



Klagenemnda for behandling i utlandet

Årsrapport
2010

Innhold

Forord	3
Nemndas oppgaver og sammensetning	4
Sekretariatet	4
Intern virksomhet i nemnda og i sekretariatet	5
Helse, miljø- og sikkerhet og annen personalpolitikk	5
Økonomi	5
Mål og hovedprioriteringer for nemndas arbeid i 2010	6
God saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak	6
Raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder	6
Like saker skal behandles likt	6
God og lett tilgjengelig informasjon om virksomheten til pasienter, helsetjenesten og myndighetene	6
Domstolsbehandling	6
Sivilombudsmannens uttalelser	7
Saksutvikling 2010	7
Innkomne saker	7
Behandlede saker	8
Restanser	8
Nærmere om sakene nemnda behandler	8
Regelverket	8
Omgjøringsprosent	8
Behandlede klagesaker etter diagnosegruppe	9
Behandlede klagesaker etter kjønn	10
Behandlede klagesaker etter helseregion	10
Sammendrag av et utvalg av vedtak	11

Forord

I årsrapporten til Klagenemnda for behandling i utlandet presenterer vi nemnda og nemndas virksomhet. Vi presenterer utviklingstrekk for 2010, og refererer sammendrag fra enkeltsaker som er prinsipielle eller som utdyper typiske problemstillinger.

Nemnda har fattet 47 vedtak i 2010. Dette innebærer en økning i antall behandlede saker på 21 prosent fra 2009 til 2010, og en økning på 32 prosent fra 2008 til 2010. Man må tilbake til 2005 for å finne et høyere antall behandlede saker.

Nemnda har også i år nådd et viktig mål om en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har i 2010 vært 2,5 måneder.

I 2010 har 11 prosent av vedtakene fra førsteinstansen blitt omgjort helt eller delvis av nemnda. Dette er en god del høyere enn det som har vært vanlig i nemndas tidligere praksis.

Oslo, februar 2011



Arnfinn Agnalt
nemndas leder



Eva Elander Solli
direktør

Nemndas oppgaver og sammensetning

Nemnda er et fritt og uavhengig domstollignende forvaltningsorgan. Nemnda har en uavhengig stilling og selvstendig avgjørelsesmyndighet.

Nemnda behandler klager på vedtak om dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet. Kontorene for behandling i utlandet i de enkelte helseregioner fatter vedtak i første instans. Klagesakene blir endelig avgjort av nemnda. Nemndas vedtak kan imidlertid bringes inn for Sivilombudsmannen, eller de kan bringes inn for retten.

Medlemmene blir oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, og har en funksjonstid på to år. Nemndas medlemmer kan gjenoppnevnes. Nemnda består av fem medlemmer med personlige vararepresentanter. Nemnda har en tverrfaglig sammensetning. Lederen og vararepresentanten har juridisk embetseksamen.

Nemnda fatter sine vedtak i møte, og treffer avgjørelser med alminnelig flertall. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende. Forvaltningslovens regler gjelder for nemndas virksomhet. Vedtakene skal begrunnes. Det skal komme fram om vedtakene er enstemmige eller ikke, og eventuelle mindretall skal begrunne sine standpunkter.

Sekretariatet forbereder sakene for nemnda, og sender over saksdokumentene til nemndas medlemmer i forkant av hvert møte. Nemnda behandler sakene på grunnlag av den skriftlige fremstillingen som er gitt, og sakens øvrige opplysninger.

Oppnevningsperioden for nemndas medlemmer utløp 1. oktober 2010. Med unntak av tingrettsdommer Wenche Elisabeth Arntzen, som ikke ønsket å fortsette på grunn av andre verv, ble nemndas medlemmer oppnevnt for en ny toårsperiode.

Nemnda har fra 1. oktober 2010 vært slik sammensatt:

Leder: sorenskriver Arnfinn Agnalt, Fredrikstad
Varamedlem: tingrettsdommer Elisabeth Wittemann, Oslo

Overlege Anne-Birgitte Jacobsen, Oslo
Varamedlem: professor og overlege Jürgen Geisler, Asker

Overlege Anne Larsen, Oslo
Varamedlem: seksjonsoverlege Cecilie Risøe, Oslo

Overlege Gunn Hulleberg, Trondheim
Varamedlem: overlege Daniel Bastian, Oslo

Lekmedlem Knut Midthaug, Aust-Torpa
Varamedlem: John Berg-Jensen, Borkenes

Sekretariatet

Nemndas sekretariat har i 2010 bestått av:

direktør Eva Elander Solli
rådgiver Hege Ingeborg Riksen

Sekretariatets ansatte er jurister. Sekretariatet utreder sakene for nemnda. Sekretariatet har også ansvar for å utrede og behandle de fleste administrative sakene som nemnda mottar. Sekretariatet er også sekretariat for Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda).

Sekretariatet leier lokaler av Trygderetten i Oslo, som sekretariatet også deler enkelte administrative funksjoner med. Sekretariatet har også kontorfellesskap med Statens helsepersonellnemnd.

Intern virksomhet i nemnda og i sekretariatet

Virksomheten har i 2010 etablert en ny ordning for regnskapsføring og kontohold. Tidligere har virksomheten hatt felles regnskapsføring med Trygderetten. Etablering av ordningen har medført et betydelig merarbeid.

Det legges stor vekt på kompetanseutvikling i sekretariatet, og de ansatte har deltatt på flere kurs og seminarer i 2010.

Sekretariatet har vært med i et kontaktforum med sekretariatene for noen av de andre uavhengige nemndene under Helse- og omsorgsdepartementet. Det har vært regelmessige kontaktmøter der saker av felles interesse har blitt drøftet.

Helse, miljø- og sikkerhet og annen personalpolitikk

Arbeidsmiljøet i sekretariatet er lite, men det er et godt faglig og sosialt kontorfellesskap med sekretariatet for Statens helsepersonellnemnd og Trygderetten. Det er mulighet til å delta i sosiale aktiviteter arrangert av Trygderetten.

Virksomheten er en IA-virksomhet, det vil si at virksomheten har inngått en intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv. Avtalen skal bidra til å «forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet». Det er ergonomisk kartlegging og tilrettelegging etter behov. Lokale er tilrettelagt for funksjonshemmede.

De ansatte kan bruke et trimrom to ganger i uken i arbeidstiden. To ganger i uken er det instruktør til stede. Det har vært anledning til å delta på kurs i førstehjelp og stressmestring arrangert av Trygderetten. De ansatte oppfordres til faglig påfyll i form av kurs og seminar. Det har vært avholdt medarbeidersamtaler i 2010.

Det er ingen ansatte med innvandrerbakgrunn i nemndas sekretariat. Det er imidlertid et personalpolitisk mål å rekruttere personer med innvandrerbakgrunn og å legge til rette for personer med redusert funksjonsevne.

Virksomheten skal ha en miljøvennlig profil. Nemnda forsøker å redusere sin bruk av papir, og det benyttes i størst mulig grad miljøvennlige produkter.

Økonomi

Klagenemnda for behandling i utlandet og PGD-nemnda er organisert som én administrativ virksomhet. Virksomheten har hatt et driftsbudsjett på i underkant av 3,7 millioner kroner i 2010. Virksomheten har per 31. desember 2010 brukt i underkant av 2,5 millioner kroner. Dette innebærer et mindreforbruk i 2010 på cirka 1,2 millioner kroner.

Mindreforbruket skyldes for det første at utgiftene til de tjenester Senter for statlig økonomistyring (SSØ) skal utføre for virksomheten, ikke framgår av kontantregnskapet. En årsak til mindreforbruket er videre at det har medgått mindre enn budsjettert til godtgjøring til nemndenes medlemmer. Dette skyldes at det i budsjettet er tatt hensyn til en viss usikkerhet i forhold til antall saker til behandling, samt usikkerhet i forhold til behov for sakkyndig. Det er viktig for nemndene å ha økonomisk evne til både å møte endringer i saksmengden, og å ha økonomisk mulighet til å benytte sakkyndig ved behov. Nemndene har også hatt lavere utgifter til reise enn budsjettert. Dette vil variere etter hvor medlemmene er bosatt. Mindreforbruket skyldes endelig at planlagte nemndseminarer ble utsatt til 2011.

Mål og hovedprioriteringer for nemndas arbeid i 2010

I Prop. 1 S (2009–2010) er målene beskrevet slik:

- god saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak
- raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder
- like saker skal behandles likt
- virksomheten skal gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene

Tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet og nemndas interne virksomhetsplan konkretiserer målsetningen ytterligere.

Årsrapporten gir en oversikt over måloppnåelsen.

God saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak

Nemnda har også i 2010 prioritert dette målet. Begrunnede og forståelige vedtak er først og fremst viktig for partene, men også for førsteinstansen. Begrunnede og forståelige vedtak har også stor betydning for å sikre at like saker behandles likt. Et godt begrunnet vedtak styrker nemndas troverdighet og gir tillit til at nemnda fatter riktige avgjørelser. Nemnda arbeider kontinuerlig med å bedre kvaliteten på vedtakene, uten at det skal gå på bekostning av framdriften i arbeidet med å avgjøre sakene.

Nemnda har i 2010 behandlet flere arbeidskrevende og medisinsk kompliserte klagesaker. Dette har i enkelte saker ført til at det har vært behov for å innhente sakkyndige vurderinger. Alle saker skal være godt opplyste før nemnda fatter vedtak. En vurdering fra sakkyndig kan bidra til riktige avgjørelser, ha betydning for tilliten til at nemnda fatter riktige vedtak samt bidra til at vedtakene blir godt begrunnede og forståelige.

Sekretariatet skal ha god og oppdatert tilgang til relevante rettskilder og medisinsk faglitteratur.

Raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder

Det har i 2010 vært en økning i antall behandlede saker. Nemnda har innhentet flere sakkyndige uttalelser, og har bedt førsteinstansen om å utrede noen saker ytterligere. Nemnda har uansett også i 2010 nådd det viktige målet om en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har i 2010 vært 2,5 måneder.

Det er for øvrig gode rutiner for sekretariatets saksbehandling. Innkomne saker skal registreres samme dag som de kommer inn. Nemndas avgjørelser sendes klagerne snarest mulig etter nemndemøtet, det vil si cirka en uke etter møtet. Sekretariatet forbereder sakene for behandling i nemnda etter hvert som de kommer inn.

Like saker skal behandles likt

Sekretariatet har godt utviklede rutiner for å sikre at alle relevante tidligere vedtak er kjent for nemnda før den fatter vedtak i saken.

God og lett tilgjengelig informasjon om virksomheten til pasienter, helsetjenesten og myndighetene

Det gis kortfattet og oversiktlig informasjon om nemndas saksbehandling på hjemmesiden. Alle årsrapportene samt relevant regelverk er også tilgjengelige der. Nemndas hjemmeside oppdateres etter hvert møte. Et utvalg av nemndas avgjørelser er publisert i anonymisert form både på hjemmesiden og på Lovdata. Det er opprettet en søkefunksjon på hjemmesiden som skal gjøre det enkelt å finne fram til nemndas vedtak.

Domstolsbehandling

Ingen av vedtakene fra Klagenemnda for behandling i utlandet er i 2010 blitt brakt inn til rettslig overprøving.

Sivilombudsmannens uttalelser

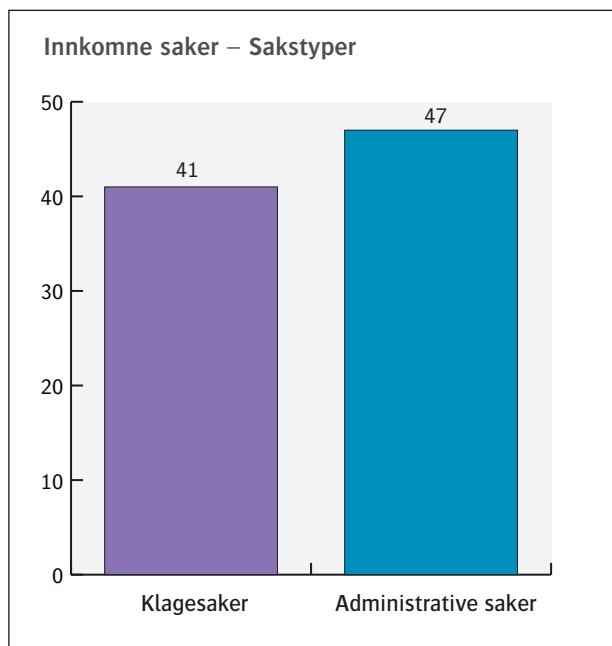
I 2010 er tre av nemndas vedtak brakt inn til Sivilombudsmannen. Det foreligger svar i en av sakene. Sivilombudsmannen konkluderte her med at det ikke var holdpunkter for at ytterligere undersøkelser ville kunne føre til avgjørende rettslige innvendinger fra ombudsmannens side mot nemndas vedtak. Sivilombudsmannen uttalte at nemnda etter det ombudsmannen kunne se hadde tatt et riktig rettslig utgangspunkt for vurderingen ved sin tolkning av pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3.

Saksutvikling 2010

Under dette punktet er det trukket opp noen linjer på bakgrunn av de sakene nemnda har mottatt og behandlet i 2010.

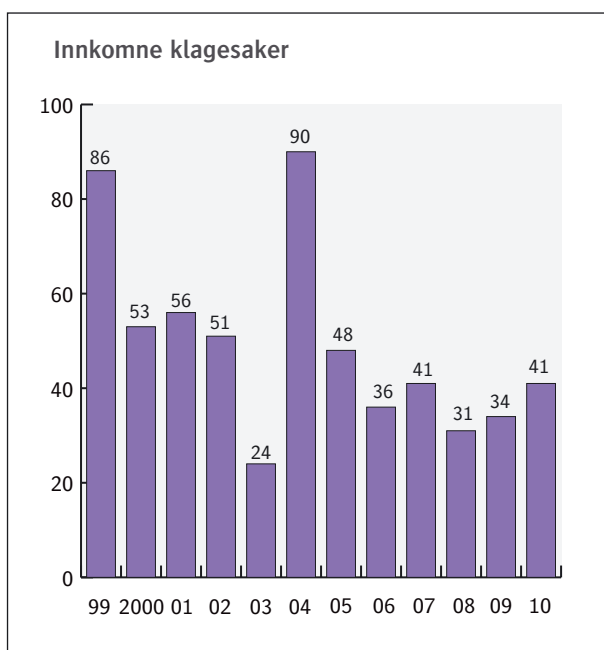
Innkomne saker

I 2010 mottok nemnda 88 saker. Av disse var det 41 klagesaker. Nemnda mottok i tillegg 5 begjæringer om omgjøring av nemndas tidligere vedtak. De resterende 47 sakene var av administrativ karakter, for eksempel saker knyttet til drift av nemnda og høringsuttalelser.



Saksinngangen varierer noe fra år til år. I 2010 er det en økning i antall innkomne klagesaker sammenlignet med 2008 og 2009, men samme antall saker som i 2007.

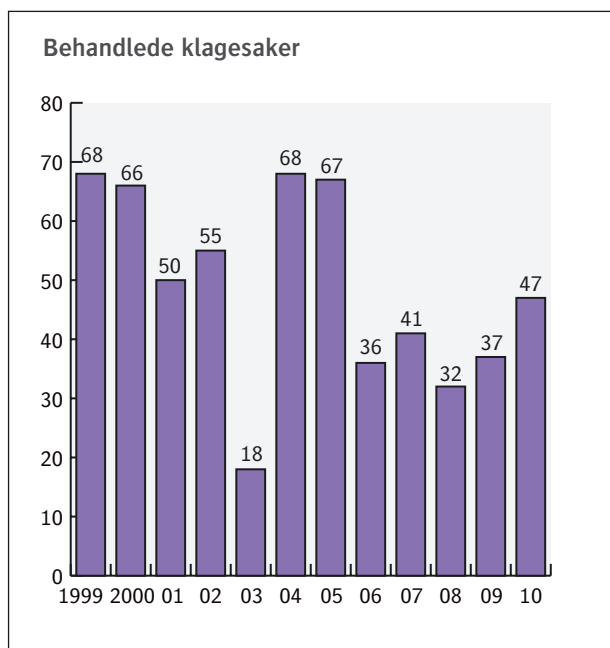
Dersom man ser nemndas virksomhet under ett, har det imidlertid vært en nedgang i innkomne saker fra Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet ble opprettet i 1999. En mulig årsak til nedgangen kan være at nemnda etter hvert har etablert en bred praksis, særlig når det gjelder enkelte diagnoser. Da like saker behandles likt, kan noen avstå fra å klage på vedtak i saker der det foreligger tidligere nemndpraksis i likeartede saker.



Behandlede saker

Det har i 2010 vært avholdt 10 nemndmøter. Åtte av møtene har vært ordinære møter. På grunn av klagerens helsetilstand var det i to saker i 2010 nødvendig med en rask avgjørelse. To møter er derfor avholdt med hjemmel i prioriteringsforskriften § 11 tredje ledd om at nemnda kan treffe avgjørelser ved skriftlig saksbehandling uten at nemnda møtes.

Nemnda har fattet 47 vedtak i 2010. Fem av vedtakene gjaldt begjæringer om omgjøring av tidligere vedtak. I 2009 fattet nemnda 37 vedtak og i 2008 32 vedtak. Dette innebærer en økning i antall behandlede saker på 21 prosent fra 2009 til 2010, og en økning på 32 prosent fra 2008 til 2010. Antall behandlede saker har således økt sammenlignet med tidligere år, og man må tilbake til 2005 for å finne et høyere antall behandlede saker.



Restanser

Klagenemnda hadde ved årsskiftet 4 ubehandlede saker. 1 sak var utsatt for innhenting av sakkyndig vurdering. De resterende 3 sakene hadde kommet inn i løpet av de siste to månedene. Tilsvarende tall for 2009 var 5 saker. Til tross for en økning i saksinngangen, har nemnda ikke hatt en tilsvarende økning i antall restanser.

Nærmere om sakene nemnda behandler

Regelverket

For å ha rett til dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet, er det et vilkår at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd og prioriteringsforskriften § 2. Videre er det et vilkår at helsehjelpen ikke kan ytes i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd. I prioriteringsforskriften § 3 første ledd presiseres dette. Det framgår her at det er et vilkår at pasienten ikke kan få helsehjelp i Norge fordi behandling ikke kan utføres forsvarlig etter akseptert metode.

Helsehjelpen i utlandet må videre utføres forsvarlig av tjenesteyter i utlandet etter akseptert metode, jf. prioriteringsforskriften § 3 første ledd annet punktum. Det framgår endelig av prioriteringsforskriften § 3 annet ledd at enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilstander i spesielle tilfeller kan få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet selv om vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 første ledd nr. 2 og § 2 tredje ledd ikke er oppfylt.

Omgjøringsprosent

Av nemndas totalt 47 behandlede klagesaker, ble 42 vedtak stadfestet og 5 vedtak ble omgjort helt eller delvis. Dette gir en omgjøringsprosent i 2010 på 11 prosent. Dette er en god del høyere enn hva som har vært vanlig i nemndas tidligere praksis.

Et av vedtakene som ble omgjort gjaldt utredning for malign hypertermi. Malign hypertermi er en akutt, livstruende komplikasjon som kan oppstå etter noen typer anesthesi hos disponerte personer. Det var klart at det ikke var kompetanse til utredning av malign hypertermi i Norge. Tvistepunktet var om det fantes andre og like trygge alternativer for klageren. Nemnda kom til at utredningen for malign hypertermi ville ha konsekvenser for senere behandling av klageren, og at en slik utredning var nødvendig for å kunne gi klageren forsvarlig helsehjelp (sak 09/73).

Et annet vedtak som ble omgjort gjaldt diagnostikk av en sjelden form for keratokonjunktivitt (øyesykdom). Det fantes etter nemndas syn ikke kompetanse til forsvarlig diagnostikk av klageren i Norge (sak 10/9).

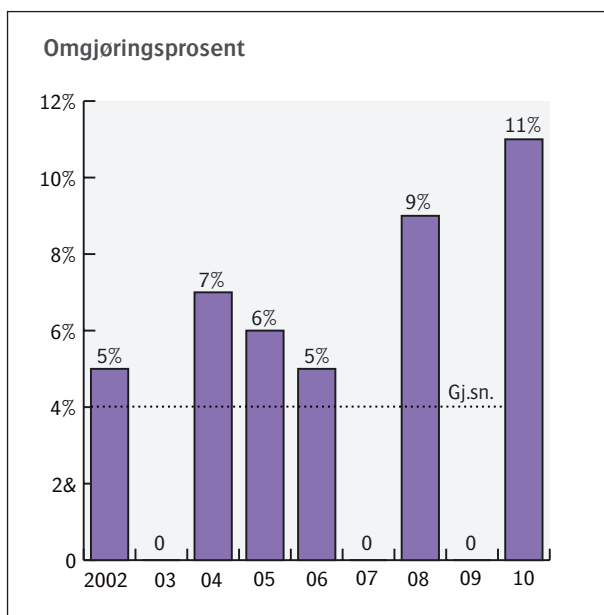
De øvrige sakene gjaldt anledning til omgjøring av tidligere vedtak etter forvaltningsloven § 35 (sak 10/78), om et tilbud i utlandet kunne sies å være "helsehjelp" (sak 10/65) og en spesiell form for utredning av en pasient med Retts syndrom (sak 10/58).

I tillegg til de sakene som har blitt omgjort av nemnda, har en klage blitt trukket etter at førsteinstansen hadde sendt saken til nemnda for endelig avgjørelse. Årsaken til at klageren senere trakk klagen, var at førsteinstansen etter at saken var oversendt til nemnda innvilget søknaden om dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet. Bakgrunnen for dette var blant annet en sakkyndig vurdering innhentet av nemnda i denne saken, samt på bakgrunn av en annen sak omgjort av nemnda i 2010 (sak 10/9).

Det gis et mer utførlig sammendrag av vedtakene på s. 11.

Ingen av førsteinstansens vedtak ble omgjort i 2009. I 2008 ble 3 av førsteinstansens vedtak omgjort. Dette innebar en omgjøringsprosent på 9 prosent. To av sakene som ble omgjort i 2008 var imidlertid helt like. Førsteinstansens vedtak ble ikke omgjort i noen av sakene i 2007, de ble omgjort i 5 prosent av sakene i 2006, i 6 prosent i 2005, i 7 prosent i 2004, i 2003 ble ingen vedtak omgjort, og i 2002 ble 5 prosent av vedtakene omgjort. Dette innebærer en gjennomsnittlig omgjøringsprosent fra 2002 til 2009 på 4 prosent. Omgjøringsprosenten på 11 prosent i 2010 bryter derfor noe med resultatene fra tidligere år.

Det kan for øvrig nevnes at i gjennomsnitt blir om lag 70 prosent av søknadene om dekning av utgifter til behandling i utlandet innvilget av førsteinstansen.



Behandlede klagesaker etter diagnosegruppe

Nemnda har i 2010 behandlet 11 saker i gruppen «svulster» (2 gjaldt eggstokkreft, 2 ondartet svulst med spredning, 2 prostatakreft, 1 hudkreft, 1 kreft med ukjent utgangspunkt, 1 skjoldbruskkjertelkreft, 1 nyrekreft og 1 tykktarmskreft). Denne gruppen var størst i 2010.

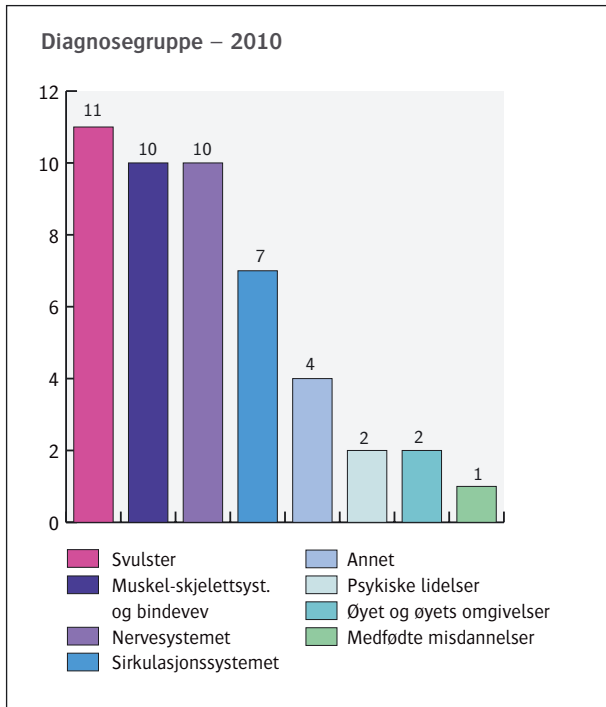
Videre har nemnda behandlet 10 saker i gruppen «muskel- skjelettsystemet og bindevev» (5 gjaldt kjeveleddsdisfunksjon, og 3 av de 5 gjaldt begjæringer om omgjøring av nemndas tidligere vedtak, 1 halebeinssmerter, 3 ryggplager og 1 nakkeskade). Sistnevnte var også en begjæring om omgjøring av nemndas tidligere vedtak. Totalt var 4 av de 10 sakene i denne gruppen begjæringer om omgjøring av nemndas tidligere vedtak.

Av andre saker nemnda har behandlet i 2010, gjaldt 10 nervesystemet (2 gjaldt ME, 2 hodepine og nakkeplager, 1 klasehodepine, 1 sjelden sykdom, 1 multipel sklerose, 1 perifer nerveskade, 1 tarlovs cyste og 1 trigeminusnevralgi). 7 gjaldt sirkulasjonssystemet (4 gjaldt atrieflimmer, 1 atrieflutter, 1 hjertelidelse og 1 ventrikulære ekstraslag). 1 gjaldt medfødt misdannelse (Retts syndrom), 2 psykiske lidelser (1 psykisk traumetilstand og 1 tvangstanker/tvangshandlinger), og 2 øyet og øyets omgivelser (keratokonjunktivitt, skleritt). Nemnda har behandlet 4 saker i diagnosegruppen «annet» i 2010 (transvestittisme, hjer-

neinfarkt, følgetilstand etter alvorlig hodeskade og malign hypertermi). En av de 4 sakene gjaldt begjæring om omgjøring av nemndas tidligere vedtak.

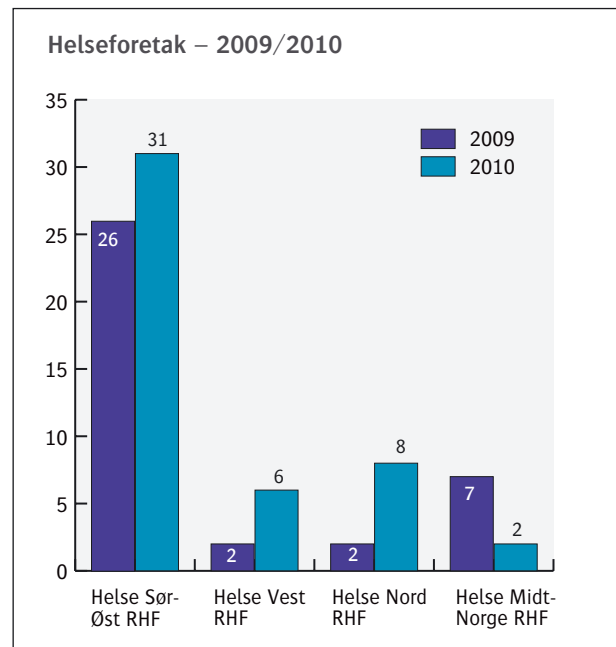
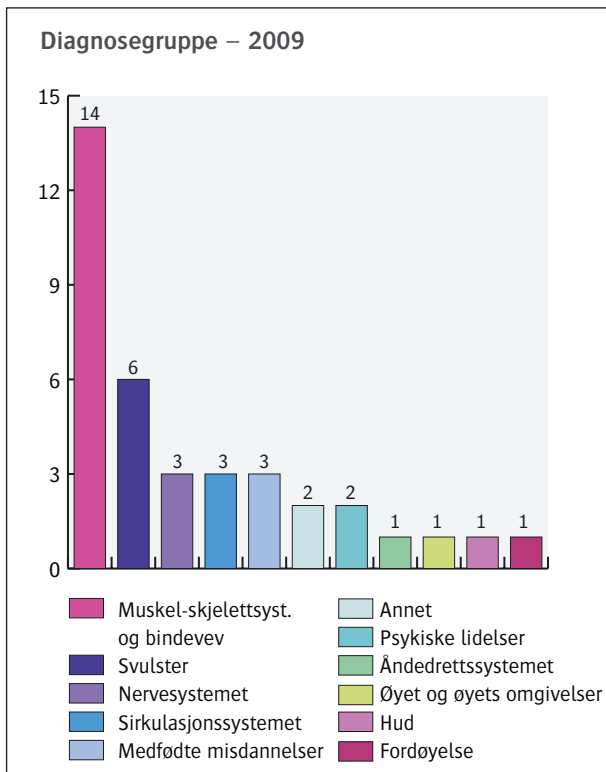
Behandlede klagesaker etter kjønn

Det var kvinnelig klager i 27 saker og mannlig klager i 20 saker.



Behandlede klagesaker etter helseregion

Nemnda har behandlet 31 saker fra Helse Sør-Øst, 8 fra Helse Nord, 6 fra Helse Vest og 2 fra Helse Midt-Norge.



Sammendrag av et utvalg av vedtak

Et bredt utvalg av nemndas vedtak finnes på nemndas hjemmeside og på Lovdata.

Sammendragene nedenfor er en del av nemndas vedtak i 2010. Utvalget er i hovedsak basert på at vedtakene utdyper typiske problemstillinger for nemnda eller fordi de er prinsipielle.

Klagesak 09/73. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Begjæring om omgjøring. Forvaltningsloven § 35. Malign hypertermi. Saken gjaldt komplikasjoner i forbindelse med anestesi under en fødsel. Det ble da tatt mistanke om at kvinnen hadde malign hypertermi. Malign hypertermi er en akutt, livstruende komplikasjon som kan opptre under og i løpet av de første 24 timene etter noen typer anestesi hos disponerte personer. Det fantes ikke tilbud om utredning for malign hypertermi i Norge. Det var ikke omtvistet i saken at det manglet kompetanse til en slik utredning. Spørsmålet var om det uansett fantes forsvarlig helsehjelp for klageren i Norge. I det første vedtaket kom nemnda til at det ikke ville være behov for en utredning av klageren. Nemnda la til grunn at ut fra klagerens sykehistorie og faren for falske negative tester, ville den praktiske konsekvens uansett utfallet av utredningen være at man tok spesielle hensyn under gjennomføringen av en mulig framtidig narkose. Klageren ville av den grunn få forsvarlig helsehjelp i Norge tilpasset diagnosen malign hypertermi. Nemnda kom etter en ny vurdering av saken til at vilkårene for rett til dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet var oppfylt. Det fantes ikke forsvarlig helsehjelp for klageren i Norge. På bakgrunn av nye opplysninger i saken, mente nemnda at utredningen for malign hypertermi ville ha konsekvenser for behandlingen av klageren. En slik utredning var nødvendig for å kunne tilby klageren forsvarlig helsehjelp. Resultatet ved utredningen kunne legges til grunn ved den senere behandling av klageren. Etter en negativ test ville klageren kunne behandles med vanlige anestesimidler. Når en person etter avkrefteende utredning for malign hypertermi kunne behandles med vanlige anestesimidler, ville det kunne oppstå situasjoner hvor det ville være viktig å vite om klageren hadde malign hypertermi for å kunne tilby forsvarlig helsehjelp. Å benytte anestesimidler som ikke utløste malign hypertermi, ville etter nemndas syn av den grunn ikke alltid være et forsvarlig alternativ. Det var særlig i de akutte tilfellene at resultatet av utredningen ville tillegges

vekt ved valg av behandlingsmetode. De internasjonale anbefalinger var også entydige på at man skulle teste risikopersoner og slektninger. Samtlige vesteuropeiske land med unntak av Norge og Finland hadde et tilbud om utredning av pasienter med malign hypertermi. Nemnda omgjorde vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/09. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Sjelden øyesykdom. Saken gjaldt et barn med en sjelden øyesykdom. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til diagnostikk i utlandet var oppfylt. Nemnda kom til at det ikke fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk av klagerens sjeldne øyesykdom i Norge. Nemnda viste til at klageren hadde blitt fulgt opp i flere år av spesialister i Norge, men diagnosen var usikker. Nemnda la vekt på at klagerens tilstand var så spesiell og sjelden, at diagnostikk i dette tilfellet var svært komplisert. Nemnda mente derfor at det i dette spesielle tilfellet ikke fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk. Det var fare for at klageren kunne få sterkt redusert syn om korrekt diagnostikk ikke ble utført, og riktig behandling ikke ble iverksatt. Nemnda viste til at nemndas sakkyndige hadde uttalt at sykehuset i utlandet hadde utviklet meget god kompetanse når det gjaldt helsehjelp for klagerens sjeldne øyetilstand. Dette ville føre til at diagnostikk av klagerens tilstand kunne utføres sikrere og raskere, og gi klageren et vesentlig bedre tilbud enn i Norge. Nemnda la vekt på at klagerens øyetilstand var sterkt belastende, og at konsekvensene av at korrekt diagnostikk ikke ble gitt kunne bli alvorlige ved at klageren kunne miste synet. Klageren hadde rett til nødvendig helsehjelp. Diagnosen ville ha betydning for valg av behandlingsmetode. Vilårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet var imidlertid ikke oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig behandling. Nemnda viste til at den behandlingen som sykehuset i utlandet kunne tilby, var nærmest identisk med den behandling som ble foreskrevet i Norge i slike tilfeller. Nemnda omgjorde delvis vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/33. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Basalcellekarsinom (den vanligste typen ondartet hudkreft). Saken gjaldt en kvinne som ønsket behandling i utlandet for basalcellekarsinom i ansiktet. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig helsehjelp for denne klageren i Norge. Nemnda viste til at de vanligste behandlingsformene for basalcellekarsinom var kirurgi, lysterapi, frysning, skrapning, kjemiske behandlinger og strålebe-

handling. Strålebehandling var spesielt egnet for basalelcellekarsinom i og rundt ørene, i det sentrale ansiktstriangelet og ved større, vanskelig operable lokalisasjoner. I Norge var det etablerte behandlingstilbud for pasienter med basalelcellekarsinom, i de fleste tilfeller ved plastikkirurgiske avdelinger. Klageren kunne etter nemndas syn få et adekvat tilbud både ved onkologiske og plastikkirurgiske avdelinger ved Oslo universitetssykehus. Dette gjaldt også for svulster midt i ansiktet, som denne saken dreide seg om, både når det gjaldt det spesielle vekstmønsteret i dette området, og det kosmetiske resultatet. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/42. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Tykktarmskreft med spredning til lever. Saken gjaldt en kvinne med tykktarmskreft. Behandlende leger i Norge hadde kommet til at hun ikke kunne tilbys en ny operasjon her. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til helsehjelp for denne klageren i Norge. Nemnda viste til at tykktarms- og endetarmskreft ble vurdert og behandlet ved alle regionsykehusene i Norge. Kreft i tykktarm/endetarm var den nest hyppigste kreftdiagnose i Norge. Det framgikk av en artikkel om Tykktarms- og endetarmskreft i Norge – epidemiologi i Tidsskrift for Den norske legeforening (*nr. 20, 2007; 127: 2682-7*) at det i Norge var høy femårs overlevelse sammenlignet med andre europeiske land. Etter nemndas syn hadde det norske fagmiljøet god kompetanse innen denne kreftsykdommen. Metoder for diagnostikk og behandling av tykktarmskreft i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Dette gjaldt også for reseksjon av levermetastaser, som denne saken gjaldt. Nemnda stadfestet vedtaket fra Helse Nord.

Klagesak 10/54. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. EØS-avtalen artikkel 36 og EU-domstolens og EFTA-domstolens praksis. Ryggsmertesmerter. Saken gjaldt diagnostikk og behandling av en mann med spinalstenose. Han hadde blitt vurdert for ryggsmertesmerter gjentatte ganger av flere leger både i Norge og i utlandet. Klageren hadde selv betalt for en avstivningsoperasjon i utlandet, og krevde i ettertid utgiftene til operasjonen dekket. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk og behandling etter aksepterte metoder for klagerens ryggsmertesmerter i Norge. Nemnda bemerket først at pasienten hadde rett til den helsehjelpen som utgjorde

«nødvendig helsehjelp» etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2. Nemnda viste til at det framgikk av prioriteringsforskriften § 2 annet ledd nr 2 at det var et vilkår for rett til nødvendig helsehjelp at spesialisthelsetjenesten etter en konkret vurdering kom til at behandlingen ville gi forventet nytte for denne pasienten. Dersom pasienten ikke ville ha forventet nytte av behandlingen, var det ikke rett til slik helsehjelp, verken i Norge eller i utlandet.

Valg av behandlingstilbud måtte avgjøres av den aktuelle spesialisten i samråd med pasienten. Når klageren ikke fikk tilbud om avstivningsoperasjon i Norge, skyldtes det at de involverte spesialistene i Norge på det aktuelle tidspunktet ikke fant tilstrekkelig grunnlag for et slikt inngrep hos klageren. At en lege i utlandet fant grunnlag for en mer omfattende operasjon enn hva spesialistene i Norge inntil da hadde anbefalt, betydde ikke at vilkårene for dekning av utgifter var oppfylt, verken etter intern norsk rett eller etter EØS-retten. Nemnda bemerket at det var fullt forsvarlig ikke å tilby en avstivningsoperasjon på bakgrunn av de undersøkelser som var foretatt av klageren på det aktuelle tidspunkt. Nemnda var ikke enig med klageren i at avslag på dekning av hans utgifter til behandling i utlandet ville være i strid med EØS-retten.

Nemnda viste til at Norge som utgangspunkt hadde frihet til å fastsette vilkår for hvilke typer behandling som tilbys i Norge. EØS-retten krevde ikke at Norge måtte utvide tilbudet av helsetjenester som ble betalt av staten. Nemnda viste blant annet til EFTA-domstolens rådgivende uttalelse i forente saker E-11/07 og E-1/08 *Rindal og Slinning*, avsnittene 60, 82 og 105. EØS-retten satte bare grenser for statenes regulering dersom reguleringen innebar en restriksjon i fri bevegelighet av tjenester (at reguleringen formelt eller reelt ville medføre at det var vanskeligere å motta helsetjenester i utlandet enn i Norge) som ikke kunne begrunnes som egnet og nødvendig for å nå helsepolitiske målsetninger. En regel, som i Norge, om at pasienter bare kunne kreve dekket behandlingsutgifter i utlandet dersom pasienten hadde rett til den aktuelle behandlingen i Norge, men slik behandling *ikke var gitt innen en medisinsk forsvarlig frist*, oppfylte disse EØS-baserte kravene.

Etter nemndas vurdering måtte det legges til grunn at de norske spesialistene vurderte det slik at klageren ikke hadde rett til den mer omfattende avstivningsoperasjonen i Norge da en slik operasjon på tidspunktet for de aktuelle undersøkelsene ikke ble ansett å gi tilstrekkelig dokumentert nytte. Det forelå da ikke rett til denne helsehjelpen i Norge, og heller ikke rett til dekning av tilsvarende helsehjelp i utlandet.

jf. pasientrettighetsloven § 2-1. Dette var forenlig med EØS-retten. Kompetansen i Norge var i samsvar med internasjonal praksis og legevitenenskap. EØS-retten ga da ikke krav på dekning av behandlingsutgiftene. At en lege i et annet EØS-land kom til en annen konklusjon når det gjaldt hvilken behandling som ble anbefalt en pasient, endret ikke nemndas vurdering. Nemnda bemerket for ordens skyld at det ville foreligge et «adekvat tilbud» i Norge, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, også om det skulle være usikkerhet eller uenighet blant eksperter om hvilken metode som var å anbefale. Det var etter nemndas vurdering uansett ikke fastslått i internasjonal legevitenenskap at behandlingen i Tyskland for klageren faktisk ville være mer virkningsfull enn behandlingstilbudet i Norge, jf. *Rindal og Slinning* avsnitt 84. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/58. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Retts syndrom. Saken gjaldt helsehjelp for en jente med Retts syndrom. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til en form for utredning av denne pasienten med Retts syndrom, utredning av det autonome nervesystemet, var oppfylt. Når det gjaldt denne utredningen mente nemnda i tråd med de sakkyndige vurderingene at det ikke fantes kompetanse som kunne tilby forsvarlig utredning og diagnostikk i Norge. Utredningen var videre nødvendig for behandlingen av klageren. Ved utredning av det autonome nervesystemet ville respirasjonsforstyrrelser bli identifisert, slik at rett behandling av klageren kunne gis. Ikke-epileptiske anfall ville bli registrert, slik at man kunne unngå unødvendig epilepsimedisinering og gi en mer målrettet epilepsibehandling. Dette var særlig viktig i tilfeller som dette hvor pasienten hadde uklare anfall, og man var usikker på om anfallet skyldtes epilepsi eller om de skyldtes en dysfunksjon i det autonome nervesystemet. I dette tilfellet ville derfor en utredning av det autonome nervesystemet ha betydning for valg mellom ulike behandlingsalternativer. Klageren hadde rett til nødvendig helsehjelp. Vilkaene for dekning av utgifter til annen helsehjelp i utlandet var ikke oppfylt. Nemnda viste til at det fantes kompetanse til å gi klageren forsvarlig helsehjelp for Retts syndrom i Norge, herunder kompetanse til tverrfaglig utredning. Når det gjaldt den tverrfaglige utredningen viste nemnda til at pasienter med Retts syndrom i Norge i første rekke ble ivaretatt av habiliteringsenhetene i hvert enkelt fylke, og noen ganger av de regionale barneavdelinger/barnevrologiske avdelinger. Nemnda var enig med den sakkyndige i at fagpersoner her var like kompetente som fag-

personene ved den aktuelle institusjonen i utlandet når det gjaldt å diagnostisere og planlegge tiltak og behandling for klageren. Det var ikke grunnlag for en konklusjon i retning av at den tverrfaglige utredningen i utlandet faktisk ville være mer virkningsfull enn tverrfaglig utredning i Norge for denne pasienten. Nemnda omgjorde delvis vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/65. Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Sjelden sykdom. Saken gjaldt et barn med en sjelden sykdom. Søknaden gjaldt dekning av utgifter til deltakelse på en samling der det blant annet ble gitt råd om behandling av sykdommen. Vilkaene for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet var oppfylt. Nemnda kom for det første til at tilbudet i utlandet kunne anses som helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, jf. prioriteringsforskriften § 3, jf. § 2. Nemnda bemerket at hva som var helsehjelp i lovens forstand måtte vurderes konkret etter en helhetsvurdering. Nemnda viste til at det framgikk av Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) punkt 3.3.3 at begrepet var gitt et vidt innhold. For at noe skulle være helsehjelp måtte rådgivningen være individuelt tilpasset, av kvalifisert handlingsrettet karakter og basert på informasjon som personen som henvendte seg (pasienten) ga fra seg. Nemnda la vekt på at det var få deltakere på samlingen, fem til seks pasienter. Tilbudet ville derfor slik nemnda så det også være individrettet. Nemnda viste videre til at det framgikk av en uttalelse fra legen ved behandlingsstedet i utlandet om «utredning, oppfølging og behandling av pasientene», at pasientene fikk informasjon fra helsepersonell om den seneste utviklingen innen pleie av syndromet. Pasientene skulle videre få økt forståelse for sykdommen og de symptomer den ga. Det kunne bli aktuelt med medikamentell behandling. Nemnda var imidlertid ikke kjent med vitenskapelig dokumentasjon som viste at tilbudet i utlandet kunne bedre klagerens helsetilstand, jf. prioriteringsforskriften § 2 nr. 2. Nemnda kom imidlertid til at klageren hadde rett til dekning av utgifter etter prioriteringsforskriften § 3 annet ledd om sjeldne sykdomstilstander. Nemnda mente at det ikke fantes kompetanse til forsvarlig helsehjelp i Norge, og viste til at det var liten kunnskap om dette sjeldne syndromet i Norge. Nemnda bemerket at dette var en svært sjelden sykdom hvor det var vanskelig å bygge opp nasjonal kompetanse. Tilbudet i utlandet kunne også kalles behandling, og var således omfattet av ordlyden i prioriteringsforskriften § 3 annet ledd. Nemnda omgjorde vedtaket fra Helse Nord.

Klagesak 10/78. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Forvaltningsloven § 35. Alvorlig tvangslidelse. Saken gjaldt en mann med en alvorlig form for tvangslidelse. Han hadde fått innvilget sin søknad om dekning av utgifter til hjernestimulering via implanterte elektroder i utlandet. Etter en tid møtte ikke klageren lenger opp til de undersøkelsene han var innkalt til i utlandet. Førsteinstansen fattet da vedtak om avslutning av behandlingen i utlandet. Etter fullmakt fra sønnen klaget faren på vedtaket. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet var oppfylt. Etter nemndas syn måtte vedtaket fra førsteinstansen om avslutning av behandling ses som et vedtak om omgjøring av det siste vedtaket fra førsteinstansen om tillatelse til kontroll i utlandet. Nemnda mente at dette vedtaket ikke kunne omgjøres. Nemnda viste til at en forutsetning for omgjøring var at klageren ikke lenger hadde rett til dekning av utgifter til behandling i utlandet etter pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Nemnda mente at klageren hadde rett til dekning av utgifter til etterkontrollen i utlandet. Nemnda viste til at det ikke var foretatt en endelig vurdering av nytten av behandlingen i utlandet. Årsaken til at en endelig nyttevurdering ikke hadde blitt foretatt, var at klageren ikke hadde medvirket ved å møte opp på klinikken i utlandet. Årsaken til dette kunne være at klageren ikke selv ønsket å følge opp behandlingen. Årsaken kunne også være at det var en del av klagerens sykdomsbilde.

Nemnda la på bakgrunn av de dokumenter den hadde fått oversendt til grunn at manglende medvirkning fra klageren var et utslag av hans lidelse. Nemnda la vekt på at klagerens tvangslidelse var invalidiserende, og at den dominerende både tenke- og levemåte. Det framgikk av henvisning til poliklinisk behandling at det måtte forventes komplisert kommunikasjon ved eventuell behandling da det var en del av klagerens sykdomsbilde ikke å kunne møte på sykehus, møte helsepersonell med videre for å unngå å bli skitten eller bli smittet. Nemnda mente også at den innvilgede behandlingen i utlandet ikke kunne anses fullført, og viste til at det framgikk av brevet fra førsteinstansen til klinikken i utlandet at klinikken ved neste undersøkelse skulle vurdere om behandlingen hadde hatt den forventede virkning. Det skulle deretter tas stilling til om fortsatt behandling ville ha forventet nytte for klageren. Vedtaket om avslutning av behandling var begrunnet med at det ikke var forventet nytte for fortsatt behandling i utlandet, uten at en slik endelig vurdering var foretatt. Nemnda fant endelig grunn til å bemerke at adgangen til omgjøring etter forvaltnings-

loven § 35 femte ledd berodde på en interesseavveining. For at omgjøring skulle kunne skje, måtte de hensyn som talte for en omgjøring veie vesentlig tyngre enn de som talte mot. Det hadde formodningen mot seg at et vedtak kunne omgjøres etter forvaltningsloven § 35 femte ledd. Det måtte særskilte og kvalifiserte omstendigheter til. Det var i dette tilfellet heller ikke slike særskilte og kvalifiserte omstendigheter som kunne gi anledning til omgjøring etter forvaltningsloven § 35 femte ledd.

Avslutningsvis bemerket nemnda at det kunne medføre praktiske problemer når tillatelsen fra førsteinstansen ikke ble fulgt opp fra klagerens side. Førsteinstansen hadde imidlertid ikke ansvar for at klageren faktisk benyttet seg av de tilbud han hadde rett til. Nemnda omgjorde vedtaket fra Enhet for utenlandsbehandling, Helse Vest.

Klagesak 10/80. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Multippel sklerose. Saken gjaldt en kvinne med multippel sklerose. Hun hadde søkt om dekning av utgifter til ASCT-behandling (Autologous non-myeloablative haematopoietic stem-cell transplant, en form for stamcellebehandling hvor pasienten får tilbakeført sine egne stamceller). Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig helsehjelp etter aksepterte metoder i Norge i dette tilfellet. Nemnda viste til at multippel sklerose behandles i alle helseregioner. Det var ikke tilbud om årsaksrettet behandling for sykdommen, men behandlingen skulle bedre livskvaliteten og redusere varighet og hyppighet av sykdomsanfall, og dermed potensielt hindre økende funksjonssvikt. Metoder for behandling av multippel sklerose i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Det fantes kompetanse til forsvarlig behandling i Norge selv om klageren ikke her kunne få tilbud om ASCT-behandling. Nemnda bemerket videre at det var et grunnleggende vilkår for dekning av utgifter til behandling i utlandet at pasienten kunne ha «forventet nytte» av helsehjelpen, jf. prioriteringsforskriften § 3 jf. § 2 første ledd nr 2 om rett til nødvendig helsehjelp. Etter nemndas syn var både virkning, risiko og bivirkninger ved behandlingen i utlandet ikke dokumentert. Resultatene var ikke dokumentert i kliniske studier av tilstrekkelig kvalitet og varighet for den pasientgruppen klageren tilhørte. Vurderingen av at det ikke fantes god dokumentasjon for at klagerens helsetilstand kunne bedres ved slik behandling, var i samsvar med oppfatninger i internasjonal medisin. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/82. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Trigeminusneuralgi. Saken gjaldt en mann med trigeminusneuralgi (en smertetilstand i ansiktet). Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til diagnostikk og behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk og behandling etter internasjonalt aksepterte metoder i Norge. Nemnda viste til en sakkyndig vurdering fra Nasjonalt kompetansesenter for hodepine ved St. Olavs Hospital. Kompetansen i Norge var etter nemndas syn god når det gjaldt trigeminusneuralgi. Det fantes et etablert tilbud i alle helseregioner. De fagnevneologiske foreningene i Europa (EFNS) og i USA (AAN) i 2008 utga nesten likelydende retningslinjer for håndtering av trigeminusneuralgi. Retningslinjene ble også benyttet i Norge. Det framgikk også av den sakkyndige uttalelsen at den aktuelle behandlingen i utlandet ikke var godt nok vitenskapelig dokumentert. Dette var også årsaken til at tilbudet ikke fantes i Norge. Nemnda delte denne vurderingen. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/85. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Prostatakraft. Saken gjaldt en mann med prostatakraft. Han ønsket dekning av utgifter til en PET-undersøkelse i utlandet, og deretter behandling for prostatakraft med spredning. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til diagnostikk og behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk og behandling etter aksepterte metoder i Norge. Metoder for diagnostikk og behandling i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Nemnda bemerket at prostatakraft var den hyppigst forekommende kreftform hos menn, og ble diagnostisert og behandlet ved alle større norske sykehus. Når det gjaldt PET-undersøkelsen, bemerket nemnda at selv om det fantes tilbud om slike PET-undersøkelser flere andre steder i Europa, var dette ikke standard undersøkelse ved vurdering av pasienter med prostatakraft i andre europeiske land. Nemnda bemerket at et vilkår for å få dekket utgifter til helsehjelp i utlandet var at pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp. Nemnda viste til at Helseledelse i 2009 hadde utarbeidet et Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft (IS-1777). Nytt av den PET-undersøkelsen klageren ønsket var ikke godt nok dokumentert, jf. prioriteringsforskriften § 2 om rett til nødvendig helsehjelp. Både metoder for Radio-immunoscintografi og PET var under utvikling, og videre evaluering var nødvendig for

metodene kunne anbefales som klinisk rutine, spesielt fordi negative resultater måtte tolkes med forsiktighet. Resultatet ved bruk av 18F-Cholin PET/CT scan for å vurdere spredning til lymfeknuter på diagnosetidspunktet var nedslående, spesielt når det gjaldt evnen til å oppdage små metastaser (<5mm) (Husarik et al., 2008). Når det gjaldt behandlingen, bemerket nemnda at heller ikke den var vitenskapelig dokumentert for klagerens pasientgruppe. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/118. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Malignt melanom (føflekkraft). Saken gjaldt en kvinne med malignt melanom med spredning. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til diagnostikk og behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig behandling etter aksepterte metoder i Norge. Nemnda viste til at det ved Oslo universitetssykehus i mange år hadde vært både preklinisk og klinisk forskning på malignt melanom, og at fagmiljøene ved Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus samarbeidet tett med internasjonale sentre. Ved spredning ved malignt melanom fantes ingen dokumentert effektiv behandling.

Nemnda viste videre til at Norsk Melanom Gruppe i 2007 hadde utgitt «*Veileder for behandling av malignt melanom*». Handlingsprogrammet ga en oversikt over internasjonalt anerkjente prinsipper for diagnose, utredning, behandling, prognosevurdering og kontroll av pasienter med malignt melanom. Nemnda bemerket videre at pasienten hadde rett til den helsehjelpen som utgjør «nødvendig helsehjelp» etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2. Det er et vilkår at spesialisthelsetjenesten etter en konkret vurdering kommer til at den aktuelle behandlingen vil gi forventet nytte. Nemnda var kjent med at det forelå lovende resultater fra enkelte studier, men dette var ikke tilstrekkelig til at vilkåret om rett til nødvendig helsehjelp var oppfylt. Tvert imot kunne behandling som ble gitt som en del av utprøving og andre studier, vanskelig oppfylle kravene til dokumentert nytte. Nemnda la i denne sammenheng blant annet vekt på at den ønskede behandlingen gjaldt bruk av et legemiddel der det ikke forelå en markedsføringstillatelse fra Statens legemiddelverk.

Bakgrunnen for at det aktuelle legemidlet ikke fantes som et etablert tilbud i Norge, var blant annet at behandlingen ikke var alminnelig etablert. Bruk av det aktuelle legemidlet var heller ikke etablert behandling innen EU. Disse forholdene tilsa at klageren ikke kunne ha rett til helsehjelp

basert på det aktuelle legemidlet. Nemnda fant videre grunn til å bemerke at også etter prioriteringsforskriften § 3 første ledd annet punktum er det et vilkår for rett til dekning av utgifter til behandling i utlandet at behandlingen i utlandet er forsvarlig etter akseptert metode. Den aktuelle behandlingen i utlandet var en utprøvende fase 1-studie. Klagerens maligne melanom med spredning var ikke en sjelden sykdomstilstand i forskriftens forstand, så heller ikke § 3 annet ledd om dekning av utgifter til utprøvende eller eksperimentell behandling i utlandet for sjeldne sykdomstilstander kunne gi klageren rett til å få dekket utgifter til behandling i utlandet. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst.

Klagesak 10/124. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. ME. Saken gjaldt en kvinne som blant annet på grunn av klimaet på behandlingsstedet ønsket behandling for ME i utlandet. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig behandling etter aksepterte metoder i Norge. Selv om klageren ikke hadde fått et tilbud i Norge ved den institusjonen hun ønsket, fantes rehabiliteringsinstitusjoner som tilbød helhetlig behandling av pasienter med ME i Norge. Nemnda bemerket at ME er en vanskelig lidelse å behandle, og at det fremdeles er lite kunnskap om behandling, både i Norge og i andre land. Det var derfor i Norge opprettet et Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME, ledet av Helsedirektoratet. Kompetansenettverket skulle bidra til å bedre tilbudet for pasienter med ME, både for å utvikle kunnskap om tilstanden og hvordan den kunne håndteres. Metodene for behandling av ME i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Nemnda stadfestet vedtaket fra Enhet for utenlandsbehandling, Helse Vest.

Klagesak 10/130. Pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Skade i ulnarisnerven (nerven som går langs albuebenet ned til hånden). Saken gjaldt en kvinne med sterke smerter i ulnarisnerven. Hun hadde ikke fått tilbud om operasjon i Norge, da behandlende leger ikke fant grunnlag for kirurgi. Hun ønsket da en operasjon i utlandet. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet ikke var oppfylt. Det fantes kompetanse til forsvarlig diagnostikk og behandling etter aksepterte metoder i Norge. Nemnda bemerket at både Oslo universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge hadde kompetanse til å behandle klageren. Den ønskede behandlingen var en etablert behandling i Norge. Metodene for vurdering og behandling i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Nemnda bemerket videre at det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens situasjon kan forandres til det bedre ved den medisinske behandlingen. Dersom pasienten ikke vil ha forventet nytte av behandlingen, er det ikke rett til slik helsehjelp. Nemnda viste til at behandlende leger i Norge hadde kommet til at å operere en hyperreaktiv nerve var svært usikkert, og ville sannsynligvis gi henne mer plager. Sjansen for at klageren skulle bli bedre etter en ny operasjon var liten, og faren for at hun skulle bli verre var betydelig. De norske spesialistene vurderte det slik at klageren ikke hadde rett til en ny operasjon i Norge, da en slik operasjon på tidspunktet for de aktuelle undersøkelsene ikke ble ansett å gi tilstrekkelig dokumentert nytte. Det var da ikke rett til denne helsehjelpen i Norge, og heller ikke rett til dekning av tilsvarende helsehjelp i utlandet, jf. pasientrettighetsloven § 2-1. Nemnda stadfestet vedtaket fra Helse Nord.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Besøksadresse:
Grønlandsleiret 27
0190 Oslo

Postadresse:
Postboks 8022 Dep.
0030 Oslo

Tlf.: 23 15 94 60
Faks: 24 10 13 01
E-post: klagenemnda@klagenemnda.no

