

Danske Regioner
Dampfærgevej 21
2100 København Ø

E-mail: esf@regioner.dk

Høringssvar vedr. proces- og metoderamme for Behandlingsrådet

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på de fremsendte proces- og metodedokumenter for Danske Regioners Behandlingsråd.

Procesramme

Behandlingsrådets fagudvalg (s. 1)

Det er uklart, om det er hensigten at nedsætte fagudvalget med repræsentation fra alle de regioner, som tænkes at anvende den løsning, som evalueres. Her kan med fordel ses på, hvordan Medicinrådet nedsætter fagudvalg.

Det bør fremgå, enten her eller under pkt. 7, at der udpeges 1-2 patientrepræsentanter for hvert fagudvalg, og at disse udpeges fra relevant(e) patient-/pårørendeforening(er) via paraplyorganisationerne Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer. Dele af processen for udpegning af patientrepræsentanter er beskrevet i metoderammen og kan med fordel beskrives mere tydeligt i procesrammen.

Det fremgår først sent i afsnittet, at kommuner og almen praksis kan deltage i fagudvalg, hvis teknologien benyttes på tværs af sektorer. Dermed er udgangspunktet for vurderingen hospitalssektoren, og dette bør fremgå tydeligt som indledning for procesrammen.

Behandlingsrådets sekretariat (s. 1)

Sekretariatet bør også have kompetencer inden for facilitering af patientinddragelse – og/eller indgå samarbejde med ekspertmiljøer for brugerinddragelse – så patientrepræsentanterne i fagudvalg kan få den tilstrækkelige vejledning/oplæring i arbejdet, og så de relevante metoder til organisatorisk inddragelse bliver anvendt. Desuden bør fagudvalg – og i særdeleshed formanden – klædes på til samarbejdet med patientrepræsentanter.

Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse I Sundhedsvæsenet (ViBIS) stiller sig gerne til rådighed for sparring med sekretariatet.

Dato:
18. december 2020

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/4

Rådet (s. 2)

Det er uklart hvad der menes med, at Rådet udarbejder rådgivende anbefalinger, da en anbefaling vel som udgangspunkt er rådgivende. Forholdet mellem disse rådgivende anbefalinger og Folketingets 7. princip (som Behandlingsrådet jf. metoderammen arbejder inden for) bør beskrives nærmere.

Side 2/4

Det bør fremgå tydeligt, hvordan Rådets 15 pladser er fordelt. For eksempel står der to observatørpladser, mens tre observatører er nævnt, og det er ikke tydeligt, hvem eksperterne er og hvordan de udvælges. Ligeledes er det uklart, hvordan sygehusedirektørerne vælges – herunder om der er repræsentation fra alle fem regioner. Sammenlignet med første oplæg til model for Behandlingsrådet er det uklart, hvordan Rådet er sammensat. Vi henviser derfor til vores høringsvar af 29. januar for kommentarer om Rådets sammensætning.

Det bør fremgå, om Rådets medlemmer er stående medlemmer, hvor lang en periode de er udpeget for, og hvordan der sikres løbende udskiftning i Rådet.

Indstilling af forslag (s. 4)

Vi finder det stadig uklart, hvordan genstandsfeltet for Behandlingsrådet defineres – dvs. hvad definitionerne *teknologier*, *indsatser* og *løsninger* reelt dækker over. Det kan forstås meget bredt, og det er derfor usikkert, hvad der falder under bagatelgrænsen for de forholdsvist få evalueringer, som Behandlingsrådet vil foretaget på årsbasis.

Modellen beskriver, at regioner, hospitalsledelser og virksomheder kan indstille emner til Behandlingsrådet. Hvordan stiller det praksissektoren, de faglige organisationer, patientforeningerne, videnskabelige selskaber og kommunerne, som anvender mange former for sundhedsteknologier? Sådanne analyser kan have en bredere offentlig interesse, og der er stor viden i de forskellige organisationer, som kan bidrage til at udpege relevante områder. Derfor anbefaler vi, at patientforeninger og andre interessenter også skal kunne give forslag til emner.

Ny teknologi kan både give bedre effekt end allerede eksisterende løsninger og være mere omkostningstung. Det fremgår af procesrammen, at virksomheder skal sandsynliggøre, at indstillede produkter samlet set ikke medfører flere omkostninger for sundhedsvæsenet. Dette kan tolkes som om, at teknologier ikke kan komme i betragtning til en evaluering alene på grund af prisen. Det er ikke til gavn for sundheden og det står i modsætning til de principper, Behandlingsrådet opererer inden for (Folketingets 6. princip). På informationsmøde om Behandlingsrådet den 9. december udtalte direktør Malene Møller Nielsen, at det ikke var en intention for Behandlingsrådet at sætte en stopper for innovation. Vi bakker meget op om denne intention og håber, at det perspektiv (som også til dels er afspejlet i metoderammen, s. 15) vil fremgå mere tydeligt i den endelige procesbeskrivelse.

Ansøgning (s. 5)

Det fremgår, at det er virksomheden, der skal udfylde ansøgningskemaet, men det vil formentlig oftest være en region eller sygehusledelse, der indstiller en løsning til vurdering i Behandlingsrådet. Det vil vel i så fald ikke være virksomheden, der skal stå for processen med at indsende dokumentation. I så fald, hvordan håndteres det, hvis virksomheden ikke ønsker at medvirke til en indstilling af en løsning til Behandlingsrådet?

Side 3/4

Sortering af emner (s. 5)

Det er svært at vurdere dette afsnit, da kriterier for sortering ikke er vedlagt. Det kan undre, at ansøger pålægges et stort arbejde med at udarbejde en ansøgning uden sikkerhed for, at Rådet ønsker at behandle sagen. Det er ikke muligt at vurdere omfanget af arbejdet med at udforme en ansøgning ud fra den nuværende procesbeskrivelse, men det kan være stort, hvis al dokumentation skal være til rådighed før sekretariatet foretager sortering af emner. Det ville derfor være hensigtsmæssigt, hvis der kan indgives foreløbige ansøgninger, som er fyldestgørende nok til, at sekretariatet og Rådet kan træffe beslutning om videre proces. Herefter kan man bede ansøger om den resterende dokumentation.

Udvælgelse af emner (s. 5)

Jf. vores kommentarer i høringssvar afgivet den 29. januar 2020 er vi glade for, at effekt, målt ved patientrelateret helbred og livskvalitet, er blevet tilføjet til kriterielisten. Det bør også være et kriterie, om der allerede eksisterer en metode/teknologi på området eller ej.

Det vil være hensigtsmæssigt også at vurdere organisatoriske konsekvenser ved at indføre en ny teknologi/behandling – herunder krav til kompetencer hos personale og patienter/pårørende.

Fastlæggelse af evaluerings-/analysedesign (s. 7)

Det fremgår, at Rådsformanden godkender fagudvalgets forslag til evaluerings-/analysedesign på Rådets vegne. Det er en helt afgørende forudsætning, at designet er fastlagt på baggrund af alle de kompetencer, som fagudvalg og Rådet besidder. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at Rådet får forelagt designet til kommentering og godkendelse. Alternativt kan der blandt Rådets medlemmer udvælges repræsentanter, som på baggrund af deres særlige kompetencer kan foretage denne proces på Rådets vegne.

Metoderamme

Metode til evaluering (s. 7)

Vi er glade for, at der er lagt op til analyser af ulighed i patientgruppen og opfordrer til, at dette bliver et gennemgående emne i

Behandlingsrådets evalueringer – både hvad angår social og geografisk ulighed.

Metodiske kerneelementer – effekt (s. 8)

Side 4/4

Vi finder de anførte kategorier for effektmål relevante men vurderer, at de med fordel kan suppleres af PRO-data.

Det anføres, at patientdata og upublicerede data kan anvendes. Dette er positivt, men en meget bred formulering – det bør derfor suppleres af en nærmere beskrivelse af, hvilke typer data der kan tages i betragtning og hvordan disse vægtes.

Metodiske kerneelementer – implementeringsmæssige og organisatoriske forhold (s. 12)

I dette afsnit bør også de implementeringsmæssige konsekvenser for patienter og pårørende beskrives.

Metodiske kerneelementer – omkostningseffektivitet (s. 13)

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis budgetkonsekvensen ikke kun blev opgjort for regionerne, men hvor det er relevant også for det øvrige sundhedsvæsen eller samfund. Dette brede perspektiv fremgår allerede andre steder i metoderammen – for eksempel i afsnit af omkostninger, hvor der lægges op til at bruge et bredt omkostningsbegreb. Det er fornuftigt, da patientforløb som oftest går på tværs af sektorer, og da ændringer i hospitalsudgifter ofte vil have afsmittende effekt på øvrige sektors udgifter til sundhed.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør