tabel 12. Afdelingsledelsernes, sygehusledelsernes og forvaltningernes opfattelse af beslutningsgrundlaget

Vurdering af beslutningsgrundlag	Helt tilstrækkelig beskrivelse	Delvis tilstrækkelig beskrivelse	Delvis utilstrækkelig beskrivelse	Helt utilstrækkelig beskrivelse
Forvaltninger med mini-MTV (n=6)	2	4		
Forvaltninger med andet skema (n=1)		1		
Forvaltninger med særlig procedure (n=2)		1	1	
Forvaltninger uden skema eller procedure (n=2)		2		
Sygehusledelser med mini-MTV (n=19)	9	8	1	1
Sygehusledelser med andet skema (n=4)	1	1	1	1
Sygehusledelser med særlig procedure (n=5)	1	3	1	
Sygehusledelser uden skema eller procedure (n=1)		1		
Afdelinger med mini-MTV (n=24)	11	12		1
Afdelinger med andet skema (n=6)*	1	4		
Afdelinger med særlig procedure (n=13)	4	7	1	1
Afdelinger uden skema eller procedure (n=47)	22	21	2	2

\*en enkelt afdelingsledelse svarede ved ikke.

Tabel 12 viser, at de fleste mener at det aktuelle skema, de anvender giver et helt eller delvist tilstrækkeligt beslutningsgrundlag. Afdelingsledelser uden skema eller procedure mener også, at deres beslutningsgrundlag er helt eller delvist tilstrækkeligt.

Tabel 13: Afdelingsledelsernes, sygehusledelsernes og forvaltningernes opfattelse af hvorvidt beslutningsgrundlaget letter implementeringen

Letter implementeringen	I høj grad	I nogen grad	Kun i mindre grad	Slet ikke
Forvaltninger som har mini-MTV (n=6)	1	2	1	1
Forvaltninger som har andet skema (n=1)	1			
Forvaltninger med særlig procedure (n=2)	1	1		
Forvaltninger uden skema eller procedure (n=2)		1		
Sygehusledelser som har mini-MTV (n=19)	5	11	1	1
Sygehusledelser som har andet skema (n=4)		2	1	
Sygehusledelser med særlig procedure (n=5)	2	1	2	
Sygehusledelser uden skema eller procedure (n=1)		1		
Afdelinger med mini-MTV (n=24)	7	12	3	1
Afdelinger med andet skema (n=6)		4	1	
Afdelinger med særlig procedure (n=13)	6	3	2	
Afdelinger uden skema eller procedure (n=47)	19	21	5	

Tabel 13 viser, at de forskellige ledelser giver udtryk for at det i høj grad eller i nogen grad letter implementeringen at have et skema. De ledelser som ikke har et skema syntes også at deres beslutningsgrundlag letter implementeringen.

Tabel 14: Hvor stor en andel udgør mini-MTV eller andet skema af beslutningsgrundlaget for hhv. afdelingsledelsen, sygehusledelsen og forvaltningen

mini –MTV/ skema udgør:	Hele beslutningsgrundlaget	Hovedparten af beslutningsgrundlaget	Mindre del af beslutningsgrundlaget	Ingen del af beslutningsgrundlaget
Forvaltninger som har mini-MTV (n=6)		3	3	
Forvaltninger som har andet skema (n=1)		1		
Sygehusledelser som har mini-MTV (n=19)		15	4	
Sygehusledelser som har andet skema (n=4)		2	1	
Afdelinger med mini-MTV (n=24)		13	11	
Afdelinger med andet skema (n=6)		3	2	



Tabel 14 viser, at når der anvendes et skema, udgør det oftest hovedparten af beslutningsgrundlaget, men aldrig hele beslutningsgrundlaget. Dette er uanset om der anvendes mini-MTV eller andet skema. Et skema bidrager således til beslutningsgrundlaget.

Ledelserne er spurgt om, hvilke fordele og ulemper de kan se, der er ved at anvende et skema. De ledelser, der ikke anvender et skema er spurgt om, hvilke fordele og ulemper, der er ved det beslutningsgrundlag, der aktuelt anvendes.

Tabel 15: Vurdering af fordele ved det anvendte beslutningsgrundlag fordelt på de, der har hhv. mini-MTV og intet skema. Der er vist de seks hyppigste nævnte fordele.

Fordele*	Forvaltning (fvn.)		Sygehusledelse (sgh.led.)		Afdelingsledelse (afd.led.)	
	MTV skema n=6	Ingen skema n=4	MTV skema n=19	Ingen skema n=6	MTV skema n=24	Ingen skema n=60
Evidens	4	1	14	2	8	48
Strukturering	3	2	19	4	18	18
Kvalitet	4	1	14	2	15	26
Multidisciplinær	5	1	13	4	14	25
Åbenhed	1	2	11	2	12	29
Standardisering	2	1	11	2	16	6

\*Den fulde formulering af spørgsmålene vises i bilag X

Tabel 15 viser de fordele flest fremhæver ved at anvende mini-MTV

- inddragelse af evidens (fvn. 67%, sgh.led. 74%, afd.led. 33%)
- strukturering af informationer (fvn. 50%, sgh.led. 100%, afd.led. 75%)
- kvalitet af beslutningsgrundlag (fvn. 67%, sgh.led. 74%, afd.led. 63%)
- multidisciplinær tilgang (fvn. 83%, sgh.led. 68%, afd.led. 58%)
- åbenhed i beslutningsprocessen (fvn. 17%, sgh.led. 58%, afd.led. 50%)
- standardiseret beslutningsproces (fvn. 33%, sgh.led. 58%, afd.led. 67%)

Afdelingsledelser, der ingen skema anvender, fremhæver også evidens som en fordel (80%), dernæst fremhæver de tilpasning til lokale forhold som en fordel (62%). De nævner også fordele som kvalitet (43%), multidisciplinær tilgang (42%) og åbenhed i processerne (48%).

Tabel 16. Vurdering af ulemper ved det anvendte beslutningsgrundlag fordelt på de, der har hhv. mini-MTV og intet skema. Der er vist de seks hyppigst nævnte ulemper

Ulemper*	Forvaltning (fvn.)		Sygehusledelse (sgh.led.)		Afdelingsledelse (afd.led.)	
	MTV ske- ma n=6	Ingen ske- ma n=4	MTV ske- ma n=19	Ingen ske- ma n=6	MTV ske- ma n=24	Ingen skema n=60
Utilstrækkelig vurd. af evidens	4	2	4	2	6	13
Mgl. kontrol	2	1	4	4	5	11
Utilstrækkelig	0	0	3	3	5	9
Åbenhed	0	0	0	0	0	3
Omfattende	1	0	1	0	5	5
Ingen	2	1	8	1	6	

\*Den fulde formulering af spørgsmålene vises i bilag X

Tabel 16 viser de ulemper flest fremhæver ved at anvende mini-MTV.

- utilstrækkelige vurdering af evidens (fvn. 67%, sgh.led. 21%, afd.led. 25%)
- manglende kontrol af fagligt indhold (fvn. 33%, sgh.led. 21%, afd.led. 21%)
- ingen ulemper (fvn. 33%, sgh.led. 42%, afd.led. 25%)

## 5 Diskussion

Udformningen af mini-MTV'erne er meget forskellige og anvendelsen er meget variabel. De fire aspekter (teknologi, patient, organisation og økonomi), der normalt vurderes ved udarbejdelsen af en MTV i Danmark, er udbredt i de lokale skemaer. Ofte er der 20-30 spørgsmål, der dækker disse områder. Nogle anvender CEMTV's skema vedr. apparaturanskaffelser, og andre kan være blevet inspireret af det til at udvikle deres eget. Enkelte steder er skemaerne delt op i flere skemaer afhængig af hvilken type teknologi, der skal tages beslutning om. Et fællestræk er at problemstillingerne ligger tæt op ad lokale forhold, og ikke forholder sig til teknologiens indførelses betydning i et større perspektiv. De økonomiske forhold er mere driftsorienterede i forhold til en økonomisk analyse i en bred MTV. Ved apparaturanskaffelser fokuserer skemaerne ofte på tekniske og driftsmæssige forhold.

Muligheden for metodologiske problemer i undersøgelsen er til stede, og det kan ikke afvises, at nogle kliniske afdelinger har et skema eller en procedure for denne type af beslutninger, men måske har misforstået spørgsmålene. For eksempel kan respondenterne have troet, at en spørgeskemaundersøgelse, som er igangsat af det nationale center for MTV, kun omhandler egentlige mini-MTV. Argumentet imod denne tolkning er dog, at ordet "MTV-skema" ikke anvendes i spørgeskemaet, samt at respondenterne spørges, om de har "en særlig procedure eller retningslinjer". Det er således netop forsøgt at gøre spørgsmålene så brede, at alle typer af procedurer og retningslinjer kunne blive identificeret med spørgeskemaet.

Da der er opnået en høj svarprocent, kan de indkomne svar betragtes som værende repræsentative for forvaltninger og sygehusledelser. Da vi udvalgte tre specialer på afdelingsniveau, er disse ikke repræsentative for alle afdelinger, men kun for de tre speciale afdelinger.

Anvendelsen af mini-MTV er tilsyneladende opstået spontant og uafhængigt af hinanden, da de tre startsteder fysisk og organisatorisk ligger langt fra hinanden. Det er hovedsageligt i forvaltninger og sygehusledelser man har taget skemaer i anvendelse. Med hensyn til afdelingsniveauet viser undersøgelsen som nævnt, at kun 30 ud af de 90 adspurgte afdelinger anvender mini-MTV eller andet skema, samt at 13 afdelinger har særlige procedurer eller retningslinjer, som skal anvendes, når afdelingsledelsen beslutter at ibrugtage en ny behandling eller lignende. Det vil sige, at 47 afdelinger, eller over halvdelen af de deltagende kliniske afdelinger ikke har et skema eller en procedure, som anvendes, når ansatte i afdelingen fremsætter forslag om indførelse af ny teknologi.

Dette resultat er overraskende. Afdelingsledelser træffer ofte afgørende beslutninger om ibrugtagning af ny medicin, nye kirurgiske procedure, nyt apparatur, nye organisationsformer mv. Disse beslutninger kan have stor betydning for patienternes helbred og livskvalitet, for afdelingens personale og for afdelingens, sygehusets og patienternes økonomi. Hvis kliniske afdelinger ikke har retningslinjer for, hvordan sådanne beslutninger træffes og på hvilket grundlag, er der fare for at grundlaget ikke er tilstrækkeligt, og at der i sidste ende træffes uoptimale beslutninger. Ved et struktureret beslutningsredskab som mini-MTV sikrer man at flere aspekter bliver overvejet, før der tages en beslutning. En forklaring kan være at afdelingsledelserne har en mindre organisation, og dermed mener at kommunikationen mellem ledelse og medarbejdere er lettere. Derfor føler man måske ikke samme behov for en mere struktureret procedure ved indførelse af ny teknologi/apparatur. Et af argumenterne mod anvendelse af et skema er tidsforbruget, da den tid udfyldelsen af et skema tager ikke menes at stå mål med de beslutninger, der skal tages. Et andet argument imod er, at et standardiseret skema ikke tager nok hensyn til de lokale forhold. Det er nogle af de begrundelser, der bliver givet i besvarelserne fra afdelingsledelser, der ikke har et skema. Nogle giver desuden udtryk for at sådanne beslutninger ikke ligger hos afdelingsledelsen, men hos andre fx center- eller sygehusledelsen. At mini-MTV ikke er udbredt på afdelingsniveau, afspejles også i at antallet af indsendte mini-MTV gennem de sidste 12 må-

neder er betydelig færre (max 30) på afdelingsniveau end forvaltnings- og sygehusledelsesniveau.

De afdelinger, der har et skema, er mindre tilbøjelige til at gøre skemaet obligatorisk. Der er flere afdelinger end sygehusledelser og forvaltninger, der ikke mener, at skemaet anvendes som forventet. En mulig forklaring kan være at det på afdelingerne, hovedsageligt er forslagsstiller, dvs. interessenten selv, der udfylder skemaet, og dette kan give habilitetsproblemer, der må tages hensyn til i overvejelserne. Afdelingsledelserne har en central rolle i udfyldelse af skemaer til sygehusledelser og forvaltninger. En øgning af hvor mange, der mener at skemaet anvendes som forventet, kan muligvis ske ved information om forventninger og undervisning i udfyldelse af skemaet af det personale, der står for udfyldelsen. Hvilke forventninger, der præcist er til et skema, er ikke undersøgt.

Årsagen til at det i stor udstrækning er ved apparaturanskaffelse, man anvender et skema og ofte mini-MTV, skyldes formodentlig to ting. Dels at Sundhedsstyrelsen i 1994 udsendte en pjece om apparaturanskaffelse med MTV som ramme, dels at der i 1999 blev lovgivet om anvendelse af MTV ved indførelse af nyt røntgenapparat. Dette stemmer overens med de resultater, der fremkom tidligere i en evaluering af Center for Evaluering og MTV (2003) om brugen og kendskabet til apparaturanskaffelsespjecen.

Anvendelsen af mini-MTV bliver i større grad brugt ved indførelse af nye behandlinger end i økonomiske og forhandlingsmæssige sammenhænge. Dette tyder på, at der er en udbredt forståelse af vigtigheden i at få vurderet alle elementer der indgår i en MTV, og ikke kun de økonomiske overvejelser, der gør sig gældende. Hvilken vægt, der ved en beslutningsproces, bliver lagt på de forskellige elementer, vides ikke. Økonomi formodes at spille en stor rolle, men også de patient-etiske aspekter kan være afgørende i beslutningen.

Uanset om man anvender et skema, procedure eller ingenting, mener de fleste, at det giver dem en helt eller delvis tilstrækkelig beskrivelse til at de kan tage beslutninger derudfra. Typisk vil man over for udenforstående forsvare den praksis, man har. En anden forklaring på dette kan måske søges i den hierarkiske organisering, der stadig eksisterer på mange sygehuse.

På samme måde synes hovedparten, at deres aktuelle beslutningsstøtteredskab, i høj eller nogen grad letter implementeringen. Det kan være vanskeligt at finde et rationale for at mangel på et beslutningsstøtteredskab kan lette implementeringen. Ovenstående kan også forklare at for halvdelen af forvaltninger og afdelingsledelser udgør skemaet en mindre del af beslutningsgrundlaget. For flertallet af sygehusledelserne udgør skemaet hovedparten af beslutningsgrundlaget. Dette kan skyldes sygehusledelsens position, hvor de skal kunne forklare deres dispositioner enten over for afdelingsledelse eller forvaltning.

Resultaterne fra tabel 17 og 18 af fordele og ulemper i anvendelsen af et skema viser, at det er meget vigtigt at få kvalitet ind i udarbejdelsen af skemaerne. Dette kræver en mere systematisk dokumentationssøgning, samt anvendelse af evidensgraderingsskema inkluderende evidensniveau og anbefalingers styrke. Ved indførelse af dette vil kvaliteten i skemaerne øges og det faglige indhold blive gennemskueligt. Den multidisciplinære tilgang er en udtrykt fordel, og er formodentlig med til at lette implementering, da præmisserne for indførelse af den nye teknologi, er åbenbar for flere.

Flere påpeger i deres kommentarer, at det er tidskrævende at udfylde et skema. Da udfyldelse af mini-MTV kræver forhåndskendskab, kan det være en fordel, at det er de samme personer, der udfører dette. Tid til oplæring i MTV-tankegangen vil på sigt medføre mindre tidsforbrug i udfyldelse af et skema.

Interessen for (og efterspørgslen efter) beslutningsstøtte i sygehusvæsenet er stor.

Ovenstående resultater viser at erfaringerne med beslutningsstøtteredskaber er overvejende positive. Der er imidlertid også kritiske holdninger, ikke mindst er der påpeget visse problemer med kvaliteten af de beslutningsgrundlag, som produceres.

Generelt er der enighed om, at hvis man vil arbejde med denne form for beslutningsstøtte inden for sundhedsområdet, så er MTV-tankegangen et nærliggende valg på grund af det brede perspektiv (en helhedsvurdering ud fra en analyse af teknologiske, patientrelaterede, organisatoriske og økonomiske forhold) og fordi inddragelse af evidensbaseret viden er et helt centralt aspekt.

## 6 Konklusion

Ud fra den samlede undersøgelse kan det konkluderes at sygehusledelserne bruger mini-MTV mere end afdelingsledelser, og at 67 % af afdelingerne hverken bruger mini-MTV eller anden form for beslutningsstøtteredskaber. Det er i høj grad interessenterne selv, der udfylder mini-MTV, og ved inddragelsen af mini-MTV'er i beslutningsprocessen, bør der derfor være fokus på habilitetsproblemer samt kvaliteten af skemaet. Alle er tilfredse med hvad de anvender som beslutningsgrundlag. Dette kan muligvis være en barriere for at indføre mini-MTV, idet der ikke menes, at der er et udækket behov. Der er dog forskel på, hvad man mener, er fordele og ulemper ved det beslutningsgrundlag man har.