

KONSENSUSMETODER

Sammenfatning af formelle konsensusmetoder.

I Danmark placeres klinisk ekspertise og ekspert udtalelser i bunden af evidenshierarkiet (jvf. nedenstående figur 1).

Figur 1: Evidenshierarkiet.

Niveau	Studietype
1a 1b 1c	Systematiske reviews af RCTs. Enkeltstående RCTs af god kvalitet. Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg.
2a 2b	Systematiske reviews af kohortestudier. Enkeltstående kohortestudier. Dårlige RCTs.
3a 3b	Systematiske reviews over case-kontrolstudier. Enkeltstående case-kontrol studier.
4	Case-serier eller kohortestudier eller case-kontrol af dårlig kvalitet.
5	Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer , kvalitative designs mv.

Nedenstående er en sammenfatning af processerne bag de enkelte metoder (i alt 5 metoder er beskrevet) – for yderligere fordybelse henvises til vedhæftede litteraturhenvisninger.

Påtænker man at gå i gang med at udarbejde konsensusanbefalinger, hvis der ikke foreligger anden evidens, bør man kontakte Center for Kliniske Retningslinjer såvel som gennemgå nedenstående metoder og vurdere om det at

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

udarbejde anbefalinger baseret på konsensus er muligt.

Delfimetoden:

Selve synteseprocessen begynder med nedsættelse af en ekspertgruppe bestående af almindeligvis ti til femten personer, men antallet kan principielt overstige hundrede personer. Gruppen får skriftligt præsenteret et spørgsmål eller problem samt ofte en indledende emneafgrænsning. Gruppen bedes respondere i form af stikord. Efter indsamling af disse indledende stikord udarbejder organisatoren en slags dagsorden for det pågældende emne i form af et spørgeskema, som panelets medlemmer – individuelt og uden personlig kontakt med hinanden – angiver deres vurderinger af. Ofte angiver paneldeltagerne deres vurderinger i form af rangordnede udsagn. Samtlige deltageres vurderinger sendes til organisatoren, som opsummerer resultaterne og returnerer disse, både i form af den samlede gruppevurdering – ofte som et gennemsnit eller en median - og i form af den enkeltes oprindelige vurdering. Egentlige argumenter for vurderingerne kan også præsenteres her. Denne vurderingsproces gentages almindeligvis tre til fire gange, hvorved paneldeltagerne får mulighed for at revidere deres vurderinger i forhold til den samlede gruppes vurdering. Processens slutprodukt udtrykkes – efter statistisk aggregering af samtlige paneldeltageres vurderinger – i form af en pointscore eller rangorden på de formulerede problemer eller emneområder

Delfi-metoden er således en gruppeproces baseret på individuel og anonym stillingtagen til et givet emne eller område og resulterer i et kvantitativt, summarisk udtryk for hele gruppens vurderinger.

Nominal gruppeteknik:

Nominalgruppemetoden er baseret på både individuel og kollektiv beslutningstagen. Den omfatter en kvalitativ vurdering med efterfølgende kvantitativ summering.

I nominalgruppemetoden samles et antal relevante og kompetente aktører/deltagere med teoretisk viden eller praktisk erfaring på det område, synteseprocessen omhandler. Aktørerne inddeles i grupper på fem til otte deltagere. Det samlede antal deltagere har ingen øvre grænse, og er der mange relevante deltagere, inddeles disse blot i parallelle grupper.

Processen styres af en moderator, som i plenum præsenterer det problem eller de spørgsmål, der skal belyses. Den enkelte deltager skal individuelt forholde sig til problemet og skal formulere svar med de, for vedkommende set, væsentligste elementer og argumenter. I denne del af processen er der ingen interaktion mellem deltagerne; kun en individuel vurdering.

Efterfølgende samles deltagerne. Her beder moderatoren hver enkelt angive det væsentligste element ved pågældende problem eller spørgsmål, som vedkommende har ræsonneret sig frem til. Moderator noterer disse, nøjagtig som deltagerne formulerer dem. Deltagerne angiver på skift deres væsentligste elementer eller argumenter, og moderatoren fortsætter indtil alle har angivet, hvad de finder relevant. Diskussion tillades ikke under denne del af processen. Man må heller ikke slette allerede noterede elementer, men det er tilladt at lade sig inspirere af de andre deltagere og fremkomme med yderligere svar.

Herefter diskuterer hele gruppen hvert enkelt noteret element, primært for at afklare, hvordan det skal forstås. Deltagernes vurdering af elementernes relevans og aktualitet vil indgå i det næste trin i processen. Hver deltager udvælger derefter individuelt de, for vedkommende set, ti mest essentielle

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

elementer/argumenter i forhold til problemet eller spørgsmålet blandt samtlige de formulerede, og rangordner disse i faldende orden fra ti til én.

Igen er der mulighed for fælles drøftelse, hvor deltagerne kan ændre deres prioriterede rækkefølge af væsentlige elementer. Centralt er stadig, at drøftelserne handler om opklaring eller uddybelse, men ikke om overbevisning eller opnåelse af konsensus, idet gruppen ikke her skal komme frem til en fælles løsning på problemet eller enigt svar på spørgsmålet.

Hver deltager giver herefter sine ti udvalgte elementer point, efter hvor væsentlige de er (fx på en skala fra nul til hundrede). Samtlige deltagers point summeres element for element, og dette udgør nominalgruppens eller gruppernes output. Slutteligt samles alle deltagere i alle grupper i plenum og den samlede pointscore eller rangorden præsenteres og drøftes, men den endelige anvendelse af dette resultat foretages af moderatoren eller de bagved stående opdragsgivere på baggrund af den i fællesskab opnåede pointscore.

Nominalgruppemetoden er i sin helhed en gruppeproces baseret på individuel men anonymiseret stillingtagen og resulterer i et kvantitativt udtryk for gruppens samlede kvalitative rangorden af væsentlige elementer/argumenter ved et problem/spørgsmål. Slutresultatet er altså ikke en egentlig konsensusbeslutning

Konsensuskonferencer:

Konsensusprocessen har elementer af tre idealer, hver med sine retoriske traditioner:

- Den juridiske proces, hvor data (beviser) præsenteres for en vidende og

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

upartisk jury, som vurderer det sagte og afsiger sin dom på lovens grundlag

- Det videnskabelige møde, hvor (ligeværdige) eksperter diskuterer videnskabelige metoder og resultater for at søge objektive, videnskabelige sandheder, samt
- det klassiske borgermøde, et demokratisk forum, hvor enhver interesseret kan udtrykke sit syn på en sag ud fra egne værdier, mål, erfaringer og viden.

Da disse tre grundelementer vægtes forskelligt i forskellige lande, varierer konsensuskonferencernes formål og forløb i større eller mindre omfang fra land til land. Oprindelsen er dog den samme.

Et praktisk forløb ser almindeligvis således ud:

- Emnet for konferencen vælges af de politiske organisationer, videnskabelige institutioner og andre, der vil sponsorere konferencen. Dog ikke af private firmaer, der måtte have kommerciel interesse i emnet.
- Konferencens ordstyrer udpeges, og en planlægningsgruppe, ofte ledet af ordstyreren, formulerer de spørgsmål, konferencen skal tage stilling til.
- Gruppen sammensætter et panel, der til forskel fra "Den videnskabelige Domstol" er et lægmandspanel, der skal virke som upartisk jury.
- Der udpeges en ekspertgruppe bestående af tolv til seksten kliniske, økonomiske og andre eksperter, som hver på sit område identificerer og sammenfatter den eksisterende internationale viden af betydning for konferencens spørgsmål.
- Medlemmer af ekspertgruppen laver litteraturreviews på det kliniske område, dens økonomer indsamler kliniske og økonomiske data m.m. som grundlag for deres analyser. Det kan være fordelagtigt at udsende konklusionerne af dette ekspertarbejde til lægmandspanelet forud for

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

konferencen. Nogle lande, herunder Danmark, praktiserer dog ikke dette.

- Planlægningsfasen, der ofte strækker sig over seks til femten måneder, slutes sædvanligvis af med, at panelet og ekspertgruppen nøje instrueres i regler for konferencens gennemførelse samt i deres roller heri. Det vil ofte være en stor fordel her at præsentere alle aktive deltagere i den forestående konference for nogle grundlæggende retoriske spilleregler, om end dette ikke er almindelig praksis.

- Selve konsensuskonferencen gennemføres over tre hektiske dage, hvor eksperterne mundtligt fremlægger deres analyser/vurderinger/vidnesbyrd. Panelet debatterer, vurderer og syntetiserer de mange oplysninger – oftest også i dele af de mellemliggende nætter – for at nå frem til en fælles, skriftlig formulering af svar på de stillede spørgsmål.

- Konsensuskonferencen er åben for tilskuere og for pressen. I de seneste år har man på National Institute of Health i USA valgt at transmittere OMAR's konsensuskonferencer på internettet.

- Ved konferencens afslutning præsenteres et resultat, som oftest under en vis bevågenhed fra pressens side. Den efterfølgende konsensusrapport publiceres; dette sker i dag oftest på internettet.

Gläfers state-of-the-art-metode

Synteseprocessen efter Gläfers state-of-the-art-metode ledes af en facilitator eller organisator, som ikke er ekspert på det område, der arbejdes med, men som dog er en fagligt respekteret og velanskreven person. Et vist antal fagligt

Center for **Kliniske Retningslinjer** - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

kyndige og indflydelsesrige forskere, fagpersoner inden for området bliver inviteret til at deltage i en projektgruppe, som udgør kernen i synteseprocessen. Disse udvælges blandt de mest fremtrædende inden for det pågældende fagområde og har alle mulighed for at udpege yderligere fagpersoner, som de mener, er relevante i nævnte sammenhæng. Principielt er der ingen øvre grænse for antallet af fagpersoner i projektgruppen. Det afgøres af emnets kompleksitet og deltagernes ønsker.

Gruppens første opgave består i at formulere fælles målsætninger og indledende skriftlige overvejelser med hensyn til "best practice" for det emne eller problemområde, der arbejdes med. Dette gøres på grundlag af en gennemgang af litteraturen på pågældende område, vurderet og fortolket af gruppen. Facilitatoren udarbejder et notat, som medlemmerne af gruppen forholder sig til skriftligt, og når gruppen finder behov for fælles drøftelser, mødes den og diskuterer det foreliggende materiale. Alle deltagerne har mulighed for at kontakte relevante fagpersoner uden for gruppen i deres individuelle netværk af fagpersoner på området for yderligere inspiration og drøftelse og kan frit medtage nye overvejelser i denne vurderingsproces. Notatet er nøgleredskabet i Gläfers synteseproces, idet dette revideres flere gange, og formuleringen af indholdet fremkommer efter en iterativ proces, hvor gruppemedlemmerne individuelt kritiserer og forholder sig til notatet og på visse tidspunkter også mødes og drøfter indholdet i fællesskab. Antallet af foreløbige udkast til beskrivelse af state-of-the-art er ikke fastsat, men afgøres af gruppemedlemmernes vurdering af indholdet. Slutdokumentet skal udtrykke konsensus med hensyn til "best practice", hvorfor det er påkrævet med en høj grad af enighed i slutformuleringerne.

The RAND Appropriateness Method:

The basic steps in applying the RAM are as following:

First, a detailed literature review is performed to synthesise the latest available scientific evidence on the procedure to be rated. At the same time, a list of specific clinical scenarios or "indications" is produced in the form of a matrix which categorises patients who might present for the procedure in question in terms of their symptoms, past medical history and the results of relevant diagnostic tests. These indications are grouped into "chapters" based on the primary presenting symptom leading to a patient's being referred for treatment or considered for a particular procedure.

A panel of experts is identified, often based on recommendations from the relevant medical societies. The literature review and the list of indications, together with a list of definitions for all terms used in the indications list, are sent to the members of this panel. For each indication, the panel members rate the benefit-to-harm ratio of the procedure on a scale of 1 to 9, where 1 means that the expected harms greatly outweigh the expected benefits, and 9 means that the expected benefits greatly outweigh the expected harms. A middle rating of 5 can mean either that the harms and benefits are about equal or that the rater cannot make the judgement for the patient described in the indication. The panellists rate each of the indications twice, in a two-round "modified Delphi" process. In the first round, the ratings are made individually at home, with no interaction among panellists. In the second round, the panel members meet for 1-2 days under the leadership of a moderator experienced in using the method. Each panellist receives an individualised document showing the distribution of all the experts' first round ratings, together with his/her own specific ratings. During the meeting, panellists discuss the ratings, focusing on

Center for **Kliniske Retningslinjer** - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

areas of disagreement, and are given the opportunity to modify the original list of indications and/or definitions, if desired. After discussing each chapter of the list of indications, they re-rate each indication individually. No attempt is made to force the panel to consensus. Instead, the two-round process is designed to sort out whether discrepant ratings are due to real clinical disagreement over the use of the procedure ("real" disagreement) or to fatigue or misunderstanding ("artifactual" disagreement).

Finally, each indication is classified as "appropriate," "uncertain" or "inappropriate" for the procedure under review in accordance with the panellists' median score and the level of disagreement among the panellists. Indications with median scores in the 1-3 range are classified as inappropriate, those in the 4-6 range as uncertain, and those in the 7-9 range as appropriate. However, all indications rated "with disagreement," whatever the median, are classified as uncertain. "Disagreement" here basically means a lack of consensus, either because there is polarisation of the group or because judgements are spread over the entire 1 to 9 rating scale. As discussed in Chapter 8, various alternative definitions for disagreement have been used throughout the history of the RAM. Appropriateness studies sometimes categorise levels of agreement further to identify indications rated "with agreement" and those rated with "indeterminate" agreement (neither agreement nor disagreement). Depending on how the appropriateness criteria are to be used, it may sometimes be desirable to identify those indications rated with greater or lesser levels of agreement. If necessity criteria are also to be developed, a third round of ratings takes place, usually by mail, in which panellists are asked to rate the necessity of those indications that have been classified as appropriate by the panel. The RAM definition of necessity is that:

Center for **Kliniske Retningslinjer** - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

- The procedure is appropriate, i.e., the health benefits exceed the risks by a sufficient margin to make it worth doing.
- It would be improper care not to offer the procedure to a patient.
- There is a reasonable chance that the procedure will benefit the patient.
- The magnitude of the expected benefit is not small.

All four of the preceding criteria must be met for a procedure to be considered as necessary for a particular indication. To determine necessity, indications rated appropriate by the panel are presented for a further rating of necessity. This rating is also done on a scale of 1 to 9, where 1 means the procedure is clearly not necessary and 9 means it clearly is necessary. If panelists disagree in their necessity ratings or if the median is less than 7, then the indication is judged as "appropriate but not necessary." Only appropriate indications with a necessity rating of 7 or more without disagreement are judged "necessary."

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Referencer:

- Fitch et.al. 2011. *The RAND/UCLA Appropriateness Method User 's Manual.*
- Sundhedsstyrelsen. *Gruppeprocesser som syntesemetode I sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering – en retorisk analyse.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Konsensusmetoder inom hälso- och sjukvård.*
- Theodore J. Gordon. *The Delphi Method.* The Millennium Project. Future Research Methodology – V 3.0.
- Skulmoski GJ, Hartman FT. The Delphi Method for Graduate Research. 2007. Journal of Information Technology Education.
- Kerstin Cuhls. Delphi Method.
http://www.unido.org/fileadmin/import/16959_DelphiMethod.pdf
- Delphi Method. A guide to research tools.
<http://web.viu.ca/rtri/Delphi%20Method.pdf>
- Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. 2004. Information & Management. 42; 15-29.
- Dalkey NC: *The Delphi method. An experimental study of group opinion.* Prepared for United States Air Force Project Rand. 1969.
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM5888.pdf
- Hsu CC. The Delphi technique. Making sense of consensus. 2007. Practical Assessment, Research & Evaluation. 12 (10).