

Behandlingsrådet
Alfred Nobels Vej 27
9220 Aalborg Ø

E-mail: kontakt@behandlingsraadet.dk

Høringssvar vedr. forslag til Behandlingsrådets proceshåndbog og metodevejledning for evaluering af sundhedsteknologi

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på forslagene til proceshåndbog og metodevejledning for Behandlingsrådets arbejde. Vi kan konstatere, at mange af de kommentarer, Danske Patienter har afgivet i forbindelse med tidligere høringer, er blevet imødekommet. Det vil vi gerne kvittere for.

Vi mener overordnet set, at der er tale om to gode dokumenter, hvor beskrivelsen af den grundlæggende tilgang til arbejdet på fin vis tager højde for de metodiske og datamæssige afstikkere og usikkerheder, som man uden tvivl vil møde i mange evalueringer. Blandt andet indeholder metodevejledningens beskrivelse af, hvordan patientperspektivet skal belyses, nogle gode og grundige overvejelser.

Nedenfor følger vores mere specifikke bemærkninger til proceshåndbog og metodevejledning.

Dato:
10. maj 2021

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

Proceshåndbog

2.2. Behandlingsrådets fagudvalg

Det fremgår på s. 5, at der altid udpeges 1-2 patienter/patientrepræsentanter til et fagudvalg. Vi anbefaler, at der som absolut hovedregel udpeges 2 repræsentanter for patientperspektivet. Dette vil også understøtte Behandlingsrådets udmærkede ambition om både at have repræsentation for det brede patientperspektiv og det individuelle, erfaringsbaserede perspektiv i alle fagudvalg (s. 15).

2.5. Behandlingsrådets genstandsfelt

Det er fortsat kun regioner, hospitalsledelser og virksomheder, der kan ansøge om at få en teknologi evalueret. Vi har tidligere påpeget, at denne gruppe bør udvides, så også viden fra patientforeninger, faglige selskaber m.fl. kan komme i spil. Vi mener stadig, at dette er relevant – og særligt omkring udvælgelsen af de 2-3 større analyser, der hvert år skal sættes i gang. Derfor opfordrer vi til dialog med og inddragelse af en bredere interessentkreds undervejs i denne proces.

Virksomheder, der ansøger om evaluering af en sundhedsteknologi, skal kunne sandsynliggøre, at teknologien samlet set er omkostningsneutral eller -besparende. Dette krav gør sig ikke gældende for regioner og hospitalsledelser, der ansøger. Det er en opblødning i forhold til seneste høringsversion, hvilket er positivt i et innovations- og kvalitetsoptimerende perspektiv. I metodevejledningen (s. 27) beskrives det, at en teknologi kan

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 23 medlemsforeninger, der repræsenterer 104 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Fibromyalgi-Forening, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Gigtforeningen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

anbefales, hvis den er bedre end komparator og omkostningseffektiv. Det er uklart, om dette også gælder for teknologier, hvor en virksomhed er ansøger – og om minimumskravet om omkostningsneutralitet dermed kan fraviges, hvis teknologien fx har en væsentlig effekt på livskvalitet. Vi mener, at dette bør være tilfældet.

Side 2/3

Det er positivt, at patientperspektivet fremgår som et af fire vurderingskriterier (s. 7).

5.1. Etablering af fagudvalg

Nyudpegede patienter og patientrepræsentanter vil forud for første møde i fagudvalget få en introduktion til og vejledning i arbejdet i fagudvalget. Det er positivt, at der lægges op til en forventningsafstemning mellem patientrepræsentant og sekretariat forud for arbejdet. Vi anbefaler dog, at fagudvalget – og i særdeleshed formanden – på samme måde klædes på til samarbejdet med patientrepræsentanter, så der er en gensidig forståelse for, hvad patientrepræsentanterne forventes at bidrage med.

5.2. Udarbejdelse af evalueringsdesign

Rådsformanden skal godkende evalueringsdesignet på vegne af Rådet. Det er afgørende, at designet er fastlagt på baggrund af alle de kompetencer, som fagudvalg og Råd besidder. Derfor bør Rådet forelægges evalueringsdesignet til kommentering og godkendelse.

6.1. Implementering

Det er regionerne, der har ansvar for at implementere Behandlingsrådets anbefalinger. Anbefalingerne er ikke juridisk bindende, men det forventes, at de efterleves. Hvordan vil man sikre, at anbefalingerne bliver efterlevet – særligt for de teknologier, hvor en anbefaling også får betydning for kommunerne og almen praksis? Danske Patienter har forståelse for, at implementering skal ske med respekt for den lokale praksis, men hvis implementeringen bliver for uensartet på tværs af regioner og kommuner, kan det betyde ulighed i adgangen til de nye og potentielt bedre sundhedsteknologier. Derfor opfordrer vi til, at Behandlingsrådet løbende følger op på implementeringen af anbefalinger og de eventuelle konsekvenser, manglende implementering kan få for patienter og pårørende.

Metodevejledning

I forrige høringsversion blev der lagt op til analyser af ulighed i patientpopulationen. Lighed er stadig nævnt som et af de overordnede kriterier for Behandlingsrådet, men overvejelser om analyser af ulighed i tilgængelighed, sårbarhed mm. fremgår ikke længere af materialet. Behandlingsrådets anbefalinger bør indeholde overvejelser om, hvordan den undersøgte sundhedsteknologi har betydning for social og geografisk ulighed i sundhed. Derfor bør ulighed genindføres som et element i evalueringerne.

7.5. Patientperspektivet

PRO-data bør nævnes som et relevant redskab til at tilvejebringe data om patientperspektivet.

Side 3/3

7.7.9. Budgetkonsekvensanalyse

Vi vil igen pointere, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis budgetkonsekvensen ikke kun opgøres for de regionale sygehusbudgetter, men også for det øvrige sundhedsvæsen eller samfund, hvor det er relevant. Dette brede perspektiv fremgår andre steder i metodevejledningen, bl.a. hvad angår omkostningsbegrebet. Patientforløb går som oftest på tværs af sektorer, og ændringer i hospitalsudgifter vil ofte have afsmittende effekt på øvrige sektorers udgifter til sundhed. Derfor vil det være fornuftigt at udvide budgetkonsekvensanalysen.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør