

Baggrund for et nationalt videncenter for vurdering af sundhedsteknologi.

Læger og andre sundhedsprofessionelle har ved valget mellem forskellige behandlingstilbud et basalt behov for information om alternativerne. Der opstår et særligt behov for en systematisk viden, når der introduceres nye sundhedsteknologier, uanset om det er i form af nyt teknisk udstyr, nye metoder eller nye lægemidler.

I dag er indsatsen med at vurdere og informere om fordele og ulemper ved forskellige sundhedsteknologier/behandlingsmuligheder spredt mellem mange forskellige nationale og regionale offentlige såvel som (delvist) private institutioner. Helt centralt står de statslige enheder Sundhedsstyrelsen (særligt Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV)) og Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) under Lægemiddelstyrelsen, men også Kræftstyregruppen, der har helt særlige kompetencer på kræftområdet, og Lægemiddelstyrelsens afgørelser i medicintilskudssager, der har væsentlig betydning for anvendelsen af lægemidler i primærsektoren, skal nævnes. Uden for centraladministrationen står fx Institut for Sundhedsvæsen (DSI), sygehusenes og de regionale lægemiddelkonsulenters regionale anbefalinger samt de sundhedsfaglige/videnskabelige selskabers vejledninger.

En vis "variation" i udbuddet kan være formålstjenlig, da det giver mulighed for forskelligt målgruppefokus og detaljeringsgrad, men det er problematisk, når der på nationalt plan anvendes meget forskellige arbejdsmetoder/modeller for vurderingerne og forskellig grad af gennemsigtigheden i arbejdet. Her spænder spektret fra IRF's snævre fokusering på lægemiddelpriser og de umiddelbare, kortsigtede udgifter for det offentlige og patienterne ved produkterne til CEMTV's brede vurderinger, der både inddrager konsekvenserne for patienterne, sundhedsvæsenets organisation, teknologien samt såvel sundhedsvæsenets økonomi som samfundsøkonomien.

En isoleret "kasseøkonomisk" prioritering, der kun ser på de umiddelbare udgifter, vil blokere for en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Dette vil medføre langsom og mere eller mindre tilfældig introduktion og spredning af nye omkostningseffektive behandlingsformer, selv når de kan vise sig at være samfundsøkonomisk forsvarlige.

Indførelse af nye behandlingsformer tager tid og bør støttes med vejledninger af høj kvalitet, der såvel omfatter sundhedsvæsenet bredt, som læger og patienter samt pårørende. Det er vigtigt, at de vejledninger og anbefalinger, der udarbejdes af de kompetente institutioner, finder anvendelse i sundhedspersonalets kliniske bedømmelser i hverdagen. Når en vejledning eller anbefaling er udgivet, må den derfor hurtigst muligt tilpasses eventuel-

le lokale forhold og herefter implementeres for at fremme ens adgang til veldokumenteret behandling for patienter over hele landet.

Vejledningerne må naturligvis ikke tilsidesætte sundhedspersonalets individuelle ansvar, når de i samråd med patienten træffer beslutninger om sundhedsindsatsen i forhold til den enkelte patient.

Der bør drages omsorg for, at officielle råd vedrørende potentielle behandlinger og den bedste kliniske praksis når ud til patienterne ved målrettet information til patienter og pårørende.

Der synes naturligt, at der som led i arbejdet med at kvalitetssikre sundhedsvæsenets indsats indbygges en forpligtelse til at sørge for finansiering og andre ressourcer til de behandlinger, som er anerkendt på et evidensbaseret grundlag. Dette princip kendes fra England, hvor National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) opererer med en implementeringsfase på 3 måneder fra datoen for udgivelsen af en vejledning til at sørge for finansiering og ressourcer.