



INTRODUKTION TIL MINI-MTV

– et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj
til kommunerne

2008



Medicinsk Teknologivurdering

INTRODUKTION TIL MINI-MTV

– et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj
til kommunerne

Introduktion til Mini-MTV

– et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj til kommunerne

Medicinsk Teknologivurdering

Udarbejdet af MTV i Sundhedsstyrelsen med sparring fra Kommunernes Landsforening og repræsentanter fra udvalgte kommuner og regioner.

Redaktion:

Medicinsk Teknologivurdering (MTV)

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 Kbh S

URL : <http://www.sst.dk>

Emneord: Mini-mtv; medicinsk teknologivurdering; MTV; beslutningsstøtte; ledelsesværktøj; beslutningsstøtteværktøj; MTV-skema

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-670-2

Trykt ISBN: 978-87-7676-671-9

Version: 1.0

Versionsdato: 11.04.2008

Sprog: Dansk

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: Schultz Grafisk

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgivet af Sundhedsstyrelsen maj 2008

Publikationen kan hentes på <http://www.sst.dk/mini-mtv>

Forord

Sundhedsstyrelsens Enhed for Medicinsk Teknologivurdering (EMTV) udviklede, i samarbejde med lokale MTV-miljøer, i 2005 et fleksibelt beslutningsstøtteværktøj, som anvendes i sygehusledelser både lokalt og regionalt, når det overvejes at indføre en medicinsk teknologi. Anvendelsen af MTV-tankegangen ved indførelse af nye teknologier breder sig. Kommunerne har med den nye sundhedslov fået mange nye opgaver indenfor sundhedsområdet. Det er derfor blevet aktuelt at lave en version af mini-MTV, som kan anvendes i kommunale beslutningsprocesser. Mini-MTV til kommunerne er således en bearbejdet udgave af mini-MTV til sygehusene.

Denne publikation introducerer beslutningsstøtteværktøjet, som er baseret på et skema og en tilhørende vejledning. Der er tale om et hjælpemiddel i udarbejdelsen af forvaltningsoplæg og politiske beslutningsgrundlag i kommunerne og deres institutioner.

Mini-MTV er tænkt som et fleksibelt og dynamisk værktøj, der kan tilpasses lokale forhold og beslutningstagernes aktuelle behov - det vil sige relativt let indpasses i de lokale og regionale budget- og planlægningsprocesser.

Når problemstillingen eller anvendelsen rækker ud over en konkret lokal sammenhæng, kan mini-MTV imidlertid ikke erstatte en egentlig MTV.

Sundhedsstyrelsen håber, at kommunalbestyrelser og forvaltninger vil kunne bruge dette værktøj som en struktureret hjælp til at træffe kvalificerede beslutninger om hensigtsmæssig ressourceanvendelse, når der skal ske omlægninger eller indføres nye indsatser.

*Sundhedsstyrelsen
Maj 2008*

Finn Børlum Kristensen
Chef for medicinsk teknologivurdering

Projektgruppen

Sundhedsstyrelsen

Birgitte Bonnevie, Projektleder

Kommunernes Landsforening

Mads Jensbo

Repræsentanter fra kommuner

Lars Lund, Aalborg Kommune

Mette Dissing Odgaard, Ballerup Kommune

Sine Møller Sørensen, Favrskov Kommune

Jean Hald Jensen, Helsingør Kommune

Tage Carlsen, Horsens Kommune

Birgitte Gade Kofoed, Københavns Kommune

Ane Møller, Odense Kommune

Repræsentanter fra regionerne

Anne Lee, CAST, Syddansk Universitet

Kristian Kidholm, Odense Universitetshospital

Lars Ehlers, MTV og Sundhedstjenesteforskning, Århus

Indhold

Forord	3
Projektgruppen	4
Hvad er MTV?	7
Hvad er medicinsk teknologi?	7
MTV skaber grundlag for beslutninger	7
Mere om MTV	8
Hvad er mini-MTV?	9
Beslutningsgrundlag til tiden	9
Hvorfor mini-MTV?	10
Baggrunden for mini-MTV	10
Mange bud på mini-MTV	10
Nationalt værktøj for mini-MTV	11
Find skema og vejledning	11
Hvornår skal man udarbejde en mini-MTV?	12
Hvad er en mini-MTV?	12
Mini-MTV i relation til andre MTV'er	13
Kvalitet og troværdighed	14
Ledelsesopbakning og interne supportfunktioner	14
Litteratursøgning og -vurdering	14
Arbejd tværfagligt	15
Uafhængigt kvalitetstjek	15
Synliggør svagheder og usikkerheder	15
Styrker og svagheder	16
Mini-MTV's styrker	16
Mini-MTV's svagheder	16
Læs mere om mini-MTV og MTV	17
Bilag 1: Eksempel på brug af mini-MTV i Danmark	18
Odense Universitetshospital	18
MTV-skema	18
Afdeling for MTV	19
Støtte til udarbejdelse af mini-MTV	19
Erfaringer	19

Bilag 2: Mini-MTV (skema)	21
Spørgsmål 5 – 13: Indsatsen	22
 Bilag 3: Vejledning til kommunal mini-MTV	 26
Indledning	26
Biblioteker	33
Litteratursøgning	33
Udvælgelse og vurdering af den fundne litteratur	34
Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger	35

Hvad er MTV?

Sundhedsstyrelsen definerer i pjecen ”Medicinsk teknologivurdering – Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan?” (2000) medicinsk teknologivurdering (MTV) således:

”En medicinsk teknologivurdering er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi.”

Det er således karakteristisk for MTV-tankegangen, at problemstillingen ansues ud fra en bred tilgang, som spænder over fire hovedområder:

- teknologi/indsats
- patient/borger
- organisation
- økonomi

Hvad er medicinsk teknologi?

Begrebet medicinsk teknologi dækker i sundhedsvæsenet lægemidler, udstyr, medicinske og kirurgiske procedurer, som anvendes til forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering. I kommunale sammenhænge kan begrebet udvides til også at omfatte sociale indsatser.

MTV skaber grundlag for beslutninger

En MTV udføres typisk forud for, at en ny indsats indføres i daglig praksis eller ved ændringer i eksisterende indsatser. MTV’ens formål er at skabe et veldokumenteret og alsidigt overblik over, hvilke konsekvenser den nye indsats vil få i social- og sundhedssektoren samt for borgeren.

Målet er, at informationer og eventuelle anbefalinger fra MTV’en herefter indgår i beslutningstagernes grundlag for at træffe beslutninger vedrørende forslaget om den nye indsats.

De tre grundlæggende principper i en MTV er at:

- den bygger på evidensbaseret viden
- der er tale om en tværfaglig helhedsvurdering
- den retter sig mod beslutningstagning.

Mere om MTV

MTV's "Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering" giver et grundigt indblik i MTV og principperne for, hvordan man udarbejder en MTV. Metodehåndbogen er også et centralt dokument i forhold til mini-MTV. Metodehåndbogen findes på MTV's hjemmeside (www.sst.dk/mtv).

Hvad er mini-MTV?

Mini-MTV er et ledelses- og beslutningsstøttværktøj, der bygger på MTV-tankegangen. Der er erfaringer med, at værktøjet bruges, når man på et sygehus overvejer at indføre en ny medicinsk teknologi. Det vil også kunne anvendes ved indførelse af nye indsatser i kommunen.

Mini-MTV er et skema eller en tjekliste med en række spørgsmål om forudsætningerne for og konsekvenserne af at indføre en (ny) indsats, hvor:

- Spørgsmålene i skemaet er opdelt efter de fire MTV-perspektiver: indsats, borger, organisation og økonomi
- Besvarelsen af spørgsmålene giver et kortfattet skriftligt beslutningsgrundlag (ca. 2-5 sider) og tager erfaringsmæssigt omkring 5-15 timer, eksklusiv tidsforbrug til litteratursøgning, litteraturvurdering og økonomiske beregninger
- Formålet er at danne (en del af) beslutningsgrundlaget for et forslag om at indføre en konkret ny indsats eller ved ændringer i eksisterende indsats
- Såvel udarbejdelse som anvendelse af beslutningsgrundlaget kan finde sted på kommunalt eller regionalt plan og tilpasses lokale eller regionale mål, beslutningskriterier og tidsplaner.

Beslutningsgrundlag til tiden

En mini-MTV kan udarbejdes på kort tid og kan tilbyde et bidrag til beslutningsgrundlag på det tidspunkt, hvor der er behov for det. Derfor kan den let indpasses i de lokale eller regionale budget- og planlægningsprocesser.

Personen, der har fået ideen til eller hørt om den nye indsats, vil typisk starte med at udfylde skemaet. Herefter drøftes forslaget med andre, der vil blive involveret i indførelsen af indsatsen. Eventuelle ressourcepersoner som fx en bibliotekar (universitets- og folkebiblioteker) eller en økonom inddrages efter behov.

Mini-MTV skal tænkes som et fleksibelt og dynamisk værktøj. Da den udarbejdes kommunalt eller regionalt, kan den videreudvikles og tilpasses kommunale eller regionale mål og beslutningstagernes aktuelle behov, ligesom der er mulighed for en tæt dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere.

Hvorfor mini-MTV?

Blandt sundhedsvæsenets lokale og regionale beslutningstagere er der en stigende interesse for at udvikle og anvende metoder til beslutningsstøtte, som kan bidrage til en bedre prioritering af ressourcerne.

I den praktiske virkelighed i kommunerne og regionerne er det ikke muligt at udarbejde en omfattende MTV hver gang, der skal tages stilling til indførelse af en ny indsats, nyt udstyr el.lign.

De kommunale og regionale beslutningstagere kan med fordel anvende værktøjer til beslutningsstøtte, der kan fungere i sammenhæng med og tilpasses de kommunale og regionale beslutningsprocesser.

Baggrunden for mini-MTV

EMTV udarbejdede i 2000 et skema og en vejledning om anskaffelse af apparatur til sygehuse. Formålet var at inspirere til en systematisk, helhedsorienteret vurdering forud for nye investeringer.

Anvendelsen af skemaer til MTV har siden bredt sig fra apparatur til mere generel indførelse af nye behandlingsformer og teknologier.

Mange bud på mini-MTV

Begrebet mini-MTV er opstået i H:S/Rigshospitalet, som var blandt de første til at anvende skemaer som beslutningsstøtte ved godkendelse af nye behandlingsformer på klinisk, administrativt og politisk niveau. Læs mere i bilag 1: Eksempel på brug af mini-MTV på et sygehus i Danmark.

Efterhånden har mange danske sygehuse ladet sig inspirere af idéen om den afgrænsede, men systematiske vurdering ud fra MTV-tankegangen. Derfor findes der i dag en række lokale forslag til skemaer og forskellige bud på, hvad mini-MTV kan anvendes til.

Nationalt værktøj for mini-MTV

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med nogle af de miljøer, som har konkrete erfaringer med brug af mini-MTV, udviklet et fælles nationalt beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes kommunalt og regionalt. Værktøjet er baseret på et skema og en vejledning i at udfylde skemaet og har genbrugt navnet ”mini-MTV”.

Den nationale mini-MTV er et tilbud til beslutningstagere og ansøgere, der stiller forslag om nye indsatser. Mini-MTV skal medvirke til at udbrede MTV-tankegangen til de kommunale og regionale beslutninger, der træffes inden for kommunerne.

Mini-MTV kan anvendes bredt ved indførelse af nye indsatser. Det konkrete værktøj er udviklet på baggrund af pjecen ”Introduktion til mini-MTV – et ledelses- og beslutningsstøtteværktøj til sygehusvæsenet”.

Find skema og vejledning

I denne introduktion til mini-MTV findes MTV’s mini-MTV skema, samt en vejledning til udfyldelse af skemaet som bilag 2 og 3. Skema og vejledning kan også downloades i Word eller pdf-format fra MTV’s hjemmeside på <http://www.sst.dk/mini-mtv>

Hvornår skal man udarbejde en mini-MTV?

Det er vigtigt kommunalt eller regionalt at definere, hvornår der skal udarbejdes en mini-MTV.

Er det fx ved:

- nye indsatser – hvad er da definitionen på en ny indsats?
- betydelige ændringer i anvendelse af eksisterende indsatser
- nyt udstyr – både nyt og udskiftning af eksisterende?
- budgetforslag eller aktiviteter med stigende udgiftspræs – hvilket beløb går grænsen ved?

Mini-MTV's kendetegn

De særlige kendetegn ved en mini-MTV er, at den tager udgangspunkt i en spørgeramme med MTV-spørgsmål. Den udarbejdes internt inden for den enkelte kommune (driftsorienteret værktøj).

Sigtet med en mini-MTV er at give input til beslutninger på kommunalt niveau (afdelings-, enhedsniveau). Den belyser konsekvenser af forslag til nye indsatser, ændringer mv. overfor omkostningsafholdelsen.

Selve skemabesvarelsen tager 5-15 timer; inkluderes litteraturgennemgangen tager den 1-2 måneder at gennemføre. En færdig mini-MTV er på ca. 3-5 sider.

I forbindelse med udarbejdelsen af en mini-MTV, kan det overvejes, om indsatsen er en så betydelig ændring for borgeren eller organisationen, at der bør udarbejdes en mere omfattende MTV.

Det kunne bl.a. være, hvis et forslag fx rummer væsentlige principielle spørgsmål eller skal implementeres i større skala. Her vil en mini-MTV måske ikke være tilstrækkeligt som beslutningsgrundlag, men vil i nogle tilfælde synliggøre et behov for en mere omfattende vurdering og dermed være en forløber for en egentlig MTV.

Valget mellem at udarbejde en mini-MTV eller en mere omfattende MTV vil ofte indebære en afvejning af behovet for kvalitet og dybde i forhold til krav om hurtighed og timing af beslutningsstøtteværktøjet i

den konkrete situation. Ved udarbejdelse af en MTV vil der kræves andre ressourcer og kompetencer, end der typisk er til stede i en kommune.

Mini-MTV i relation til andre MTV'er

MTV og de regionale MTV-enheder skelner i dag mellem forskellige typer MTV-input til beslutningstagning:

- Bred, omfattende MTV, som typisk orienterer sig mod et helt sygdomsområde, varighed 1½ – 3 år
- Fokuserede MTV, som typisk omhandler en fokuseret problemstilling og en konkret teknologi, varighed 3-9 måneder
- Mini-MTV.

Kvalitet og troværdighed

En mini-MTV, er en systematisk fremstilling af den viden, som organisationen selv er i stand til at levere med en meget begrænset tid til rådighed.

En bred anvendelse af mini-MTV kan derfor bidrage til kvalificerede beslutninger og prioriteringer på kommunalt og regionalt niveau. Men forudsætningen for, at beslutningstagerne blandt andet vil basere deres beslutninger på anbefalinger fra en mini-MTV, er, at de har en høj faglig kvalitet og dermed troværdighed.

I det følgende opstilles derfor en række forslag til, hvordan der kan arbejdes med kvalitet i en mini-MTV.

Ledelsesopbakning og interne supportfunktioner

En ledelse, der sikrer gode betingelser for MTV-arbejdet og udvikling af interne supportfunktioner, fremmer kvaliteten og ensartetheden af mini-MTV'er.

Det er hensigtsmæssigt at have et team af ressourcepersoner, der skal udarbejde en mini-MTV. Disse vil over tid udvikle stor kompetence og indsigt i MTV-principperne, som hele organisationen kan drage nytte af.

En væsentlig ressourceperson er fx en lokal økonom med indsigt i driftsøkonomi og gerne også i sundhedsøkonomisk analyse. Denne kan stille de økonomiske forhold skematisk op, så det bliver nemt for beslutningstagerne at opgøre de samlede økonomiske forhold.

Andre væsentlige ressourcepersoner er personer med kompetencer inden for litteratursøgning (fx en bibliotekar) og evidensvurdering (fx en sundhedsfaglig person, der har erfaring med kritisk litteraturvurdering).

Litteratursøgning og -vurdering

Ved MTV er litteraturvurdering grundlæggende. Det samme gælder for mini-MTV. Ved mini-MTV vil litteratursøgningen og -vurderingen typisk være mere begrænset. Den gennemføres systematisk, så man får et overblik over den mest kvalificerede litteratur og har mulighed for at kvalitetsvurdere litteraturen i overensstemmelse med artiklernes videnskabelige kvalitet.

Som nævnt vil det ofte være en fordel at inddrage en lokal bibliotekar i valg af informationskilder og søgning deri. Universitets- og folkebiblioteker kan også bistå i arbejdet.

Læs mere om litteratursøgning og -vurdering i appendiks.

Læs mere om databaser og informationskilder samt om opbygning af søgestrategi og søgning i "Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering" som findes på MTV's hjemmeside (www.sst.dk/mtv).

Arbejd tværfagligt

Hvor en mini-MTV udarbejdes af en enkelt person, vil det ofte være hensigtsmæssigt at inddrage personer fra andre faggrupper, som berøres af den nye indsats. At medtænke det tværfaglige perspektiv vil sikre, at væsentlige interesser og holdninger belyses og give vurderingen en større alsidighed.

Uafhængigt kvalitetstjek

Det bør naturligvis tilstræbes at udarbejde en mini-MTV så veldokumenteret som muligt og at synliggøre eventuelle modstridende synspunkter.

Der kan med fordel etableres en kvalitetssikringsproces, hvor mini-MTV'en gennemgås kritisk af andre uvildige fagpersoner inden for – eventuelt også udenfor – organisationen, med henblik på at styrke kvalitet og troværdighed.

Synliggør svagheder og usikkerheder

Da en mini-MTV udarbejdes over kort tid og med begrænsede resourcer, kan der være aspekter, som det er vanskeligt at få belyst tilstrækkeligt, ligesom der kan være svagheder i datagrundlaget eller vurderingen.

Dette bør rapporteres og synliggøres i mini-MTV'en, så grundlaget for vurderingen og eventuelle anbefalinger er helt klare. Ved at skabe åbenhed og gennemsigtighed sikres en høj troværdighed.

Styrker og svagheder

Mini-MTV er et beslutningsstøttværktøj, der har potentiale til at fremme MTV-tankegangen i beslutningsprocesserne i social- og sundhedssektorerne. Det har både styrker og svagheder.

Mini-MTV's styrker

- mini-MTV kan udarbejdes kommunalt med lokale ressourcer
- med mini-MTV kan beslutningsgrundlaget være til stede på rette tidspunkt og med lokal relevans, hvilket kan føre til en mere hensigtsmæssig prioritering
- mini-MTV, der tilstræber at være evidensbaseret, kan medvirke til at højne kvaliteten af beslutningsgrundlaget
- arbejdsindsatsen i en mini-MTV er overskuelig, hvilket øger sandsynligheden for, at den vil blive udarbejdet og anvendt
- mini-MTV fastholder fokus på faglighed og borgernytte i samspil med organisation og økonomi
- mini-MTV er et fleksibelt værktøj, der kan tilpasses lokale forhold
- mini-MTV sikrer, at evidens og dokumentation for nye behandlinger er kendt, når det besluttet at indføre dem
- med mini-MTV geares organisationen mere generelt til at tænke i MTV-baner.

Mini-MTV's svagheder

- på det kommunale område kan det være svært at finde evidensbaseret viden
- da en mini-MTV ofte skal udarbejdes på kort tid, kan der være spørgsmål, som det ikke er muligt at få belyst tilstrækkeligt
- der skal gøres en indsats for at sikre kvalitet og troværdighed i mini-MTV
- der er en risiko for, at mini-MTV udarbejdes af en monofaglig gruppe, og at den dermed ikke får den nødvendige tværfaglighed
- der kan være risiko for, at mini-MTV er påvirket af egeninteresser
- bevidsthed om mini-MTV's begrænsninger.

Læs mere om mini-MTV og MTV

På MTV's hjemmeside findes en række tekster om mini-MTV, hvor man både kan læse om konkrete erfaringer med at bruge mini-MTV som beslutningsgrundlag, om teoretiske overvejelser og om arbejdet med at udvikle en national mini-MTV.

Her findes blandt andet notaterne:

- Udviklingen af mini-MTV. Notat om udarbejdelse af EMTV's mini-MTV
- Kortlægning af sygehusvæsenets erfaringer med beslutningsstøtteredskaber (spørgeskemaundersøgelse 2004/2005)
- Anvendelser af og erfaringer med mini- og hurtig MTV som beslutningsgrundlag i udenlandske sygehusvæsener
- Business casen som beslutningsstøtte: Erfaringer fra erhvervslivet
- Anvendelse af analyser i beslutningsprocesser. Notat om det beslutningsteoretiske grundlag for mini-MTV.

Notaterne er placeret på siden under mini-MTV til sygehusene <http://www.sst.dk/mini-mtv>

På MTV's hjemmeside findes desuden mere information om MTV, herunder:

- Metodehåndbog for Medicinsk teknologivurdering (2007)
- Medicinsk Teknologivurdering – Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan? (2000)
- Medicinsk apparatur og medicinsk teknologivurdering – en vejledning (2000)

Bilag 1: Eksempel på brug af mini-MTV i Danmark

Mini-MTV anvendes allerede i dag på sygehusene til en række forskellige formål, blandt andet når nye behandlingsformer indføres. Tilsvarende findes mange forskellige måder at organisere MTV-arbejdet på.

Nedenfor præsenteres som inspiration nogle eksempler fra det danske sundhedsvæsen.

Odense Universitetshospital

På Odense Universitetshospital er brug af mini-MTV obligatorisk, når de kliniske afdelinger fremsender budgetforslag, der vedrører ibrugtagning af nye behandlinger m.v. til Direktionen. Desuden er der på hospitalet foretaget organisatoriske tiltag med det formål at styrke brugen af MTV.

MTV-skema

På Odense Universitetshospital blev de kliniske afdelinger i et par år opfordret til at udfylde et skema med en række specifikke MTV-spørgsmål, når de udarbejdede budgetforslag, men erfaringerne viste, at skemaet kun sjældent blev benyttet. Der blev derfor nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra administrationen og ledelser fra tre kliniske afdelinger, som med udgangspunkt i Rigshospitalets mini-MTV udformede et nyt MTV-skema.

Ultimo 2003 besluttede sygehusledelserne fra Odense Universitetshospital og Sygehus Fyn at gøre MTV-skemaet obligatorisk, når afdelingsledelser fremsender budgetforslag til sygehusledelser eller centerledelser. MTV-skemaet blev desuden benyttet, når der skal udsendes varsler til brugeramterne om nye behandlinger, som de fynske sygehuse kan tilbyde patienterne i de øvrige amter. I 2005 blev MTV-skemaet anvendt i forbindelse med, at de kliniske afdelinger har ansøgt om midler fra Fyns Amts kræftpulje.

Afdeling for MTV

Kravet om brug af mini-MTV er en del af hospitalets satsning på at styrke brugen af MTV som grundlag for beslutninger på såvel afdelings- som sygehusledelsesniveau. I forbindelse med denne satsning er der på Odense Universitetshospital oprettet en særlig afdeling, Forsknings- og MTV-afdelingen, der blandt andet har som formål at bistå de kliniske afdelinger i arbejdet med MTV.

Støtte til udarbejdelse af mini-MTV

Kravet om obligatorisk brug af mini-MTV blev præsenteret for afdelingsledelserne på amtets sygehuse på en MTV-temadag i februar 2003. I den forbindelse blev der også præsenteret en række typer af bistand til arbejdet med MTV, herunder mini-MTV.

Disse tiltag omfatter:

- Bistand til gennemførelse af litteraturstudier
Der er ansat en særlig ”MTV-bibliotekar”, der bistår afdelingerne med at gennemføre litteraturstudier i forbindelse med MTV og Evidensbaseret Praksis-projekter.
- Kurser i MTV og litteraturstudier
Der er udbudt en række kurser i at gennemføre MTV og litteraturstudier.
- MTV-portal
Der er oprettet en MTV-portal, som blandt andet kan ses på Odense Universitetshospitals hjemmeside (www.ouh.dk) med information om MTV, databaser og vejledning i at gennemføre litteraturstudier.
- Vejledning
Forsknings- og MTV-afdelingen har tilbudt de kliniske afdelinger bistand med besvarelse af spørgsmålene i MTVskemaet.

Erfaringer

Obligatorisk brug af mini-MTV har medført en øget anvendelse af MTV-skemaet som grundlag for beslutninger om indførelse af nye behandlinger på de fynske sygehuse. Repræsentanter fra de kliniske afdelingsledelser har ved flere lejligheder udtrykt støtte til brugen af skemaet, men det er også blevet påpeget, at skemaet er omfattende og stiller store krav til beskrivelsen af især de økonomiske konsekvenser af nye behandlinger.

”Enhver med indsigt i sundhedsvæsenet må erkende, at MTV ikke er til at komme udenom som vurderings- og beslutningsredskab. Men at indføre MTV i beslutningsprocesserne er ikke så enkelt. Som formand for Fyns Amts MTV-udvalg, hvor vi har haft MTV og Tidlig Varsling på dagsordenen siden 1997, har jeg erfaret, at den største barriere er den tid det tager at udarbejde og gennemføre en MTV. For at udbrede MTV-tankegangen bedst muligt har vi derfor fra 2004 satset på en udvikling i retning af mini-MTV”.

Jens-Otto S. Jeppesen,
direktør for Odense
Universitetshospital

Dette kan være en medvirkende årsag til, at brugen af skemaet ikke har været så konsekvent som forventet. Der er endnu ikke i 2008 gennemført en egentlig evaluering af brugen af skemaet.

"Fordelen ved mini-MTV'er er, at man tvinger alle til at tænke i MTV, at man er sikker på at have læst litteraturen, at der er en klinisk effekt osv. Det er et godt arbejdsredskab til at komme hele vejen rundt om fx en ny behandling, også mht. organisation og arbejds gange. Men der er et stort behov for uddannelse og det gælder ikke kun for lægegruppen, men også andre sundhedsfaglige grupper, fx sygeplejersker og fysioterapeuter, som vil kunne bruge værktøjet."

Hans Ri Jørgensen,
ledende overlæge,
Ortopædkirurgisk
Afdeling, Middelfart,
Odense Universitetshospital

Jens-Otto S. Jeppesen,
direktør for Odense
Universitetshospital

Bilag 2: Mini-MTV (skema)

Før nedenstående skema udfyldes, anbefales det at læse vejledningen til skemaet, som kan downloades fra <http://www.sst.dk/mini-mtv>

Skema og felter kan justeres og udvides alt efter behov.

Selve indsatsen beskrives her (hvad består den i/af, hvor tænkes den indført, m.m.):

Målgruppen for indsatsen:

Målgruppen for mini-MTV skemaet:

Dato:

Spørgsmål 1- 4: Indledning

1: Hvem er forslagsstiller (afdeling, enhed, forvaltning, person el. andre organisationer)?

2: Hvad er navnet/betegnelsen for den nye indsats?

3: Hvilke parter er forslaget drøftet med?

4: Hvordan indgår forslaget i sundhedsaftalerne?

Spørgsmål 5 – 13: Indsatsen

5: Til hvilken sundhedsmæssig problemstilling skal indsatsen anvendes?

6: På hvilken måde er indsatsen ny i forhold til målgruppen?

7: Beskriv den foretagne litteratursøgning (udført af forslagsstiller eller af andre)?

8: Angiv de væsentligste referencer, vurder kvaliteten og evt. styrken af evidensen.

9: Hvad er effekten af indsatsen for målgruppen med hensyn til sundhedstilstand?

10: Hvilke risici, bivirkninger eller andre uønskede effekter kan indsatsen have?

11: Kendes der til igangværende undersøgelser af effekten af samme el. lign. indsatser i Danmark?

12: Er indsatsen anbefalet af Sundhedsstyrelsen, Servicestyrelsen eller andre? Hvis JA, angiv af hvem.

13: Har forslagsstiller(e) tidligere, evt. i andre sammenhænge, søgt om indførelse af indsatsen? Hvis JA, med hvilket resultat?

Spørgsmål 14 – 16: Borgeren

14: Medfører indsatsen særlige etiske overvejelser?

15: Forventes det, at målgruppens livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af indsatsen?

16: Hvordan tænkes målgruppen inddraget (information, opsøgning m.m.)?

Spørgsmål 17 – 23: Organisation

17: Hvilke konsekvenser har indsatsen for personalet hvad angår information, uddannelse, tidsforbrug og arbejdsmiljø?

18: Hvordan kan indsatsen rummes i de nuværende fysiske el. organisatoriske rammer?

19: Hvordan vil andre afdelinger eller relaterede områder i organisationen blive påvirket af indsatsen?

20: Hvordan påvirker indsatsen samarbejdet med andre kommuner, regioner, primærsektoren, leverandører, frivillige organisationer m. v. (for eksempel i forbindelse med ændringer i det ønskede forløb for borgeren)?

21: Hvornår kan indsatsen iværksættes og evt. afsluttes igen?

22: Hvordan tænkes indsatsen evalueret?

23: Er indsatsen implementeret andre steder i Danmark (hvor)?

Spørgsmål 24 – 29: Økonomi

24: Er der opstartsudgifter til udstyr, ombygning, uddannelse m.v.? Både anlæg og drift.

25: Hvad er de forventede aktivitetsmæssige konsekvenser de nærmeste år?

26: Hvad er de forventede mer-/mindreudgifter pr. borger omfattet af indsatsen pr. år for kommunen? Både anlæg og drift.

27: Hvad er de forventede totale mer-/mindreudgifter pr. år for kommunen de nærmeste år? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig)

28: Hvilken forventede mer-/mindreudgifter kan der ventes for andre kommuner, regioner mv.? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig)

29: Hvilke forudsætninger ligger til grund for ovenstående beregninger?

Øvrige kommentarer

Bilag 3: Vejledning til kommunal mini-MTV

Indledning

Mini-MTV samler og strukturerer informationer forud for beslutninger om igangsætning af nye indsatser.

Mini-MTV skal medvirke til at sikre et alsidigt og systematisk beslutningsgrundlag for indførelse af ny indsatser. Generelt anbefales det, at besvarelsen af de enkelte spørgsmål i mini-MTV'en følger principperne for medicinsk teknologivurdering jf. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering på www.sst.dk/mtv

Skemaet er opdelt i en kort indledning og spørgsmål vedrørende:

- indsatsen (teknologi)
- borgerforhold
- organisatoriske konsekvenser
- økonomiske konsekvenser

I denne vejledning gives en kort forklaring og praktiske anvisninger vedrørende de enkelte spørgsmål i mini-MTV.

Et beslutningsgrundlag i form af en mini-MTV er mindre omfattende end traditionelle MTV-beskrivelser af nye teknologier. Derfor har de, der besvarer spørgsmålene i mini-MTV'en, en særlig forpligtigelse til at synliggøre usikkerheder og eventuelle svagheder i beskrivelsen af forslagens konsekvenser.

Det gælder for samtlige spørgsmål i mini-MTV, at besvarelsen bør skrives i et letforståeligt sprog, og at det ikke er tilstrækkeligt at svare ja eller nej.

Spørgsmål 1 – 4: Indledning

- 1: Hvem er forslagsstiller (afdeling, enhed, forvaltning, person el. andre organisationer)?

Her angives hvilken afdeling(er), enheder, forvaltninger, person(er) eller andre organisationer, der er forslagsstiller(e).

- 2: Hvad er navnet/betegnelsen for den nye indsats?

Her angives, hvad der konkret søges om – for eksempel ny forebyggelsesindsats til en given borgergruppe.

- 3: Hvilke parter er forslaget drøftet med?

Ofte vil det være en fordel at drøfte et forslag med et lokalt udvalg/enhed, andre berørte afdelinger, sektorer eller andet relevant samarbejdsforum. Her angives, med hvem forslaget eventuelt har været drøftet med og en konklusion herpå.

- 4: Hvordan indgår forslaget i sundhedsaftalerne?

Her beskrives, hvordan indsatsen er relateret til og lever op til ansvaret beskrevet i sundhedsaftalerne.

Spørgsmål 5 – 13: Indsatsen

- 5: Til hvilken sundhedsmæssig problemstilling skal indsatsen anvendes?

Her angives målgruppens sundhedsmæssige problemstilling, som indsatsen ønskes anvendt på (f.eks. dagplejemødre, der ryger, overvægtige børn, ældre mobile borgere m.m.)

6: På hvilken måde er indsatsen ny i forhold til målgruppen?

Der angives, på hvilken måde denne indsats er ny/ny i forhold til gængs praksis. Ud over, at en indsats kan erstatte anden nuværende metode, kan der ofte være andre alternativer til den nye indsats. Mini-MTV'en bør derfor indeholde en vurdering af fordele og ulemper i forhold til gængs praksis og eventuelle andre alternativer.

7: Beskriv den foretagne litteratursøgning (udført af forslagsstiller eller af andre)?

En medicinsk teknologivurdering bør i høj grad baseres på dokumenteret viden. En vurdering af metoden kan med fordel bygge på principperne for litteratursøgning og -vurdering jf. appendiks.

8: Angiv de væsentligste referencer, vurder kvaliteten og evt. styrken af evidensen.

Dokumentationen for forslagets effekt bør angives med de væsentligste referencer. Som en hjælp for læseren, angives ud for de enkelte referencer, hvor de er søgt. For evidensvurdering se evidensskema i appendiks.

9: Hvad er effekten af indsatsen for målgruppen med hensyn til sundhedstilstand?

Her angives et kort resumé af de væsentligste konklusioner fra ovenstående referencer (eksempelvis effekten af forslaget på borgernes funktionsevne, sygelighed, dødelighed, m.v.).

10: Hvilke risici, bivirkninger eller andre uønskede effekter kan indsatsen have?

Forslagets risici, bivirkninger og andre uønskede effekter bør vurderes i forhold til gevinsten. Disse ulemper bør sammenholdes med ulemperne ved den gængse praksis og eventuelle alternativer.

11: Kendes der til igangværende undersøgelser af effekten af samme el. lign. indsatser i Danmark?

Her angives eventuelle igangværende undersøgelser af indsatsens effekt, samt hvordan disse er opnået.

12: Er indsatsen anbefalet af Sundhedsstyrelsen, Servicestyrelsen eller andre?

Hvis JA, angiv af hvem.

Her angives eventuelle anbefalinger.

13: Har forslagsstiller(e) tidligere, evt. i andre sammenhænge, søgt om indførelse af indsatsen?

Hvis JA, med hvilket resultat?

Her angives, om der tidligere er søgt om igangsættelse af indsatsen (til hvem, hvornår) og resultat af ansøgning.

Spørgsmål 14 – 16: Borger

14: Medfører indsatsen særlige etiske overvejelser?

Her angives etiske aspekter af indsatsen. Det angives, om indsatsen kan påvirke borgerens oplevelse af autonomi, tryghed/utryghed, behag/ubehag eller angst. Overvejelserne bør sammenholdes med gængs praksis og eventuelle alternativer.

15: Forventes det, at målgruppens livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af indsatsen?

Her angives, om – og i givet fald hvordan – målgruppens selvvalgte livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation kan ventes at blive påvirket af indsatsen. Overvejelserne bør sammenholdes med gængs praksis og eventuelle alternativer.

16. Hvordan tænkes målgruppen inddraget (information, opsøgning m.m.)?

Her beskrives, hvordan man forventer at kunne få informeret og aktiveret målgruppen til at acceptere og gøre brug af indsatsen. Det beskrives desuden, hvem/hvilke instanser, der kan henvise til indsatsen.

Spørgsmål 17 – 23: Organisation

17: Hvilke konsekvenser har indsatsen for personalet hvad angår information, uddannelse, tidsforbrug og arbejdsmiljø?

Her angives de afledte personalemæssige aspekter ved indsatsen, herunder hvilke personalegrupper, som bliver berørt af indsatsens gennemførelse. Mulige forudsætninger og konsekvenser angives i forhold til behov for information, uddannelse, tidsforbrug og påvirkning af arbejdsmiljøet.

18: Hvordan kan indsatsen rummes i de nuværende fysiske eller organisatoriske rammer?

I planlægningsøjemed angives det, om indsatsen kan rummes i de nuværende rammer. Hvis nej, angives hvordan dette eventuelt kan løses.

19: Hvordan vil andre afdelinger eller relaterede områder i organisationen blive påvirket af indsatsen?

En ny indsats vil ofte indebære ændring af samarbejdet mellem forslagsstillerens afdeling og andre afdelinger/områder. Hvis dette er tilfældet angives på hvilken måde, det ventes at påvirke dem. Det kan dreje sig om ændret samarbejdsmonster, arbejdsbelastning mv.

20: Hvordan påvirker indsatsen samarbejdet med andre kommuner, regioner, primærsektoren, leverandører, frivillige organisationer m. v. (for eksempel i forbindelse med ændringer i det ønskede forløb for borgeren)?

En ny indsats kan ofte ændre samarbejdet med andre/andre sektorer – for eksempel opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse. Er dette tilfældet, angives ændringer i det ønskede forløb for borgeren.

21: Hvornår kan indsatsen iværksættes og evt. afsluttes igen?

I planlægningsøjemed angives det, hvornår indsatsen kan iværksættes. Hvis det er en tidsbegrænset indsats, angives tiden for afslutning og evt. evaluering af indsatsen.

22: Hvordan tænkes indsatsen evalueret?

Her angives, hvem der skal evaluere indsatsen og hvilken systematisk dataindsamling, der foretages til formålet.

23: Er indsatsen implementeret andre steder i Danmark (hvor)?

Her angives det, hvis og hvordan indsatsen er implementeret – eller er planlagt implementeret – andre steder. Afhængig af indsatsens art kan det være relevant med vurdering af resultater herfra.

Spørgsmål 24 – 29: Økonomi

24: Er der opstartsudgifter til udstyr, ombygning, uddannelse m.v.?
Både anlæg og drift.

Her angives, hvilke opstartsudgifter der kan ventes. Udgifterne kan være til ombygning, nyt udstyr, uddannelse, udarbejdelse af instrukser eller information til målgruppen osv. Både udgifter til anlæg og drift bør indgå.

25: Hvad er de forventede aktivitetsmæssige konsekvenser de nærmeste år?

Her angives de aktivitetsmæssige konsekvenser pr. år, eksempelvis hvor mange borgere forslaget årligt kan ventes at involvere i over-slagsår. (Borgerantallet vil ofte være lavere det første år på grund af en opstartsfase).

26: Hvad er de forventede mer-/mindreudgifter pr. borger omfattet af indsatsen pr. år for kommunen? Både anlæg og drift.

Her opgøres de forventede direkte mer- eller mindreudgifter pr. borger omfattet af indsatsen pr. år for kommunen, hvis forslaget gennemføres. Både udgifter til anlæg og drift bør indgå.

27: Hvad er de forventede totale mer-/mindreudgifter pr. år for kommunen de nærmeste år? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig).

Her ganges antallet af borgere omfattet af indsatsen med forventet mer-/mindreudgift, så den samlede mer-/mindreudgift fremkommer. (For gennemskuelighed bør anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig).

28: Hvilke forventede mer-/mindreudgifter kan der ventes for andre kommuner, regioner mv.? (Anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig)

Betyder forslaget en udgift eller besparelse for andre kommuner, regioner, primærsektoren eller borgerne mv. angives dette. (For gennemskuelighed bør anlægs-, drifts- og afledte driftsudgifter angives for sig).

29: Hvilke forudsætninger ligger til grund for ovenstående beregninger?

Forudsætninger for ovenstående beregninger, der resulterer i usikkerheder for de økonomiske beregninger angives og størrelsesordenen anføres.

Appendiks: Litteratursøgning og -vurdering ved mini-MTV

I Medicinsk Teknologivurdering (MTV) er litteraturvurdering grundlæggende. Dette gælder også for mini-MTV. Det første led er derfor at foretage en litteratursøgning, hvortil nedenstående links kan anvendes. Derefter foretages en sammenfatning af litteraturen, der udmønter sig i konklusioner omkring teknologien, organisationsforhold, patientperspektiver og økonomiske konsekvenser.

Biblioteker

- Lokale folkebiblioteker www.bibliotek.dk
- Danmarks pædagogiske bibliotek <http://mead.dpu.dk>
- Lokale sundhedsfaglige biblioteker fx. sygehusbiblioteker eller Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek www.dnlb.dk
- Det Sundhedsvidenskabelige Bibliotek, Statsbiblioteket www.statsbiblioteket.dk/emneguide/sundhedsvidenskab/
- Syddansk Universitetsbibliotek www.bib.sdu.dk/
- Videncentret, Odense Universitetshospital www.sdu.dk/Videncentret/
- Psykiatrisk Forskningsbibliotek i Aarhus www.aaa.dk/aaa/index/serviceomraader/psykiatri/psyk-viden.htm
- DSI-Institut for Sundhedsvæsen, Biblioteket www.dsi.dk/frz_bibliotek.htm

Litteratursøgning

En kortfattet litteratursøgning i mini-MTV kan indeholde følgende trin:

- 1) Søgning på afsluttede eller igangværende MTV-projekter, kommunalt, nationalt og internationalt:

Den nationale projektdatabase for MTV www.sst.dk/mtv kan give adgang til danske MTV-rapporter. Udenlandske rapporter kan søges på: The HTA database www.york.ac.uk/inst/crd/htahp.htm, INAHTA www.inahta.org eller HTAi Vortal www.htai.org/vortal/

- 2) Søgning på systematiske oversigtsartikler udarbejdet af bl.a. Cochrane www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME

Litteratursøgning vil kunne indstilles efter de to første trin i de tilfælde hvor eksisterende litteraturgennemgange er identificeret. De følgende trin gennemføres efter behov, afhængig af den konkrete indsats og dens anvendelse.

3) Søgning på nyere randomiserede kontrollerede undersøgelser inden for de senere år: Medline fx via www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi; Embase adgang via: sygehusbiblioteker, Statsbiblioteket, DNLB (Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek), Syddansk Universitetsbibliotek eller anden institution

4) Søgning på sundhedsøkonomiske analyser: NHS EED (National Health Service Economic Evaluation Database) www.york.ac.uk/inst/crd/nhsdhp.htm; Proquest (ABI), adgang via licensbetalende steder, fx sygehusbiblioteker, Copenhagen Business School www.cbs.dk/library;DSI-Bib www.dsi.dk/frz_bibliotek.htm

5) Søgning i fagspecifikke databaser til fx patientspektet: Fx Cinahl og PsycInfo, adgang via licensbetalende steder, fx sygehusbiblioteker, Statsbiblioteket, DNLB (Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek), Syddansk Universitetsbibliotek eller anden institution

6) Supplerende søgning efter grå litteratur, fx konferenceabstrakts, gennemgang af relevante institutioners hjemmesider etc.

Det anbefales at inddrage en lokal bibliotekar i valg af informationskilder og søgning deri.

Udvælgelse og vurdering af den fundne litteratur

1. Gennemgang og udvælgelse (ud fra titel og abstrakt) af de identificerede studier ud fra inklusions- og eksklusionskriterier
2. Vurdering af tilbageværende studier. Først vurderes relevansen, derefter validiteten. Her kan med fordel anvendes tjeklister
3. Evidensniveau angives.

Nedenstående evidensskema gør det muligt at rangordne den fundne litteratur i overensstemmelse med artiklernes videnskabelige kvalitet.

KL's udgivelse "Brug af evidens i det kommunale forebyggelses arbejde", kan også anvendes (www.kl.dk). Øvrig information om principper for evidensvurdering, tjeklister og evidensniveauer findes på henholdsvis www.cemtv.dk/sfr og www.sst.dk/mtv.

Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger

Anbefaling	Evidensniveau	Behandling /forebyggelse	Prognose	Diagnose	Sundhedøkonomisk analyse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af prospektive kohorte studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier.
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg.	Prospektivt kohortestudie med > 80% followup.	Uafhængig blind sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og reference testen.	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	1c	Absolut effekt. ("Alt eller intet")	Absolut effekt ("Alt eller intet")	"Patognomoniske" testresultater.	Klart god eller bedre, men billigere. Klart dårlig eller værre, men dyrere. Klart bedre eller værre, men til samme pris.
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier.	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier.
	2b	Kohortestudie.	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	2c	Databasestudier.	Databasestudier.		
C	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser.			
	3b	Case-control undersøgelse.		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	4	Opgørelser, kasuistikker.	Opgørelser, kasuistikker.	Referencetesten er ikke anvendt blindt og uafhængigt.	Analyse uden sensitivitsanalyse.
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret økonomisk teori.

Udarbejdet efter ”Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations” (May 2001) http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#levels

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00

emtv@sst.dk
www.sst.dk/mtv