

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

social ulighed i sygelighed og dødelighed kan reduceres ved en effektiv forebyggelsesindsats rettet mod højrisikogrupper, men også andre faktorer end de livsstilsrelaterede er årsag til social ulighed. Forskelle i social arv, levevilkår, boligstandard og andre forhold i det lokale miljø, psykosocial belastning og andre arbejdsbetingede forhold påvirker helbredet. Dertil kommer social ulighed i brug af sundhedsvæsenets ydelser, såvel forebyggende tilbud, som f.eks. måling af kolesteroltal og blodtryk, som brug af privatpraktiserende speciallæger og det frie sygehusvalg. Resultater fra en række danske undersøgelser af social ulighed i sundhed er samlet i en rapport fra Middellevetidsudvalget [6]. Social ulighed i sygelighed og dødelighed elimineres ikke alene ved forebyggelseskampagner, men kræver mere dybtgående politiske reformer.

Konklusion

Den voksende sociale ulighed i dødelighed, der er observeret gennem mange år, er fortsat, efter at den generelle stigning i danskernes middellevetid afløste mange års stagnation i midten af 1990'erne. Gruppen af lavtuddannede, som i 1999 udgjorde 22,7% af alle 30-74-årige kvinder, har haft den mindste fremgang, mens mænd med et mellemuddannelsesnivea

eller et højt uddannelsesnivea, hvilket var 76,2% af alle mænd i aldersgruppen, har haft det største fald i dødeligheden.

Korrespondance: *Henrik Brønnum-Hansen*, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5A, DK-1399 København K. E-mail: hbh@niph.dk

Antaget: 9. december 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Undersøgelsen er støttet af Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udviklings- og Analysepulje.

Litteratur

1. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
2. Andersen O, Laursen L, Petersen JK. Dødelighed og erhverv 1981-1995. København: Danmarks Statistik, 2001.
3. Helweg-Larsen K, Knudsen LB, Petersson B. Women in Denmark – why do they die so young? Risk factors for premature death. *Scand J Soc Welfare* 1998;7:266-76.
4. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003;32:830-7.
5. Kjølner M, Rasmussen NK, red. Sundhed & sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
6. Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. København: Sundhedsministeriet, 2000.

Holdningsundersøgelse vedrørende anvendelse af mini-medicinsk teknologivurdering før indførelse af nye medicinske teknologier på Rigshospitalet

Læge Jørgen Folkersen & fuldmægtig Poul Holt Pedersen

Resume

Introduktion: Formålet med nærværende undersøgelse er dels at beskrive udviklingen inden for anvendelse af mini-medicinsk teknologivurdering (MTV) på et dansk hospital, og dels at præsentere resultaterne af en kvalitativ organisatorisk evaluering af beslutningsstøttemetoden som et middel til integreret beslutningstagning på mange lag i ledelsespyramiden.

Materiale og metoder: Slutresultatet af mere end fem års udvikling af anvendelse af mini-MTV er beskrevet. Herudover er der udført kvalitativ evaluering af status quo, som omfatter en tilfreds-heds- og holdningsundersøgelse gennemført på tre niveauer af ledelseshierarkiet. Evalueringen fokuserer på forvaltningsmæssige og ledelsesmæssige succesparametre.

Resultater: Flertallet af respondenterne mente, at mini-MTV havde haft en positiv indvirkning på forvaltningsmæssige forhold: udgiftskontrol, gennemsigtighed, kvalitet af beslutningsprocesser og rationel prioritering. De mente derimod, at der var begrænset indflydelse på lokale organisatoriske forhold.

Diskussion: Det er fremhævet, at mini-MTV-processen har haft en gunstig virkning på kommunikation og gensidig forståelse imellem administrativt ansatte, der er medlem af Danmarks Jurist- og Økonomforbund – eller er associeret hertil (DJØF'ere), læger og politikere. Dette er bemærkelsesværdigt, idet man i tidligere evalueringer af såvel Rigshospitalet som andre sygehuse har fundet, at samarbejdet mellem disse to faggrupper ikke har været optimalt.

Sygehusvæsenet har igennem de seneste 2-3 dekader gennemgået store forandringer i ledelsesstrukturer og den måde der træffes beslutninger på [1-3]. Dette omfatter bl.a. ansættelse af ikke-lægelige ledere og økonomer på bekostning af lægers hidtidige eneret på ledelse af sygehuse [4, 5]. Den nye generation af ledere introducerede andre værdier, såsom omkostningseffektivitet og principperne i New Public Management [3]. På de fleste hospitaler, herunder også Rigshospitalet, resulterede disse ændringer i en markant polarisering imellem de administrative ledere og lægerne [6]. Set i lyset af disse for-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Tidsplan for mini-medicinsk teknologi-vurdering (MTV)-processen på Rigshospitalet.

1. Udarbejdelse af »tidlig varsling«: I september/oktober skal Rigshospitalets centre udarbejde en kort beskrivelse af, hvad der påtænkes iværksat af nye behandlinger.
2. Udarbejdelse af mini-MTV-rapport: I december/januar udarbejder centrene en egentlig mini-MTV-rapport. Rapporten er en analytisk gennemgang af forslag til nye behandlinger. Teknologierne udvælges blandt de tidlige varslinger, som er modne til nærmere undersøgelse. Mini-MTV'en (2-5 sider) udarbejdes på baggrund af en fremsendt spørgsmålskabelon (se nedenfor).
3. Endelig udvælgelse: Fra februar til maj foretager først Rigshospitalets direktion og herefter H:S Bestyrelsen samt Bornholms og de sjællandske amters sundhedsudvalgsfolk en endelig udvælgelse af, hvilke forslag der skal igangsættes pr. 1. januar.
4. Evaluering af tidligere godkendte behandlinger: Fire år efter ibrugtagning re-evalueres den nye behandling.

Tabel 2. Skabelon* til besvarelse af mini-medicinsk teknologivurdering (MTV).
RCT=randomiseret forsøg.

Basisinformationer

- A. Hvilke(t) center er forslagsstiller(e)?
- B. Hvilke(n) klinik(ker) er forslagsstiller(e)?
- C. Hvilke(n) person(er) er forslagsstiller(e)?
- D. Hvad er behandlingens/særydelsens navn/betegnelse?
(hvis lægemiddel, angiv da indholdsstoffet og om midlet er godkendt af Lægemiddelstyrelsen)
- E. Resume: Skriv et resume på ca. ti linjer. Angiv herunder:
 - Hvad er formålet med forslaget?
 - Hvad er nytten eller berettigelsen af forslaget for patienterne?

Teknologi

- A. På hvilken indikation anvendes forslaget?
- B. Hvad er virkningsmåden/virkningsmekanismerne?
- C. Hvad er effekten af forslaget på behandling, pleje og/eller diagnostik?
- D. Er der et Cochrane-review, der giver belæg for den forventede gevinst?
(hvis ja, angiv reference, antal RCT'er og effekt med sikkerhedsgrænser, evt. forfatternes konklusion).
- E. Hvis nej, er der RCT'er?
(hvis ja, angiv referencer og antal patienter og effekt med sikkerhedsgrænser).
Er der anden vigtig dokumentation (f.eks. MTV-rapport) og hvad viser den?
- F. Giv en samlet vurdering af styrken af evidensen
- G. Er der risici, bivirkninger eller andre uønskede effekter af forslaget?
- H. Er der andre alternative måder at løse opgaven på, hvis forslaget ikke godkendes?
Hvis ja, hvilke fordele eller ulemper har disse løsninger?
- I. På hvilken måde er forslaget nyt i forhold til gængs praksis?

Organisation

- A. Hvilke konsekvenser har forslaget for personalet mhp. information, uddannelse og arbejdsmiljø?
- B. Kan forslaget rummes i de nuværende fysiske rammer?
- C. Vil andre afdelinger eller servicefunktioner på sygehuset blive påvirket af forslaget?
Hvis ja, hvordan? (f.eks. belastning, samarbejde, planlægning)
- D. Påvirker forslaget samarbejdet med andre H:S-hospitaler, amterne, socialektoren eller primærsektoren?
- E. Er forslaget taget i brug andre steder på hospitalet, i Danmark eller internationalt?
- F. Er det hensigtsmæssigt med en større eller mindre grad af centralisering (hvorfor/hvorfor ikke)?

Patienten

- A. Medfører forslaget særlige etiske eller psykologiske overvejelser?
- B. Forventes det, at patienternes sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af forslaget?

Økonomi

- A. Er der opstartsudgifter til apparatur og ombygning?
- B. Er der opstartsudgifter til uddannelse?
- C. Hvor mange patienter forventes der i de nærmeste år?
- D. Hvor mange patienter kommer fra henholdsvis H:S og amterne?
- E. Hvad er den direkte udgift pr. patient pr. år for denne klinik og dette sygehus
(opgøres f.eks. i antal operationer, heldøgn, ambulante kontroller, særydelser)?
- F. Påfører tiltaget særlige udgifter for f.eks. tværgående afdelinger eller andre af hospitalets klinikker, som ikke er indeholdt i ovenstående?
- G. Hvilken udgift påfører forslaget andre sygehuse, primærsektoren og privatøkonomien?
- H. Hvad er den direkte besparelse ift. det nuværende tilbud pr. patient pr. år på denne klinik og dette sygehus (opgøres f.eks. i antal operationer, heldøgn, ambulante kontroller, særydelser)?
- I. Påfører tiltaget særlige besparelser for f.eks. tværgående afdelinger eller andre af hospitalets klinikker, som ikke er indeholdt i ovenstående?
- J. Påfører forslaget besparelser for andre sygehuse, primærsektoren eller privatøkonomien?

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ændringer har forfatterne fundet det interessant at lave en kvalitativ organisatorisk evaluering af acceptabiliteten af en ny administrativ beslutningsstøttemetode (dvs. mini-medicinsk teknologivurdering (MTV)-metoden), som involverer alle lag i ledelsespyramiden.

Formålet med MTV er at understøtte politiske, administrative og kliniske beslutningstagere i sundhedsvæsenet via frembringelse af relevant og lodig information, som kan anvendes til konkret beslutningstagning. MTV blev officielt introduceret i Danmark via National strategi for Medicinsk Teknologivurdering, som blev udfærdiget af Sundhedsstyrelsen i 1996 [7]. Baseret herpå blev det danske MTV-Institut (CEMTV) og senere tre regionale MTV-enheder oprettet. Herved fulgte Danmark trenden i en række andre vestlige lande, hvor der ligeledes blev oprettet nationale MTV-institutioner. Disse omfatter i dag i alt ca. 40 institutioner i 20 lande. Outputet fra disse institutioner er en stigende mængde MTV-rapporter, hvori nye og gamle medicinske teknologier er blevet og bliver kritisk vurderet. På grund af den høje fokus på fagligt velfunderede rapporter tager det ofte 2-4 år at færdiggøre en MTV-rapport [8]. Dette har afstedkommet et ønske fra specielt de politiske og administrative beslutningstagere om en hurtigere produktionstid for MTV-rapporter. Dette begrundes med en bekymring for, at MTV-rapporter udkommer efter at beslutningerne er truffet, hvilket afspejler en dekobling imellem beslutningstagning og beslutningsgrundlaget (MTV-rapporten).

Decentral organisatorisk anvendelse af medicinsk teknologivurdering i Danmark

Internationalt har hovedfokus for MTV-analyser været de overordnede *policy*-orienterede problemstillinger i sundhedssektoren [9]. I Danmark har man imidlertid haft en vision om en bredere organisatorisk forankring og anvendelse af MTV-tankegangen [10].

På sygehusdirektions- og amtsniveau træffes der hvert år et stort antal beslutninger om indførelse af nye medicinske teknologier. Implementeringen af den nationale strategi for MTV på sygehusniveau støder her på to store udfordringer: dels ovennævnte tidsmæssige dekobling, og dels det forhold, at MTV-resurser og viden om MTV overvejende findes uden for sygehusregi.

På Rigshospitalet besluttede man sidst i 1990'erne at indføre sin egen interne beslutningsstøttemetode til vurdering af nye teknologier. Et af hovedformålene med metoden var, at sygehusets egne fageksperter skulle udfærdige MTV-analyserne inden for en tidsramme, som muliggjorde, at analyseresultatet kunne anvendes tidsaktuelt af beslutningstagerne i den administrative beslutningsproces. Hovedelementet i denne metode var dengang som nu besvarelsen af en række analytiske standardspørgsmål, som tilsammen danner et oplæg til beslutningstagerne. Standardspørgsmålene blev i den forløbne periode jævnlige tilpasset. Det er målet med nærvæ-

rende artikel at beskrive Rigshospitalets beslutningsstøtteproces og samtidig præsentere resultaterne af en kvantitativ organisatorisk evaluering af de involverede interessenters holdninger til processen.

Materialer og metoder

Den administrative procedure

Før ibrugtagning af nye behandlinger på Rigshospitalet skal forslagene gennem en administrativ og faglig godkendelsesprocedure, som involverer alle hospitalets overordnede ledelsesniveauer. Proceduren udføres en gang om året efter tidsplanen i **Tabel 1**.

Skabelonen* indeholdt spørgsmålene i **Tabel 2**.

Kvantitativ evaluering

Analyseinstrumentet i den kvantitative evaluering bestod af spørgeskemaer, som var udarbejdet efter principperne i MTV-enhedens vejledning i organisatorisk analyse [11]. Spørgeskemaerne blev udsendt til relevante personer på tre niveauer af ledeshierarkiet på Rigshospitalet. Spørgsmålene faldt inden for følgende tre hovedkategorier: 1) respondentens praktiske erfaring med mini-MTV-metoden og holdningerne til processen, herunder tidsforbrug, holdning til mini-MTV-spørgsmålenes kvalitet, tilfredsheden med metoden og konkrete forbedringsforslag, 2) respondentens holdning til mini-MTV-metodens forvaltningsmæssige effekt, dvs. udgiftskontrol, forvaltningsmæssig gennemsigtighed, administrativ byrde, kvalitet af beslutningsprocesser og mulighed for rationel prioritering og 3) respondentens opfattelse af metodens effekt på lokale organisatoriske succesmål, herunder kvalitet af planlægning, kvalitet af behandling og diagnostik, vidensudvikling og vidensniveau, personaletrivsel og personaleudvikling samt medindflydelse på strategier og handlingsplaner.

Herudover var der for en del af detailspørgsmålene plads til individuelle kommentarer og forslag.

Medlemmerne af H:S-direktionen og H:S-bestyrelsen deltog ikke i undersøgelsen.

Indsamling af data

Spørgeskemaerne blev i første omgang udsendt bredt til potentielle medvirkende i mini-MTV-processen. Dette resulterede i en besvarelsesprocent på kun 29. En efterfølgende genudsendelse og validering af årsagerne hertil viste, at spørgeskemaerne var udsendt for bredt til en række aktører, som ikke var direkte involveret i processen. Genudsendelsen resulterede i en samlet besvarelsesprocent på 65 (**Tabel 3**). Resultaterne blev initialt opgjort separat for de tre organisatoriske grupper (**Tabel 3**), men blev efterfølgende poollet, idet der var for få observationer i gruppe 2 og gruppe 3 til at foretage en statistisk sammenligning imellem grupperne. Et antal respondenter, som var perifert involveret i processen, følte sig ikke i stand til at besvare alle de stillede spørgsmål.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Respondenternes placering og besvarelsesprocent.

Organisatorisk gruppe	Organisatorisk placering	Grunduddannelse	Antal udsendte skemaer	Antal besvarede skemaer	% besvarelse
Gruppe 1	Afsnits- og afdelingsledere	Læger	46	33	72
Gruppe 2	Centerledelse/centerstab	Læger og DJØF'ere	14	9	63
Gruppe 3	Amtsforvaltningen	Variabelt	14	6	43
I alt			74	48	65

DJØF'ere = administrativt ansatte, der er medlemmer af Danmarks Jurist- og Økonomforbund – eller er associeret hertil.

Tabel 4. Antal udfærdigede mini-medicinsk teknologivurdering (MTV)-rapporter og tidsforbrug pr. respondent.

Antal udfærdigede mini-MTV-rapporter pr. respondent	Antal respondenter (%) n = 26	Tidsforbrug (timer) til udfærdigelse af mini-MTV-rapporter	Antal respondenter (%) n = 26
>15	2 (8)	>10	1 (4)
6-15	6 (23)	5-10	12 (46)
2-5	11 (42)	1-5	12 (46)
1	7 (27)	<1	1 (4)

Tabel 5. Overordnet tilfredshed med mini-medicinsk teknologivurdering (MTV)-processen og dens nytteværdi.

Spørgsmålet	Besvarelserne, n = 42				
	meget tilfreds n (%)	tilfreds n (%)	utilfreds n (%)	meget utilfreds n (%)	ved ikke n (%)
Hvor tilfreds/utilfreds er du med mini-MTV-metoden generelt?	7 (17)	25 (60)	4 (10)	1 (2)	5 (12)

Resultater

Gruppe 1 og gruppe 2 (n = 42) blev spurgt om deres konkrete involvering i udfærdigelse af mini-MTV-rapporter (Tabel 4). I alt havde 42% af respondenterne medvirket ved udfærdigelse af flere end to, men mindre end fem mini-MTV-rapporter, og et tilsvarende antal havde brugt 1-5 timer pr. udfærdiget mini-MTV-rapport.

Alle grupper blev spurgt om deres overordnede tilfredshed med mini-MTV-metoden i sin helhed (Tabel 5). I alt 77% var enten tilfredse eller meget tilfredse, og halvdelen af respondenterne mente, at mini-MTV-processen havde forbedret kvaliteten af de truffe beslutninger.

Organisatoriske mål

Gruppe 1 og gruppe 2 blev spurgt om deres syn på mini-MTV-processens indflydelse på lokale organisatoriske forhold (Tabel 6). Hvad angik indflydelse på planlægning samt indflydelse på kvalitet og videnudvikling mente 19-22%, at situationen var bedre, mens 59-63% mente, at mini-MTV ikke havde indflydelse på disse parametre. Lidt flere (77%) fandt, at mini-MTV ikke havde nogen indflydelse på personaletrivsel. Ca. en tredjedel mente, at de havde mere medindflydelse på strategier og handlingsplaner via mini-MTV-processen.

Spørgeskemaets kommentarfelt gav følgende besvarelser:

Respondenter, som var generelt utilfredse eller meget utilfredse, beklagede hovedsageligt et stort og besværligt administrativt arbejde med mini-MTV-processen, at prioriteringer alene var økonomisk bestemt og ikke fagligt, den manglende mulighed for at indføre nye ting pga. budgetbegrænsninger, at økonomispørgsmålene var svære, og at professionel hjælp hertil var påkrævet.

Respondenter, som var generelt tilfredse/meget tilfredse, gav følgende konstruktive forslag til forbedringer: lettere adgang til elektroniske data om patienter og priser etc., eksternt evt. international vurdering af mini-MTV'er med stor økonomisk betydning, todeling af mini-MTV-processen i indledende grovsortering efterfulgt af mere grundig evaluering, forbedret kvalitet vha. indførelse af eksplicite spørgsmål om evidensvurdering og hurtigere sagsbehandling.

Respondenterne angav følgende positive forhold ved mini-MTV-processen: har givet dialog imellem fagpersoner og DJØF'ere, har givet større grad af kontakt imellem læger og administrativt personale og skabt større indsigt hos begge personalegrupper. MTV er en god måde at komme rundt om alle aspekterne ved indførelse af en ny behandling.

Forvaltningsmæssig effekt

Halvdelen mente, at mini-MTV-processen havde givet bedre

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 6. Holdninger til metodemæssige, organisatoriske, forvaltningsmæssige spørgsmål. MTV=medicinsk teknologivurdering.

	n	Bedre n (%)	Uændret n (%)	Dårligere n (%)	Ved ikke n (%)
<i>Spørgsmål vedr. organisatoriske resultatmål</i>					
Indflydelse på planlægning	27	6 (22)	17 (63)	1 (4)	3 (11)
Indflydelse på kvalitet af behandling og diagnostik	27	5 (19)	16 (59)	0 (0)	6 (22)
Indflydelse på vidensudvikling og vidensniveau	27	6 (22)	17 (63)	0 (0)	4 (15)
Indflydelse på personaletrivsel og personaleudvikling	27	1 (4)	21 (77)	1 (4)	4 (15)
Medindflydelse på strategier og handlingsplaner	27	8 (30)	15 (55)	0 (0)	4 (15)
Indflydelse på kvalitet af truffne beslutninger	27	19 (58)	6 (18)	1 (3)	7 (21)
<i>Spørgsmål vedr. forvaltningsmæssige forhold</i>					
Mulighed for at sikre, at udgifter ikke løber løbsk	34	17 (50)	10 (29)	0 (0)	7 (21)
Forvaltningsmæssig gennemsigtighed	34	15 (44)	13 (38)	0 (0)	6 (18)
Den administrative byrde	34	6 (18)	2 (6)	20 (59)	6 (18)
		mindre		større	
Muligheden for rationel prioritering	34	20 (59)	11 (32)	0 (0)	3 (9)
<i>Spørgsmål vedr. mini-MTV-spørgsmålene</i>					
Hvad er din holdning til antallet af spørgsmål der ønskes besvaret?	33	8 (24)	24 (73)	1 (3)	0 (0)
		for mange	passende	for få	
Hvad er din holdning til spørgsmålenes dybde?	33	6 (18)	23 (70)	2 (6)	2 (6)
		for detaljerede	passende	for overfladiske	
Hvad mener du om omfanget af din involvering i mini-MTV-processen?	33	5 (15)	24 (73)	1 (3)	3 (9)
		for meget	passende	for lidt	

mulighed for, at administratorene kunne udøve udgiftskontrol (Tabel 6). Lidt færre mente, at den administrative gennemsigtighed var blevet større med indførelse af mini-MTV, godt halvdelen mente, at den administrative byrde var blevet større efter indførelse af mini-MTV, og et tilsvarende antal mente, at mulighederne for rationel prioritering var blevet bedre.

Holdninger til proces og metode

Endelig blev alle grupper spurgt om deres syn på metoden. Flertallet (70-73%) fandt, at omfanget og detaljeringsniveauet i de stillede spørgsmål var passende (Tabel 6).

Diskussion

De indledende erfaringer i de første år efter indførelse af mini-MTV-metoden viste, at kvaliteten af besvarelsene var meget svingende. Mange spørgsmål blev besvaret overfladisk eller slet ikke. Først efter at ledelsen returnerede disse med krav om mere uddybende besvarelse, blev kvaliteten tilfredsstillende. Det kan heraf udledes, at mini-MTV-spørgsmålene ikke i sig selv sætter standarden, det gør derimod den dialog, der løbende skabes imellem leder og medarbejder omkring krav til dybde og kvalitet af besvarelse.

Holdningsundersøgelsen viste en høj tilfredshed (77%) med mini-MTV-processen. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at man i en tidligere undersøgelse af Rigshospitalets organisatoriske forhold gennemført i 1999 [6] netop fandt, at den tværgående kommunikation om prioritering og økonomi var problematisk. I denne undersøgelse blev specielt kommunikationen imellem DJØF'ere og læger vurderet som værende problematisk. I nærværende holdningsundersøgelse er det blandt de supplerende kommentarer fremhævet, at netop øget

kontakt og dialog imellem læger og DJØF'ere skaber større gensidig forståelse. Blandt de utilfredse (12%) var der især frustration over manglende økonomi til nye behandlinger. Der var blandt respondenterne bred enighed om, at indførelse af mini-MTV-processen havde øget den administrative byrde. Størrelsen af denne ekstra byrde kan direkte aflæses i Tabel 4, idet tidsforbruget til udfærdigelse af mini-MTV-rapporterne for hovedparten af respondenterne lå på 1-10 timer. Dette er efter forfatternes mening ikke et stort tidsforbrug i betragtning af beslutningernes økonomiske konsekvenser.

Publicering af resultaterne af Rigshospitalets mini-MTV-proces på internettet [12] har betydet, at andre hospitaler i Danmark har fået kendskab til denne organisatoriske udvikling. På bl.a. universitetshospitalerne i Århus og Odense er der således indført parallelle beslutningssystemer tilpasset de lokale forhold. Selv om de økonomiske parametre i mini-MTV'erne i høj grad er forankret i lokale forhold, er der en væsentlig del af de analytiske resultater, som har relevans for andre hospitaler og amter i Danmark såvel som internationalt. Dette skyldes, at nye teknologier ofte overvejes indført parallelt mange steder inden for et relativt kort tidsperspektiv, hvilket betyder, at de samme analytiske opgaver finder sted parallelt mange steder i ind- og udland [13-16]. Dette bør inspirere politikere og beslutningstagere til et øget samarbejde over grænserne mhp. at effektivisere resurserne. En koordinerende indsats indebærer mulighed for både at højne kvaliteten af analyserne og samtidigt reducere resurseforbruget hertil, men forudsætter, at der etableres en overordnet paraplyorganisation til at koordinere aktiviteterne.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Antaget: 24. oktober 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: *Finn Borum*, professor på Handelshøjskolen i København, takkes for konkret hjælp, værdifulde diskussioner og faglig sparring. *Jannik Hilsted*, lægelig direktør på Rigshospitalet, takkes for værdifuld opbakning til nærværende projekt. Alle respondenter og medvirkende på Rigshospitalet takkes for deres imødekommende medvirken, uden hvilket denne publikation ikke havde været mulig.

*) Sundhedsstyrelsen har siden lavet en revideret udgave af skabelonen som kan ses på www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/cemtv/mini_mtv/mini_mtv%20skema.doc

Litteratur

1. Alban A, Terkel C, red. *The Nordic Lights – New Initiatives in Health Care Systems*. Odense: Odense Universitetsforlag, 1995.
2. Annas GJ. Reframing the debate on health care reform by replacing our metaphors. *N Engl J Med* 1995;332:744-7.
3. Hood C, Dunleavy P. From old public management to new public management. *Public Management and Money* 1994;(july-september):9-16.
4. Bentsen EZ, Borum F. Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelseshåndtering af en radikal organisationsændring. *Nordiske Organisationsstudier* 2001;3:5-31.
5. Ben-David J. The professional role of the physicians in bureaucratized medicine: a study of role conflict. *Human Relations* 1958;11:255-74.
6. Borum F, Zeuthen Bentsen E. At skabe ledelse – Rigshospitalets import af centerstrukturen. I: Zeuthen Bentsen E, Borum F, Erlingsdottir G et al, red. *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsen i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag, 1999:243-64.
7. Sundhedsstyrelsens udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. *National strategi for medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen, 1996.
8. Barnett D, Taylor R. Introduction, National Institute for Clinical Excellence (NICE) – Symposium on technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2002;18:159-60.
9. Introduction to the EUR-ASSESS Report. *Int J Technol Assess Health Care* 1997;13:133-43.
10. Draborg E, Gyrd-Hansen D, Poulsen PB et al. International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:89-95.
11. Vrangbæk K, Folkersen J. Vejledning i organisatorisk analyse ifbm MTV-projekter – omkring valg af undersøgelsesvariable. H:S Hvidovre Hospital, MTV-enheden, 2002.
12. Oversigt over Rigshospitalets mini-MTV-rapporter publiceret på MTV-enhedens webserver i årene 2002-2004. H:S Hvidovre Hospital, MTV-enheden, 2003.
13. King R, Fennessy P. Controlled introduction of new technology into a university teaching hospital. The use of health technology assessment into the safety and efficacy of each procedure. Abstract book from 19th annual ISTAHC meeting, Canmore, Canada, 144. 2003. www.mtve.dk/Nyhedsbreve/NyhedsbrevOct2003/Canmini2.htm / jan. 2006.
14. Lapointe A, Brophy J, Duftesne L. Technology assessment in teaching hospitals in Quebec: Where are we? Abstract book from 19th annual ISTAHC meeting, Canmore, Canada, 58. 2003. www.mtve.dk/Nyhedsbreve/NyhedsbrevOct2003/canmini6.htm /jan. 2006.
15. Lee RC, Marshall D, Waddell C et al. Health technology assessment, research, and implementation within a health region in Alberta, Canada. *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:513-20.
16. Greenberg D, Pliskin JS, Peterburg Y. Decision making in acquiring medical technologies in Israeli medical centers: a preliminary study. *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:194-201.

Den danske medicinsk teknologivurdering-model

En systematisk gennemgang af danske medicinsk teknologivurderinger udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i 1998-2004

Adjunkt Eva Ulriksen Draborg

Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Sundhedsøkonomi

Resume

Introduktion: Internationalt har man vedtaget en bred definition af medicinsk teknologivurderinger (MTV), som også genfindes i den danske definition. Spørgsmålet er, om man i medicinsk teknologivurdering også i realiteten anvender den brede definition, og det er studiets formål at undersøge, om man i danske MTV'er bruger den brede, alment accepterede definition af MTV i praksis.

Materiale og metoder: Studiet er gennemført som et struktureret litteraturreview af samtlige 27 MTV-rapporter udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i 1998-2004 og er baseret på den danske inddeling i fire hovedfaktorer: teknologien, økonomien, patienten og organisationen foruden forskellige deskriptive variable.

Resultater: I studiet påvises det, at den brede definition af MTV i stor udstrækning bruges i praksis, og at den partielle anvendelse af MTV-begrebet ikke bruges. De danske MTV'er indeholder alle teknologi- og økonomifaktorer, endda i flere varianter, og mere end 90% indeholder også patient- og organisationsfaktorer. Litteraturreviewet er den mest udbredte vurderingsmetode efterfulgt af survey-metoden, mens randomiserede kontrollerede undersøgelser og metaanalyser sjældent anvendes. To tredjedele af MTV'erne indeholder direkte *policy*-anbefalinger.

Konklusion: Som beslutningsgrundlag vurderes de danske MTV-rapporter som mere fyldestgørende end internationale MTV-rapporter på grund af deres omfangsrige informationsindhold og den bevidste stillingtagen til *policy*-spørgsmål i dem.

Udbredelsen af medicinsk teknologivurdering (MTV) er stigende både i Danmark og internationalt [1, 2], og der er gene-