
Medisinsk metodevurdering - ny tvangstrøye eller forsvar for fagligheten?

REDAKSJONELT

SØREIDE O

FØRDE OH

Mange ansvarlige fagfolk nærer en voksende uro over invasjonen av utenomfaglige hensyn i spillet om helsetjenesten. Økonomiske, juridiske og byråkratiske forordninger påvirker medisinske beslutninger helt ned på enkeltpasientnivå. Med den betydning helsetjenesten har fått både for velferd og offentlig ressursbruk i vårt moderne samfunn, ville det være naivt å forvente at faget alene skulle utgjøre premissgrunnlaget for organisering og drift. Det ville selvsagt heller ikke være ønskelig. Likevel - det er lett å forstå bekymringen for at fagets egne premisser forvitrer og taper ibeslutningsprosessene. Fagligheten er i tillegg under press fra kommersielle interesser og mediene.

Ved etableringen av Senter for medisinsk metodevurdering har fagmiljøene, forskningsinstitusjonene og forvaltningen bidratt til en nasjonal satsing innen det området som internasjonalt betegnes Health Technology Assessment. Dette oversettes gjerne med medisinsk teknologivurdering. Ordet teknologi leder tanken mot apparatur og utstyr. Den internasjonale definisjonen av medisinsk teknologi som begrep er imidlertid langt videre, det dekker alle behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, pleie og forebyggende tiltak som brukes i helsetjenesten, organisering av tjenesten og utnyttelse av personalressurser (1-3). Medisinsk metodevurdering er derfor et mer dekkende navn for virksomheten ved det nye senteret og tilsvarende institusjoner.

HVORFOR ER MEDISINSK METODEVURDERING NØDVENDIG?

Er ikke norsk helsevesen kunnskapsbasert, og er ikke våre fremste eksperter (og vi har mange og gode!) oppdatert innen sine fag? Foretas ikke beslutninger i politikk og forvaltning på basis av solide faglige premisser?

Realitetene er blant annet følgende:

Pasientene er mer informerte. Kunnskapsflommen overvelder oss alle, både pasienter og fagfolk. Pasienter med Internett-utskrifter fra velrenommerte universiteter eller databaser (Medline er gratis tilgjengelig) har mangemøtt. Som fagfolk blir vi daglig

stilt overfor den håpløse oppgaven det er å holde oss oppdatert. Selv innen småspesialområder er det vanskelig å holde oversikten. Frustrasjonene melder seg spesielt når pasient og pårørende har, eller tror de har, mer omfattende kunnskap enn den som behandler. Og vi reagerer når det fattes administrative og politiske beslutninger på sviktende faglig grunnlag.

Informasjonsoverflod. Relevant og pålitelig medisinsk kunnskap basert på gode studier som presenteres på ensystematisk og samlet måte, er vanskelig tilgjengelig. Dette er jo selvsagt et paradoks - aldri før har informasjonstilgangen vært enklere og raskere. Men sikrer det full oversikt, og hva er summen av det samlede informasjonstilfanget? Vi vet at selv en erfaren databasebruker (av for eksempel Medline) ikke identifiserer mer enn omlag 50% av alle utførte randomiserte kliniske forsøk innen et spesifikt emneområde. Selv nye fagbøker og oversiktsartikler kan mangle informasjon som burde føre til endret praksis.

Overlapping og treghet. Det tar for lang tid før kunnskap om behandlingseffekter som bør ha konsekvenser for handlinger tas i bruk. Et klassisk eksempel er trombolytisk behandling ved hjerteinfarkt. Det gjennomføres kliniske forsøk i lang tid etter at solid kunnskap finnes, noe som ikke bare er sløsing med tid og ressurser, men også etisk betenkelig, ved at noen pasienter ikke gis den beste behandling.

Sprik mellom kunnskap og praksis. Økende ulikhet i metodisk praksis og vekslende kvalitet og effektivitet i helsetjenesten fremmer behov for samordning. Flere reiser spørsmål om helsevesenets handlinger er så kunnskapsbaserte som vi ønsker å tro, og mener å kunne dokumentere at det er for stort sprik mellom kunnskap og praksis. Variasjon i praksis. Vi vet at det er ulik praksis ved ulike sykehus både lokalt og regionalt, men betyr det at all praksis kan forsvares?

Sprik mellom muligheter og tilbud. Vi vet at nye diagnostiske metoder og muligheter for behandling presser seg frem med en hastighet og intensitet som langt overstiger de muligheter samfunnet har for å finansiere dette. Spriket mellom tilgjengelige metoder og ressurser øker. Selv i USA, som har den største økonomiske evnen og som brukermest på helserelaterte ytelser, har man ikke mulighet til å ta i bruk alt som tilbys. Helsetilbudene rasjoneres. Noe av det nye er effektivt og representerer store fremskritt for individ og samfunn, men mye er ikke det. Vi må derfor utvikle mekanismer og systemer som sikrer at vi kan ta i bruk det nye og effektive ved å sørge for at både nye og etablerte ineffektive tilbud fjernes.

PRAKSIS BASERT PÅ FAGLIG KUNNSKAP

Medisinsk-faglige vurderinger og konklusjoner alene vil aldri utgjøre et godt nok beslutningsgrunnlag for diagnostikk og behandling. Det vil alltid, mer eller mindre eksplisitt, bli tatt hensyn til økonomi, etikk, pasientens preferanser o.l. Vi er for lite flinke til å uttrykke og synliggjøre slike hensyn.

Medisinsk metodevurdering skjer nå i omtrent 140 miljøer verden over. Det foreligger store mengder rapporter og vurderinger. Vi må sørge for at kunnskapen i disse kommer norske fagmiljøer og myndigheter til gode. En viktig oppgave for Senter for medisinsk metodevurdering er derfor å holde oversikt over og gjøre tilgjengelig slik kunnskap, ikke vedukritisk import og implementering, men ved "fornorsking". Med dette menes at norske fagmiljøer vil bli invitert til å vurdere andres rapporter og å tilpasse konklusjonene til norsk virkelighet. Helsefaglig kunnskap er universell, men etikk, økonomi, lovgivning osv. er nasjonal.

Det kan lett fremstilles som om det nye er nok et utenforstående byråkratisk organ som skal fortelle fagmiljøene hvade skal gjøre og som i ett og alt sitter med fasit på vanskelige spørsmål. Slik er det ikke. Senter for medisinsk metodevurdering har ingen selvstendig faglighet og kan kun bistå fagmiljøene med systematisering og sammenstilling av helsefaglig kunnskap. Rettnok skal de faglige konklusjonene veies mot økonomiske, etiske og juridiske hensyn, men basisi metodevurderingen skal være fagligheten. Senter for medisinsk metodevurdering vil for å lykkes derfor være heltavhengig av et konstruktivt og tett samarbeid med de nasjonale fagmiljøene.

I en tid der mange føler at betydningen av fag og kunnskap blir redusert, ja til og med neglisjert, gir Senter for medisinsk metodevurdering mulighet til å sette de faglige premissene i sentrum. Fagmiljøene er herved invitert til et samarbeid der vi slår ring om fagligheten!

Odd Søreide

LITTERATUR

1. Advisory Group on Health Technology Assessment, England: assessing the effects of health technologies. Principles. Practice. Proposals. London: Department of Health, 1992.
2. Medisinsk metodevurdering. En orientering om medisinsk metodevurdering (Health Technology Assessment) utført av sentra i andre land. SMM-rapport nr. 1/1998. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 1998.
3. Medical Technology Assessment and Efficiency in Health Care. A policy document from the Ministry of Health. Amsterdam: Ministry of Health, Welfare and Sport, 1996.

Publisert: 30. oktober 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.