|  |
| --- |
|   |

# Høringssvar om Behandlingsrådets proceshåndbog og metoderamme

Indledning

Tak for muligheden for at afgive høringssvar. Vi finder overordnet, at de to dokumenter er velegnede som rammer og vejledning for Rådets arbejde.

Det er også positivt, at nogle af vores bemærkninger i vores høringssvar til den første version er imødekommet. Bl.a. at såvel personlige som mere almene patienterfaringer er relevante at dække i fagudvalgenes arbejde.

Der er dog områder, som står svagere end i den første version. Det gælder ulighed og forskelle inden for patientpopulationer. Det gælder også fokus på tilgængelighed og tilpasning til de behov, mennesker med funktionsnedsættelse har.

Muligvis kan noget af det gemme sig i tekster, som ikke er sendt i høring, men disse forhold er så vigtige, at de bør have en stærkere på plads i proceshåndbog og metoderamme.

Tekstnære kommentarer følger nedenfor.

Proceshåndbog:

### Afsnit 2.2 Behandlingsrådets fagudvalg

Der står stadig, at der udpeges 1-2 patientrepræsentanter. Vi ser gerne 2 repræsentanter som absolut hovedregel. Det vil bl.a. gøre det muligt at dække såvel personlige som mere almene patienterfaringer.

### 2.5. Behandlingsrådets genstandsfelt

Det er alene regioner, hospitalsledelser og virksomheder, der kan ansøge om at få en teknologi evalueret. Det er samme kreds som i det første udkast.

Vi ser gerne som tidligere skrevet, at en bredere kreds bør kunne foreslå emner til evaluering – herunder patient- og handicap-organisationer.

I hvert fald bør der være en mulighed er at indlede en dialog med patient- og handicap-organisationer og andre interesserenter om forslag til emner.

*Omkostningsneutralitet eller ej*

Virksomheder, der ansøger om evaluering af en sundhedsteknologi, skal kunne sandsynliggøre, at teknologien samlet set er omkostningsneutral eller -besparende.

Regioner og hospitalsledelser, der ansøger, skal redegøre for omkostningerne, men det er ikke et krav, at sundhedsteknologien skal være omkostningsneutral eller besparende.

Det står nu klarere end i den forrige høringsversion. Vores holdning dog er stadig, at også virksomheder bør have mulighed for at indsende ansøgninger om teknologi, der markant fremmer patienters sundhed og livskvalitet, også selv det kan være forbundet med flere omkostninger.

### 5.2. Udarbejdelse af evalueringsdesign

Det fremgår, at når fagudvalget har udarbejdet evalueringsdesignet, skal Rådsformanden på vegne af Rådet godkende dette. Rådsformanden kan eventuelt uddelegere dette ansvar til andre rådsmedlemmer.

På den ene side er hensigtsmæssigt med en smidig proces. På den anden side bør der være mulighed for de øvrige rådsmedlemmer at komme med bemærkninger til et udkast til evalueringsdesign for at sikre, at alle relevante perspektiver dækkes ind.

### 5.5 Beslutning i Behandlingsrådet

I det forrige høringsudkast blev der lagt op til, at anbefalinger fra Rådet kunne være knyttet til nogle bestemte forudsætninger. Fx at der ved implementeringen af anbefalingen skal sættes fokus på lighed mellem forskellige typer patienter.

Men det fremgår ikke klart mere. Lighed er stadig en af de fire bærende værdier for Rådets arbejde, og derfor bør det fremgår tydeligere, at anbefalinger til implementeringen skal tage højde for, at der inden for patientgrupper kan være store forskelle. Der kan også være andre uligheds-aspekter, der bør tages højde for (geografisk ulighed o.l.).

I evaluering og anbefaling af en teknologi skal der tages højde for særlige patientbehov, der følger af handicap og kronisk sygdom. Vellykket behandling af patienter med fx muskelsvind, døvhed eller udviklingshæmning forudsætter ofte specialviden.

Medicinsk udstyr er ikke altid tilpasset til de behov, patienter med handicap har. Fx kan mammografi-screeningsudstyr ikke altid benyttes til mennesker med fysiske handicap. Forhold som tilgængelighed, behovet for rimelig tilpasning, håndtering af risikoen for at overse sygdom i diagnosticeringen af personer med visse typer handicap, specialviden om handicap af betydning for teknologiens rette anvendelse, særlige krav til kommunikation og formidling mv. bør derfor indgå.

Behandlingsrådets anbefalinger af teknologier bør fremme sundhed for alle, herunder patienter med kronisk sygdom og handicap. Det skal være tænkt med fra starten, at de skal komme alle patienter til gavn, ikke bare de stærkeste.

DH opfordrer til, at Universelt Design-tilgangen (design-for-alle) gøres til et bærende princip i Rådets arbejde. Tilgangen betyder, at alle bygninger, miljøer, teknologier, produkter mv. skal designes, så de fra starten kan bruges af alle.

DH finder, at der bør laves en vejledning for hvordan specialviden, tilgængelighed, rimelig tilpasning, transport mv. inddrages. Den kan støtte ansøgere, fagudvalg og Rådet i deres arbejde.

Metodevejledning

### 7.5 Patientperspektivet

Metodevejledningen angiver rammer for inddragelse af patientperspektivet. Det står umiddelbart fornuftigt.

Det er så op til fagudvalget at beskrive i evalueringsdesignet, hvilke aspekter af relevans for patienterne, ansøgeren skal belyse. Heri ligger en vigtig opgave.

DH ser gerne, at Rådet og sekretariatet løbende indsamler erfaringer med patientvinkler med henblik på kvalitetsudvikling af evalueringsdesignet.

Det skal understreges, at andre faktorer i evalueringsdesignet – herunder patientsikkerhed og effekt – naturligvis vis også er afgørende betydning for patienterne.

### 7.7.6 Perspektiv og omkostningsopgørelse

Det fremgår, at en ansøger skal lave en sundhedsøkonomisk analyse. Heri skal indgå omkostninger inden for alle berørte sektorer, heriblandt hospitaler, almen praksis, speciallægepraksis, apoteker, hjemmepleje, plejehjem og sundhedsplejersker, samt omkostninger til hjælpemidler. Ligeledes skal patientens og pårørendes behandlingsrelaterede omkostninger, i form af tidsforbrug, transportomkostninger og til receptpligtig medicin, inkluderes.

Der er medtaget udgifter til hjemmepleje og hjælpemidler. DH mener, at der er andre udgifter inden for socialområdet, der også med fordel kan indgå.

### 7.6 Organisatoriske implikationer, 8. Fagudvalgets evalueringsrapport og 9. Rådets anbefalinger

En række af bemærkningerne til proceshåndbogen er også relevante for metodevejledningen. Det gælder bemærkninger om stærkere fokus på lighed, herunder forskelle inden for patientgrupper, og vigtigheden af at tænke tilgængelighed med for handicap- og kronikergrupper, jf. afsnit 5.5 ovenfor.

Det gælder, når ansøger redegør for organisatoriske forhold, der har betydning for, at teknologien skal rulles ud. Og det gælder, når fagudvalget og Rådet skal komme med anbefalinger til implementeringen.

Med venlig hilsen

Thorkild Olesen, formand