

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 31.10.2017
SAKSHANDSAMAR: Baard-Christian Schem og Ingrid Dirdal
SAKA GJELD: **Nasjonalt system for innføring av nye metoder – oppdatering etter Stortingets behandling av melding om prioritering - Stortingsmelding 34**

ARKIVSAK: 2014/238
STYRESAK: 110/17

STYREMØTE: 10.11. 2017

Saka er felles for alle 4 RHF og er difor ikkje skriven på nynorsk.

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til oppdaterte prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHF-ene) i sine avtaler med private aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHF-ene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHF-enes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHF-ene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.

Oppsummering

1. Hva saken gjelder

I 2014 ble et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, Nye Metoder, iverksatt, jf. likelydende styresak i de fire regionale helseforetakene (styresak 49/14). Med metoder menes her forebygging, utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering og organisering av helsetjenester.

RHF-ene fikk i oppdragsdokumentet for 2013 som oppgave å delta i etableringen av systemet, og er av HOD tillagt viktige oppgaver vedrørende driften av systemet, beslutninger om hvilke nye metoder som skal vurderes, beslutninger om hvilke nye metoder som skal innføres i spesialisthelsetjenesten og omfanget i bruk av den enkelte nye metoden som innføres. Systemet har nå vært virksomt i 3-4 år. I november 2016 ble Stortingsmelding 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering (Prioriteringsmeldingen)* behandlet. Vi vil i denne saken orientere styret om Nye Metoder og hvilke konsekvenser *Prioriteringsmeldingen* og behandlingen av denne i Stortinget vil ha for systemet.

Det er behov for:

- 1) å informere styrene i RHF-ene om Nye Metoder i spesialisthelsetjenesten, med vekt på RHF-enes rolle og ansvar.
- 2) å informere om og få tilslutning til de vurderingene og prosessene RHF-ene må legge til grunn for videre prioritering og beslutninger på nasjonalt nivå ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten hensyntatt *Prioriteringsmeldingen* behandlet av Stortinget i november 2016.

På denne bakgrunn behandles det likelydende styresaker i de 4 RHF-styrene.

2. Systemet Nye Metoder

For å ivareta "sørge for" ansvaret overfor befolkningen er det en viktig oppgave for RHF-ene å sikre at pasienter så raskt som mulig får tilgang til nye, virkningsfulle og trygge metoder og at behandlingsmetoder som er ineffektive eller skadelige for pasienten ikke brukes.

RHF-ene, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Statens strålevern samarbeider om å forvalte og videreutvikle systemet for spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen skriver i *Prioriteringsmeldingen* at valgmuligheter for den enkelte pasienten kan gå på bekostning av andre pasienter, og da oppstår det en grense for pasientens selvbestemmelse. Dette må det være bevissthet om for å kunne skape pasientens helsetjeneste. Uten tydelige og felles prinsipper for prioritering vil dette minne om en alles kamp mot alle; uten åpenhet, basert på tilfeldigheter, skjev makt og uten blick for vårt helhetlige ansvar for likeverd og likebehandling. *Prioriteringsmeldingen* fremmer tre kriterier som Nye Metoder skal følge og vurdere. Disse er nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet.

I systemet Nye Metoder inngår følgende faser og virkemidler:

- Metodevarsling
- Metodevurdering
- Prioritering og beslutning
- Implementering

Metodevarsling:

Alle kan sende inn et forslag på en metode som de mener kan være relevant for spesialisthelsetjenesten. Metodevarsler utarbeides av Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk. De kan fremmes som forslag til Bestillerforum RHF og skal gi tilstrekkelig informasjon til å kunne avgjøre om det er behov for en metodevurdering. Metodevarselet skal bidra til at en metodevurdering kan igangsettes raskt, og at myndigheter og helsetjenester kan legge godt planlagte og strukturerte løp for innføring av nye metoder.

Metodevurdering: Hurtig- eller fullstendig metodevurdering:

Det skal gjøres gode vurderinger før det tas beslutninger om å innføre nye tiltak, prosedyrer, nytt medisinsk utstyr, nye legemidler eller nye måter å organisere tjenestene på. En sentral del av beslutningsgrunnlaget er metodevurderinger utformet av Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet, der helsegevinster og kostnader kvantifiseres i tråd med prioriteringskriteriene. Metodevurderingene bygger på internasjonalt anerkjent metodikk, for å sikre at beslutningene baseres på et best mulig kunnskapsgrunnlag.

Det gjøres systematiske oppsummeringer og vurderinger av metodens effekt, sikkerhet, organisatoriske konsekvenser, kostnadseffektivitet, budsjettkonsekvenser, etikk og jus. Kravet til omfanget av vurderingene avhenger av metoden. Se tabellen nedenfor:

	Mini metodevurdering	Hurtig metodevurdering	Fullstendig metodevurdering
Effekt	x	x	x
Sikkerhet	x	x	x
Kostnader	x	x	x
Organisering	x	x	x
Kostnadseffektivitet		x	x
Budsjettkonsekvenser		x	x
Etikk			x
Jus			x

Tabell 1: innhold i ulike typer metodevurderinger

Mini-metodevurderinger utføres i avgrenset format lokalt i helseforetakene (prosedyrer, medisinsk utstyr, organisering). Hensikten er å vurdere om og eventuelt hvordan metoden skal tas i bruk i det enkelte helseforetak (HF)/sykehus. Disse mini-metodevurderingene er samlet i en nasjonal database, slik at de er tilgjengelige for andre helseforetak / sykehus. Lokale prosesser for innføring av nye metoder omtales ikke videre i denne styresaken.

Hurtig metodevurdering utføres nasjonalt på avgrensede indikasjoner og ofte på godkjente legemidler (utføres på legemidler av Statens legemiddelverk, på andre metoder av Folkehelseinstituttet). Hurtig metodevurderinger skal gi beregninger av alvorlighet, kostnadseffektivitet og budsjettkonsekvenser. Kostnadseffektivitetsberegninger er et anslag for merkostnaden per vunnet kvalitetsjusterte leveår sammenliknet med en komparator. Komparatoren er vanligvis den metoden som per i dag benyttes og som kan fortreges av den vurderte metoden.

Fullstendig metodevurdering utføres også nasjonalt og er en omfattende vurdering av for eksempel et sett av behandlingstiltak innen et terapiområde (utføres av Folkehelseinstituttet). En fullstendig metodevurdering skal svare på hva konsekvensen av å innføre den nye metoden er for pasientene, helseforetaket og samfunnet. Det skal også svare på hvilke tiltak som er best for denne pasientgruppen (alternativkostnaden).

Prisforhandlinger: Divisjon Legemidler i Sykehusinnkjøp HF (LIS) forhandler priser i forbindelse med metodevurderinger. LIS har i denne sammenheng et samarbeid med utrederinstansen (Statens legemiddelverk eller Folkehelseinstituttet).

Metoden skal ikke nyttes når den er til vurdering: En metode skal ikke tas i bruk til nye pasienter når metoden er til vurdering i Nye metoder. Pasienter som har påbegynt behandling med metoden før beslutning om vurdering i Nye metoder, kan fullføre behandlingen. Det kan oppstå situasjoner der unntak fra denne regelen kan være aktuelt. Fagdirektørene har utarbeidet prosedyrer for slike unntak, som er tilgjengelige på nettstedet nye metoder.no.

Prioritering og beslutning:

Prioritering og beslutning gjennomføres når faktagrunnlaget, inkludert metodevurderingen og prisforhandlingene, er på plass. For nasjonale beslutninger om innføring av nye metoder, er det avgjørende at dette skjer koordinert mellom de fire RHF-ene, for å sikre befolkningen lik tilgang til metoden. Beslutningene tas i møte mellom de administrerende direktører i de regionale helseforetakene som utgjør Beslutningsforum.

Implementering:

Beslutningene som tas i Beslutningsforum formidles til sekretariatet i Helsedirektoratet og helseforetakene informeres. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet med å ta nye metoder inn i nasjonale faglige retningslinjer.

Nettstedet nye metoder: for å gi alle aktører og interesserte oppdatert informasjon er det opprettet et eget nettsted med adressen www.nyemetoder.no. Her beskrives systemet Nye metoder og man kan finne oppdatert informasjon om alle saker som er til behandling i systemet og beslutninger som er truffet.

3. Rolle og ansvar

Det er mange aktører involvert i Nye metoder. De ulike aktørene er knyttet til Bestillerforum RHF og/eller Beslutningsforum.

Bestillerforum RHF

Bestillerforum er sammensatt av fagdirektørene i de fire RHF-ene og to medlemmer fra Helsedirektoratet. I tillegg deltar en observatør fra Kunnskapssenteret, en fra Statens legemiddelverk, en fra Statens strålevern, en fra Sykehusinnkjøp HF, koordinatorene fra hvert RHF og sekretær for fagdirektørene. Forslag til bestillinger av metodevurderinger på nasjonalt nivå sendes til Bestillerforum via en sekretariatsfunksjon i Helsedirektoratet. Bestillerforum prioriterer og beslutter hvilke metodevurderinger som skal gjennomføres, type metodevurdering og grad av hast. Alle kan sende inn et forslag på en metode som de mener kan være relevant for spesialisthelsetjenesten.

Sekretariatsfunksjonen har vært ivaretatt av Helsedirektoratet. I tråd med Oppdragsdokument 2017 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S

(2016-2017) skal de regionale helseforetakene i samarbeid med Helsedirektoratet igangsette prosesser for flytting og overføring av sekretariatet for Nye metoder fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF.

Beslutningsforum

Etter gjennomført metodevurdering på nasjonalt nivå, tas beslutninger om innføring av ny metode i møte mellom de administrerende direktørene i de fire RHF-ene, Beslutningsforum. I tillegg til de administrerende direktørene deltar en representant fra Helsedirektoratet og en representant fra brukerutvalg somobservatører. Det er avgjørende at det tas samordnede beslutninger i de fire RHF-ene, slik at hele befolkningen får samme tilgang til nye metoder.

Når de nasjonale metodevurderingene er gjennomført, skal Beslutningsforum basere sin avgjørelse om eventuell innføring av metoden på vurderingene fra Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet. De fire interregionale fagdirektørene skal i forkant ha gitt sin anbefaling om metoden bør tas i bruk eller ikke, og omfanget. Fagdirektørene gjør da en samlet vurdering av metodevurderingsrapporten og ser særskilt på kostnadseffekt, absolutt prognosetap og budsjettkonsekvenser. I noen saker har Beslutningsforum for nye metoder delegert beslutningsansvaret til fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Fagdirektørene har fått et selvstendig ansvar for å vurdere om en metode skal oversendes for beslutning i Beslutningsforum for nye metoder. Dersom de fire fagdirektørene er enige om at en metode ikke er egnet for behandling i Beslutningsforum for nye metoder, kan saken avgjøres av fagdirektørene.

Beslutningsforums avgjørelse er basert på enighet. Sakene behandles i eget møte med egen innkalling og protokoll. Tilkommer ny kunnskap om effekt, bivirkninger, komplikasjoner eller kostnader kan dette imidlertid tilsi at det kan være grunn til å vurdere en sak på nytt og eventuelt starte en ny metodevurdering. Pasienter som mener å ha krav på å få en spesiell behandling kan på vanlig måte klage til fylkesmannen, dersom de mener at helsehjelpen de mottar ikke er forsvarlig.

RHF-ene må sikre at avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsetter at Beslutningsforums beslutninger etterleves.

4. Vurderinger Beslutningsforum må legge til grunn for beslutningene

I den forrige saken om Nye Metoder ble det vist til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015 og dennes beskrivelse (s. 12) av hvordan de tjenestene pasienter og bruker mottar skal være:

Tjenestene skal kjennetegnes av at de:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

I *Prioriteringsmeldingen* står det om konkretisering av prinsipp på ulike nivåer og om utøvelse av skjønn er relevant. På klinisk nivå, i møte med den enkelte pasient, vil det kunne være behov for andre skjønnsmessige vurderinger enn i beslutninger basert på

metodevurderinger knyttet til innføring av nye metoder. Stortinget mener at bruk av kvantifiserte prioriteringskriterier i beslutningssituasjoner på gruppenivå må suppleres med skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering av et tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:

- Kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
- Samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak

Store samlede budsjettkonsekvenser kan påvirke både selve beslutningen om innføring av en ny metode, og tidspunktet for innføring av en ny metode.

Et viktig perspektiv i meldingen er å beskrive forholdet mellom verdigrunnlaget i helsetjenesten, prinsipper og virkemidler for prioritering. I sum utgjør disse nye prinsipper for prioritering, som skal gjelde i helsetjenesten.

De systematiske metodevurderingene skal bidra til rettferdig prioritering av ressurser i helsetjenesten gjennom å gi helseforetakene dokumentasjon på effekt og kostnader før det besluttes om en ny metode skal tas i bruk.

Ved vurderingene og beslutningene legger RHF-ene *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, *Prioriteringsforskriften* og *Prioriteringsmeldingen* og Stortingets behandling av denne til grunn.

Hovedkriteriene er:

- Nyttekriteriet
- Ressurskriteriet
- Alvorlighetskriteriet

Av *Prioriteringsmeldingen* går det fram at kvantifisering av kriteriene skal nyttes til bruk i metodevurderinger på gruppenivå og følgende føringer skal følges i Nye Metoder:

- Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Nytte skal måles som gode leveår.
- Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. Alvorlighet skal kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår (kvalitetsjusterte leveår) som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.

Stortinget vurderer at anvendelse av kriteriene må suppleres med skjønnsmessig vurderinger. Det gjelder både på klinisk nivå og på gruppenivå. For å sikre at beslutningstakerne vektlegger forhold som er konsistente med hovedkriteriene er det da viktig med gode virkemidler som kan veilede beslutningstakerne.

I denne saken understrekes de viktigste hovedprinsipper som oppfattes å være i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b 2. ledd og prioriteringsforskriften §2. Disse hovedprinsippene skal legges til grunn for Beslutningsforums vedtak om innføring av nye metoder:

- A. **Diagnosenøytralitet.** Det er alvorlighet, ressurs og nytte som skal være avgjørende ved vurdering og eventuell innføring av nye metoder, ikke ved hvilken diagnose eller diagnosegruppe den nye metoden skal brukes.
- B. **Vurdering av alder.** Alder har ikke vært et kriterium alene ved vurdering av innføring av nye metoder. Prioriteringsmeldingen og Stortingets behandling av denne slår fast at alder fortsatt ikke skal være et eget kriterium. Det er alvorlighet, ressurs og nytte som skal være avgjørende ved vurdering og eventuell innføring av nye metoder, men alder vil indirekte få betydning i vurderingene, da alder påvirker forventet nytte og absolutt prognosetap for pasientgruppen. Gjennom Prioriteringsmeldingen har Stortinget slått fast at en sykdoms alvorlighet i metodevurderinger skal beregnes som absolutt prognosetap (APT). APT beskriver hvor mange gode framtidige leveår pasienter i gjennomsnitt kan forvente å miste som følge av sykdommen dvs. framtidig helsetap. En sykdoms alvorlighet øker jo flere gode framtidige leveår pasientgruppen mister som følge av sykdommen. APT til bruk i metodevurderingene måles i antall tapte gode leveår for pasientgruppen gitt dagens standardbehandling sammenliknet med befolkningen i samme aldergruppe uten sykdommen. Alle gode leveår skal telle likt og et tapt leveår skal telle likt uavhengig av om tapet skyldes nedsatt livskvalitet over tid eller redusert livslengde. Det vurderes for eksempel mer alvorlig å få en kronisk sykdom tidlig i livet enn sent. Dette er ikke pga. alderen i seg selv, men fordi yngre lever lengre med sykdommen og dermed taper flere gode leveår. Dette er ikke et uttrykk for at eldre pasienter nedprioriteres, men at samfunnet vurderer sykdommer som fratrukker pasientene mange gode leveår som mer alvorlige. Når en beslutning om å innføre en metode er fattet for en pasientgruppe, skal alle pasienter, uavhengig av alder, få et tilbud så lenge de oppfyller medisinske kriterier.
- C. **Vurdering hva gjelder pasientgruppens størrelse.** Man stiller i utgangspunktet samme krav til et rimelig forhold mellom kostnader og nytte for nye metoder, uavhengig av pasientgruppens størrelse. *Prioriteringsmeldingen* gir likevel føringer for at det i noen tilfeller må utøves skjønn, det gjelder i hovedsak:
- Sjeldenhet skal ikke være et kriterium i seg selv. Det er imidlertid enkelte forhold som er fremtredende ved små pasientgrupper som kan være relevant ved prioriteringsvurderinger. Disse forholdene kan være høy alvorlighetsgrad og stor forventet nytte av behandling. Ved vurdering av nye metoder må det tas hensyn til at det for de aller minste pasientgruppene/grupper innenfor enkeltdiagnoser vil være vanskeligere å fremskaffe den evidens som vurdering av alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet skal bygge på. I tråd med føringer gitt i behandling av *Prioriteringsmeldingen* kan det vurderes lavere krav til dokumentasjon for tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt.
 - Når det gjelder svært sjeldne sykdommer/særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand finnes det ofte ikke god dokumentasjon av nytten. I *Prioriteringsmeldingen* foreslås at ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak. Rammene for en slik unntaksordning skal forankres i Stortinget gjennom Prioriteringsmeldingen og legges til grunn for finansiering av nye

legemidler på folketrygden og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. De fire RHF-ene venter nå på forskriftsarbeid knyttet til *Prioriteringsmeldingen*.

- For store pasientgrupper vil budsjettkonsekvensene kunne være en barriere for innføring av metoden, uansett om det er godt forhold mellom nytte og ressursbruk. I *Prioriteringsmeldingen* vurderes det at de samlede budsjettkonsekvensene kan bli så store at det ikke bare er de eksisterende tiltakene som er minst kostnadseffektive som vil bli fortrent, men også at mer kostnadseffektive tiltak vil risikere å bli skjøvet til side. Dette må nå legges til grunn og kriteriene er således endret sammenlignet med den tidligere styresaken. Beslutningen må i slike sammenhenger understøttes av skjønnsmessige vurderinger. I forrige likelydende styresak om Nye metoder var det ikke tatt noe forbehold om pasientgruppens størrelse ved vurdering av å innføre en ny metode.

- D. Legitimt ikke å innføre effektiv, men lite kostnadseffektiv diagnostikk og behandling.** Prinsippene som fremgår av lov om pasient- og brukerrettigheter og prioriteringsforskriften innebærer at spesialisthelsetjenesten ikke bør innføre eller tilby helsehjelp som er nyttig, der den forventede ressursbruken ikke står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.
- E. Likebehandling på tvers av pasientgrupper og metoder:** Aksepteres et nytt og høyere nivå for ressursbruk/nytte (d.v.s. lavere kostnadseffektivitet) ved innføring av en ny metode for en pasientgruppe, skal i prinsippet dette nye og høyere nivå for ressursbruk/nytte legges til grunn for alle andre nye metoder det i fremtiden er aktuelt å innføre i spesialisthelsetjenesten. Videre vil dette nye ressursbruk/nytteforholdet også måtte gjelde når man fastsetter nye bruksområder/indikasjongrenser for allerede innførte ressurskrevende behandlingsmetoder.

Beslutningen skal bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og samfunnet og pasientens preferanser. Ved en riktig vurdering av alternativkostnad kan en sikre at det beste alternativet velges og hindre at man iverksetter et tiltak som kan fortrenge mer verdifulle tiltak.

Sjekkliste til hjelp i forberedelsene

Sjekklisten kan benyttes før beslutningen tas i Beslutningsforum (de samme spørsmålene brukes av helseforetakene etter mini-metodevurderinger):

1. Er det gjort greie for effekt, sikkerhet, kostnader, organisatoriske konsekvenser, kostnadseffektivitet, budsjettkonsekvenser, etikk og jus på en tilfredsstillende måte?
2. Er effekten av den nye metoden tilstrekkelig dokumentert i den pasientpopulasjonen som antas å være aktuell i den norske kliniske praksisen?
3. Er det andre aktuelle overlappende nye metoder som bør inkluderes i vurderingene?
4. Vurderes det at sikkerheten i form av komplikasjoner og bivirkninger er tilstrekkelig avklart og at metoden ikke medfører større risiko for pasienten enn eksisterende behandling?
5. Kan metoden innføres innenfor eksisterende økonomiske rammer?
6. Vil innføring av metoden kreve organisatoriske endringer (som for eksempel endring i arbeidstidsordning, vaktplan og annet)?

7. Vil innføringen av metoden kreve kompetansehevende tiltak?
8. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av metoden?
9. Vil innføring av metoden kunne reise viktige problemstillinger?
10. Konklusjon: Bør metoden innføres i RHF-ene?
11. Er det oppgitt en tilfredsstillende plan for oppfølging av metoden i innføringsperioden?

Konklusjon

I Stortingsmelding 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering* går det fram at det ikke er mulig å sikre konsistens prioritering uten å kvantifisere. Denne forenklingen av virkelighetene gjør at noen nyanser kan gå tapt og må suppleres med skjønnsmessige vurderinger når det gjøres en totalvurdering.

RHF-ene skal samarbeide om og legge til rette for gode beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Metodevurderingene inngår som del i beslutningsgrunnlaget ved spørsmål om å innføre nye metoder. I tillegg må beslutningene bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og samfunnet og pasientenes/brukernes preferanser i tråd med føringer som er gitt. Beslutningsprosessene skal være åpne.

Beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i hver enkelt av de fire regionene, etter gjennomgått metodevurdering, fattes ved konsensus i Beslutningsforum. I saker av svært prinsipiell betydning, kan det vurderes om saken bør forelegges RHF-styrene. Oppfølgingen av beslutningene skal koordineres med Helsedirektoratets arbeid med å ta nye metoder inn i nasjonale faglige retningslinjer.

Styrene anbefales å slutte seg til forslagene til vedtak.