

Passiv ventetid i metodevurderinger

DEBATT

ORINTA RUI

orinta.rui@gmail.com

Orinta Rui er sykepleier og har en mastergrad innen helseøkonomi og politikk. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Systemet bak Nye metoder har styrket kvaliteten i prioriteringsarbeidet. Men når prosessen settes på pause, mister pasientene tid de ikke har.



Illustrasjon: iStock

Nye metoder er et nasjonalt prioriteringssystem i norsk spesialisthelsetjeneste for å vurdere og bestemme hvilke nye metoder og legemidler som skal innføres eller fases ut. Systemet eies av de regionale helseforetakene og ble etablert for å sikre kunnskapsbaserte og rettferdige beslutninger om nye legemidler og behandlinger (1). Etableringen har gitt en mer strukturert prosess omkring disse problemstillingene. Samtidig har ordningen en svakhet som undergraver både pasientenes muligheter og systemets legitimitet: den passive ventetiden (2).

«For pasientene kan ventetiden være avgjørende. Når sykdom utvikler seg raskt, kan måneder i stillstand ha stor betydning for om en behandling rekker å gi effekt»

Passiv ventetid er perioder der prosessen stopper opp. Arbeidet med vurderinger blir liggende fordi den tilgjengelige dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig til å gjennomføre metodevurderingen. Når slike stopp utgjør en stor del av ventetiden, betyr det at pasientene og helsetjenesten må vente unødige lenge på en beslutning (3).

Stillstand koster

Det tar tid å gjennomføre metodevurderinger. Det er en naturlig del av prosessen at det kreves analyser av effekt, kostnader og pris før en beslutning kan tas. Denne tiden kan regnes som en nødvendig del av systemet slik det er organisert i dag. Utfordringen oppstår når prosessen settes på pause. Årsaken til dette kan være at dokumentasjonen som foreligger, ikke er tilstrekkelig til å fullføre vurderingen. Industrien arbeider i denne perioden med å levere tilleggsinformasjon, men slike spørsmål kunne, og burde, vært avklart før oppstart. Når dette skjer, blir resultatet stillstand som forlenger prosessen uten å tilføre mer kvalitet.

«Passiv ventetid er ikke et uttrykk for at enkeltaktører svikter. Det er et systemproblem»

For pasientene kan ventetiden være avgjørende. Når sykdom utvikler seg raskt, kan måneder i stillstand ha stor betydning for om en behandling rekker å gi effekt. For helsetjenesten betyr det at gevinster realiseres senere enn nødvendig, og ressursene brukes ikke der de har størst verdi (4).

Passiv ventetid er ikke et uttrykk for at enkeltaktører svikter. Det er et systemproblem. Produsenter leverer ofte dokumentasjon som ikke fullt ut svarer til myndighetenes behov, mens myndighetene på sin side ikke kan fatte en beslutning før grunnlaget er komplett.

Hvordan redusere passiv ventetid

Den passive ventetiden kan reduseres uten at kvaliteten på beslutningene svekkes. Tiden som brukes til analyser og faglige vurderinger, er nødvendig. Kravene til dokumentasjon må derfor tydeliggjøres: Klare krav til data, endepunkter og modellforutsetninger fra første dag vil gjøre industrien i stand til å kunne levere mer presist og dermed unngå runder med ekstra innhenting.

Faste oppstartsmøter bør innføres. Erfaringene fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia viser at slike avklaringsmøter har dokumentert effekt ved å redusere behovet for senere justeringer (5). Her møtes myndigheter, fagmiljøer og industri tidlig i prosessen for å enes om metodevalg, identifisere

relevante pasientgrupper og sikre felles forståelse av hvilke data som må ligge til grunn. En tilsvarende ordning i Norge ville gitt økt forutsigbarhet for alle aktører og bidratt til færre opphold i prosessen – uten å gå på akkord med kvaliteten.

«En mer helhetlig prosesskalender, tettere koordinering på tvers og systematisk statusdeling kan bidra til bedre flyt»

Koordineringen mellom aktørene må styrkes. Nye metoder involverer mange ledd: Bestillerforum, Direktoratet for medisinske produkter, Sykehusinnkjøp og Beslutningsforum, i tillegg til sekretariat og underprosesser som forbereder sakene. Hver instans har egne rutiner, frister og møtesykluser. Når så mange aktører skal samordnes, blir prosessen sårbar for forskyvninger som kan forlenge ventetiden uten å tilføre mer kvalitet. En mer helhetlig prosesskalender, tettere koordinering på tvers og systematisk statusdeling kan bidra til bedre flyt. For å få til dette trengs også en felles definisjon av hva ventetid faktisk er, slik at omfanget kan måles og forbedringene følges opp over tid (2).

Pasientenes tid teller

Pasientenes tid er like viktig som kvaliteten i vurderingene. Når prosessen stopper opp i måneder fordi dokumentasjonskravene ikke var tydelig avklart fra starten, oppstår to uheldige utfall: Dersom legemiddelet til slutt innføres, har pasientene tapt helse og leveår som kunne vært spart. Dersom utfallet blir nei, har pasienter og fagmiljøer ventet unødvendig lenge på en avklaring. Den passive ventetiden må derfor ned – gjennom tydeligere krav, tidlig dialog og bedre koordinering. Lykkes vi med dette, får pasientene raskere, mer rettferdige og mer forutsigbare beslutninger, samtidig som systemet blir sterkere.

LITTERATUR

1. Nye metoder. Strategi for Nye metoder 2023–2028.
<https://www.nyemetoder.no/om-systemet/strategi-for-nye-metoder-2023-2028/> Lest 25.9.2025.
2. Nye metoder. Årsoppsummering 2024.
<https://www.nyemetoder.no/4923bd/contentassets/88898c85886f412787128972e8df7e6e/nye-metoder---arsoppsummering-2024-endelig.pdf> Lest 25.9.2025.
3. Anderssen H, Nilsen LB. Norske pasienter ventet lenger på nye legemidler i 2024 enn i 2021. HealthTalk 21.2.2025. <https://www.healthtalk.no/nyheter-og-politikk/norske-pasienter-ventet-lenger-pa-nye-legemidler-i-2024-enn-i-2021/195481> Lest 25.9.2025.
4. Bjørnelv GMW, Aas E. Kostnadseffektivitetsanalyse: et rammeverk for prioriteringskriteriene. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0474. [PubMed][CrossRef]

5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The scope. I: NICE health technology evaluations: the manual.

<https://www.nice.org.uk/process/pmg36/chapter/the-scope-2> Lest 25.9.2025.

Publisert: 16. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0502

Mottatt 20.8.2025, første revisjon innsendt 10.9.2025, godkjent 29.9.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.