
Tryggere innføring av nye metoder

KRONIKK

HELENE ARENTZ-HANSEN

helene.arentz-hansen@fhi.no

Helene Arentz-Hansen (f. 1969) er biolog og har doktorgrad innen immunologi. Hun jobber som seniorforsker ved Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet og er prosjektleder for den nasjonale ressursgruppen for mini-metodevurdering. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELISABET HAFSTAD

Elisabet Hafstad (f. 1969) har utdanning innenfor fysioterapi og bibliotek- og informasjonsfag. Hun er tilknyttet Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet og medlem av den nasjonale ressursgruppen for mini-metodevurdering. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VIGDIS LAUVRAK

Vigdis Lauvrak (f. 1965) er biolog og har doktorgrad innen bioteknologi. Hun jobber som seniorforsker ved Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet og leder den nasjonale funksjonen for metodevarsling. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNA STOINSKA-SCHNEIDER

Anna Stoinska-Schneider (f. 1977) er helseøkonom med en mastergrad innen økonomi og innen helseøkonomi og helseledelse. Hun jobber som seniorrådgiver ved Området for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

VIDAR JUSNES VANG

Vidar Jusnes Vang (f. 1976) er utdannet lærer og jobber som rådgiver ved Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Han er nettredeaktør for mini-metodevurdering.no og mednytt.no, og medlem av den nasjonale ressursgruppen for mini-metodevurdering. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SARI ORMSTAD

Sari Ormstad (f. 1972) har utdanning innenfor bibliotek- og informasjonsfag og folkehelse. Hun jobber som seniorrådgiver ved Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BRYNJAR FURE

Brynjar Fure (f. 1959) er lege og spesialist i geriatri, i indremedisin og i nevrologi. Han er ph.d. og jobber som forskningsleder ved Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet og som professor II ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nye metoder i helsetjenesten skal vurderes før de blir innført for å sikre at de er effektive og trygge. Mini-metodevurderinger kan forhindre at sykehusene tar i bruk uvirksomme eller skadelige metoder.

Det er lett å bli begeistret over nye mulige metoder og tekniske løsninger som man hører om på internasjonale fagkongresser for helsepersonell. Da er det nærliggende å tenke at pasienter i norske sykehus bør få rask tilgang til slike nyvinninger, enten disse gjelder utredning, behandling, pleie, rehabilitering eller organisatoriske modeller for drift. Innføring av nye metoder har i mange tilfeller foregått uten tilstrekkelig vurdering av kunnskapsgrunnet. Dette har mange ganger gått bra, spesielt når den nye metoden har vist seg å være like effektiv og trygg som man først fikk inntrykk av. En *ny* metode er imidlertid ikke ensbetydende med en *bedre* metode, og mange klinikere og ledere i sykehus har erfart at nye metoder kan være dårligere enn forespeilet av produsenten.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2013 et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, kalt «Nye metoder» [\(1–3\)](#). Nå må de vurderes *før* de tas i bruk. Metodevurderingene er enten nasjonale metodevurderinger, som inngår i nasjonale beslutninger, eller mini-metodevurderinger, som støtter beslutninger i de enkelte sykehusene.

Mini-metodevurdering

Mini-metodevurdering brukes av sykehusene når et fagmiljø ønsker å innføre en ny metode (4, 5). Ordet «metodevurdering» brukes som det norske begrepet for «Health Technology Assessment» (HTA) (6), og innbefatter en systematisk innhenting, oppsummering og kritisk vurdering av forskning om klinisk effekt og sikkerhet av metoder i helsetjenesten. En metodevurdering inneholder i tillegg økonomiske analyser og eventuelt vurdering av etiske, organisatoriske, juridiske eller sosiale konsekvenser av å innføre metoden. Med «metoder» menes i denne sammenhengen alle typer tiltak som benyttes i helsetjenesten, for eksempel diagnostiske tester, medisinske, kirurgiske og helsefaglige prosedyrer, medisinsk utstyr og legemidler.

Mini-metodevurdering er en nedskalert form av den tradisjonelle metodevurderingen, og den er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas på sykehusnivå. Mini-metodevurderingen ses i sammenheng med sykehusets strategi, organisering, økonomi og praksis. Noen eksempler på spørsmål som skal utredes i en mini-metodevurdering er: Hva er klinisk effekt og sikkerhet av den nye metoden, sammenlignet med metoder som ellers brukes i sykehuset? Hva koster innføring og drift? Er det metoder som brukes på sykehuset i dag, som bør fases ut hvis den nye metoden innføres? Hvilke organisatoriske endringer medfører innføringen?

Tre deler

Flere er involvert i utarbeidingen av en mini-metodevurdering, som består av et tredelt skjema. Del 1, hoveddelen, fylles ut av forslagsstiller, altså den klinikeren eller lederen som ønsker å innføre den nye metoden. I tillegg bidrar en bibliotekar med systematiske litteratursøk, og en «controller» utfører kostnadsanalysene. Del 2 er en sjekklister for fagfellevurdering. Fagfelle skal være en «nøytral» person, for eksempel en fagperson fra et annet sykehus som sjekker at del 1 av mini-metodevurderingen er tilfredsstillende utført. Del 3 er tenkt som en innstilling til beslutningstager, og det er valgfritt å bruke denne delen. Beslutningstager vil vanligvis være en klinikk- eller divisjonsleder, og i noen tilfeller administrerende direktør.

Alle tre delene av mini-metodevurderingsskjemaet kan lastes ned fra den nasjonale databasen for mini-metodevurdering (7). Del 1 av de ferdigstilte vurderingene publiseres i databasen. Mini-metodevurderingene ligger åpent tilgjengelig for å sikre gjennomsiktighet og for å unngå dobbeltarbeid for andre sykehus som er interessert i å innføre den samme metoden. Del 2 blir alltid sendt inn sammen med del 1 til databasen for å sikre at alle mini-metodevurderinger som publiseres, er fagfellevurdert, men denne delen blir ikke publisert. Del 3 er kun for internt bruk i sykehuset og sendes følgelig ikke inn til databasen.

Når bør man gjøre vurdering?

Det vil ikke være rasjonelt å vurdere alle nye tiltak i spesialisthelsetjenesten med mini-metodevurdering. Noen nye metoder vil ha bagatellmessige konsekvenser for pasientene og sykehuset og kan dermed innføres uten nærmere vurdering. Hvor skal så terskelen ligge? Praksis til nå har vært at mini-metodevurdering utføres når beslutningstager eller fagpersonene er usikre på om den nye metoden er virksom og trygg, eller når det er nødvendig å kartlegge budsjettmessige eller organisatoriske konsekvenser.

I tilfeller der beslutningen om innføring av en ny metode skal tas på nasjonalt nivå, skal det utarbeides en nasjonal metodevurdering, og mini-metodevurdering regnes da vanligvis ikke som et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Eksempler på metoder som man i «Nye metoder» har definert skal avgjøres på nasjonalt nivå, er alle typer legemidler som skal finansieres av den norske spesialisthelsetjenesten, nasjonale screeningprogrammer, metoder med potensielt store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, metoder som ved bruk er forbundet med høy risiko (for eksempel implanterbart utstyr), og der man ønsker en større helseøkonomisk evaluering. Metoder som ikke faller inn under disse kriteriene, kan vurderes i en mini-metodevurdering.

Det er viktig å vite at mini-metodevurderinger også kan brukes for å vurdere metoder som allerede eksisterer på sykehusene, og som man vurderer å avvikle.

Hvordan fungerer det?

Oslo universitetssykehus publiserte den første mini-metodevurderingen i oktober 2013. Frem til august 2017 er det utarbeidet totalt 45 mini-metodevurderinger. Oslo universitetssykehus og Helse Bergen har hatt størst produksjon, med henholdsvis 25 og åtte publiserte mini-metodevurderinger. At universitetssykehusene produserer flest mini-metodevurderinger er som forventet, siden de vanligvis er først ute med å ta i bruk nye metoder. Begge sykehusene har hatt en tydelig ledelsesforankring og klar strategi for arbeidet med mini-metodevurderinger. De øvrige publiserte mini-metodevurderingene kommer fra syv andre helseforetak.

Hver mini-metodevurdering skal i del 1 ende opp med en konklusjon. Denne konklusjonen er kun et forslag til de som skal ta den endelige beslutningen om en metode skal innføres på sykehuset eller ikke. Hva som i hvert tilfelle blir den reelle beslutningen, har så langt vært oppfattet som et internt anliggende for sykehuset og er ikke blitt publisert. I 33 av de 45 publiserte mini-metodevurderingene var konklusjonen at metodene som ble vurdert, burde innføres ved det aktuelle sykehuset. For de resterende 12 mini-metodevurderingene var konklusjonen at metoden *ikke* burde innføres. I de fleste av disse tilfellene var dette begrunnet med svakt forskningsgrunnlag.

Fordeler og ulemper

Mini-metodevurderinger bidrar til gjennomsliktige og kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye eller utfasing av utdaterte metoder i sykehus. Eksemplet ovenfor illustrerer én av hensiktene med mini-metodevurdering, nemlig at man ved en systematisk gjennomgang av forskningsdokumentasjonen kan avdekke når dokumentasjonsgrunlaget er for svakt til å konkludere. Dermed kan man unngå at utprøvende behandling gis rutinemessig. Dette gir økt pasientsikkerhet i sykehusene ved at pasientene får tilbud om diagnostikk eller behandling som er forskningsbasert. I tillegg kan man ved mini-metodevurdering unngå økonomiske og organisatoriske overraskelser etter at en ny metode er innført på et sykehus.

Fagpersoner som utfører mini-metodevurderinger, må bruke tid som de ellers kunne ha brukt til klinisk arbeid. Arbeidsgiver må derfor frigjøre tid. Ofte vil arbeidet med en mini-metodevurdering medføre større eierforhold til den nye metoden blant klinikerne og gi fagfolkene økt kunnskap om metodens effekt og sikkerhet.

LITTERATUR

1. St. meld. nr. 16 (2010–11). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/> (13.2.2018).
2. St. meld. nr. 10 (2012–13). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/> (13.2.2018).
3. Nye metoder. <https://nyemetoder.no> (14.8.2017).
4. Fure B, Ormstad SS, Vang VJ et al. Mini-metodevurdering: Rask og trygg innføring av nye metoder i sykehus. *Nor Epidemiol* 2013; 23: 171 - 5. [CrossRef]
5. Arentz-Hansen H, Norderhaug IN, Jamtvedt G et al. Den nye lillesøsteren – forenklede metodevurderinger på lokalt nivå (mini-HTA). *Michael* 2012; 9: 118 - 26.
6. Health Technology Assessment international. <https://www.htai.org> (14.8.2017).
7. Folkehelseinstituttet. Den nasjonale databasen for mini-metodevurdering. <http://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering> (14.8.2017)

Publisert: 28. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0716

Mottatt 22.8.2017, første revisjon innsendt 19.1.2018, godkjent 13.2.2018.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.