



Klagenemnda for behandling i utlandet

Årsmelding
2012

Innhold

Forord	3
Nemndas oppgaver og sammensetning	4
Sekretariatet	4
Helse, miljø og sikkerhet og annen personalpolitikk	5
Økonomi	5
Mål og hovedprioriteringer for nemndas arbeid i 2012	5
Nærmere om sakene nemnda behandler	5
Regelverket	5
Saksutvikling 2012	6
Innkomne klagesaker	6
Behandlede klagesaker	6
Behandlede klagesaker etter diagnosegruppe	6
Behandlede klagesaker etter helseregion	7
Omgjøringsprosent	7
Saksbehandlingstid	8
Restanser	8
Domstolsbehandling	8
Sivilombudsmannens uttalelser	8
Sammendrag av et utvalg av vedtak	9

Forord

I årsmeldingen til Klagenemnda for behandling i utlandet presenterer vi nemnda og nemndas virksomhet. Vi presenterer utviklingstrekk for 2012, og refererer sammendrag fra enkeltsaker som er prinsipielle eller som utdyper typiske problemstillinger.

Nemnda har fattet 37 vedtak i 2012, mot 26 vedtak i 2011. Omgjøringsprosenten i 2012 har vært på fem prosent. Én sak er hjemvist til førsteinstansen for ny behandling der, jf. forvaltningsloven § 34 siste ledd.

Nemnda har også i år nådd et viktig mål om en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har i 2012 vært to og en halv måned.

Oslo, februar 2013



Arntfinn 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 bringes inn for Sivilombudsmannen og 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 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. Et eventuelt mindretall skal også begrunne sin konklusjon.

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 framstillingen som er gitt, og sakens øvrige opplysninger.

Oppnevningsperioden for nemndas medlemmer utløp 1. oktober 2012. Med unntak av Knut Midthaug og Jürgen Geisler, ble nemndas medlemmer oppnevnt for en ny toårsperiode. Overlege Anne-Birgitte Jacobsen hadde ikke lenger mulighet til å være fast medlem, men fortsatte som vararepresentant.

Nemnda har fra 1. oktober 2012

vært slik sammensatt:

Leder: sorenskriver Arnfinn Agnalt, Fredrikstad

Varamedlem: tingrettsdommer Elisabeth Wittemann, Oslo

Overlege Henriette Magelssen, Oslo

Varamedlem: overlege Anne-Birgitte Jacobsen, Oslo

Overlege Anne Larsen, Oslo

Varamedlem: seksjonsoverlege Cecilie Risøe, Oslo

Overlege Rune Moan, Trondheim

Varamedlem: overlege Gunn Hulleberg, Trondheim

Lekmedlem John Berg-Jensen, Borkenes

Varamedlem: Janne P. Bjørklund, Verdal

Sekretariatet

Nemndas sekretariat har i 2012 bestått av:

direktør Eva Elander Solli

rådgiver Helene Julie Falch

Helene Julie Falch tiltrådte sin stilling i februar 2012. Sekretariatets ansatte er jurister og 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 det også deler enkelte administrative funksjoner med. Sekretariatet har også kontorfellesskap med Statens helsepersonellnemnd.

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 har inngått avtale om et inkluderende arbeidsliv. Det er ergonomisk kartlegging og tilrettelegging etter behov. Lokalene er tilrettelagt for funksjonshemmede. Virksomheten skal ha en miljøvennlig profil.

De ansatte kan bruke et trimrom to ganger i uken i arbeidstiden. To ganger i uken er det instruktør til stede. De ansatte oppfordres til faglig påfyll i form av kurs og seminar.

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

Økonomi

Klagenemnda for behandling i utlandet og PGD-nemnda er organisert som én administrativ virksomhet. Virksomheten har hatt et driftsbudsjett på 3 309 000 kroner i 2012.

Mål og hovedprioriteringer for nemndas arbeid i 2012

I brev om tildeling av bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet er målene beskrevet slik:

- nemnda skal fatte godt begrunnede og forståelige vedtak
- saksforberedelsen skal være grundig, tillitvekkende og ha god kvalitet
- 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

Nemndas interne virksomhetsplan konkretiserer målsettingen ytterligere.

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. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b 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. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b 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 enkelt-pasienter 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.

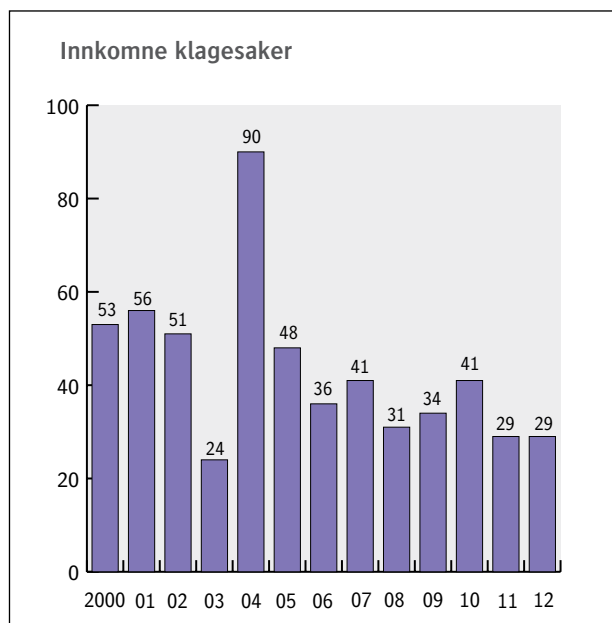
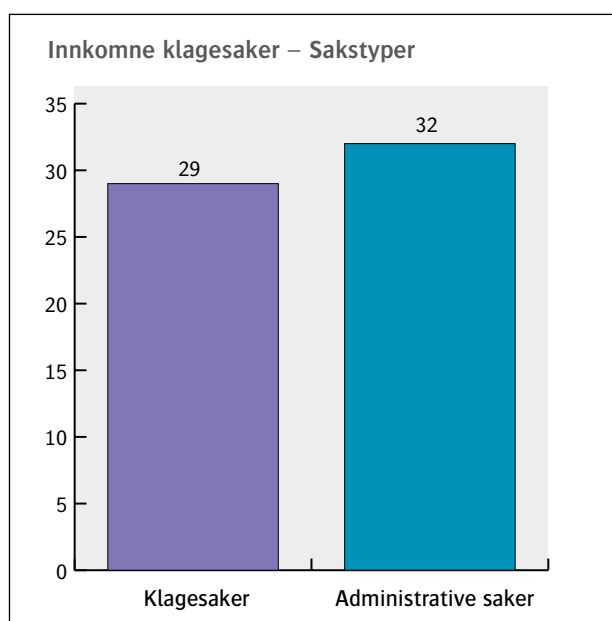
Saksutvikling 2012

Under dette punktet er det trukket opp noen linjer på bakgrunn av de sakene nemnda har mottatt og behandlet i 2012.

Innkomne klagesaker

I 2012 mottok nemnda 61 saker, av disse var det 29 klagesaker. De resterende 32 sakene var av administrativ karakter, for eksempel saker knyttet til drift av nemnda og høringsuttalelser. Også i 2011 kom det inn 29 klagesaker. Det kom inn 24 administrative saker i 2011.

Antall innkomne saker i nemnda er lavere enn i 2010 og 2009, men på om lag samme nivå som i 2011 og 2008.

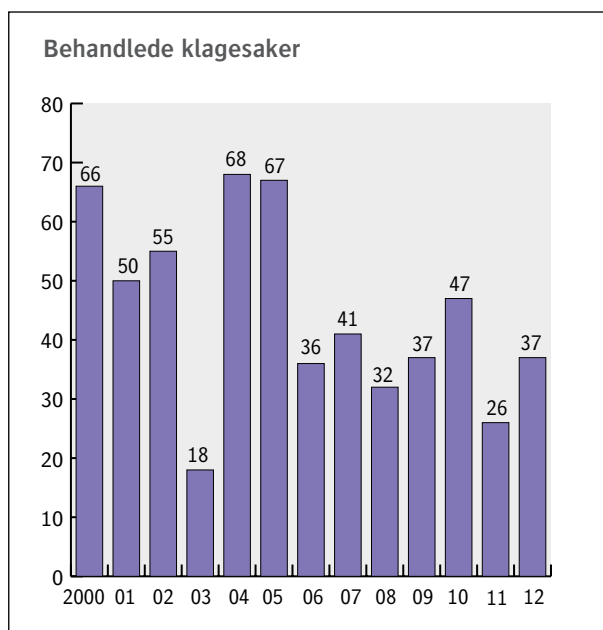


Behandlede klagesaker

Nemnda har fattet 37 vedtak i 2012, mot 26 vedtak i 2011. 7 av vedtakene i 2012 gjaldt krav om omgjøring av nemndas tidligere vedtak.

Det har i 2012 vært avholdt 7 nemndmøter, mot 9 i 2011.

Nemnda er á jour, og har behandlet klagesakene etter hvert som de har kommet inn i 2012.

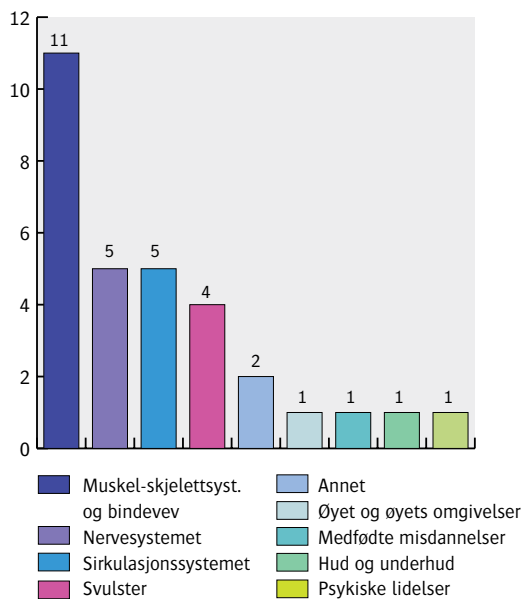


Behandlede klagesaker etter diagnosegruppe

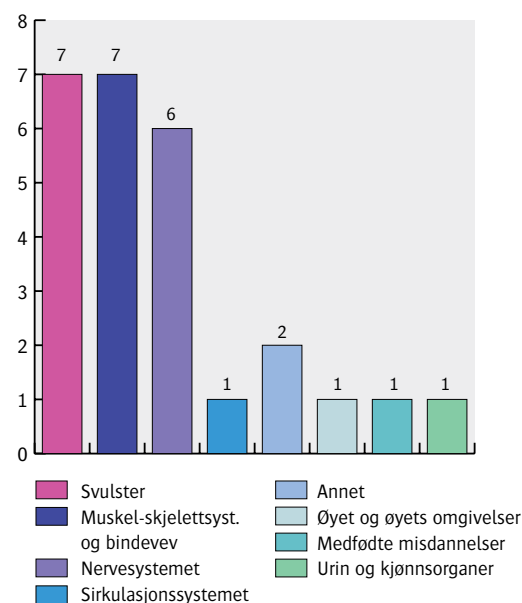
11 saker gjaldt muskel- og skjelettsystemet (4 TMD-saker, 4 bensmerter, 1 fotfeilstilling, 1 Calvé-Legg-Perthes' sykdom og 1 sjelden sykdom), 5 saker gjaldt nervesystemet (2 nakkeproblemer, 2 multipel sklerose (samme sak behandlet to ganger) og 1 Tarlovs cyste), 5 sirkulasjonssystemet (3 lymfødem (samme sak behandlet to ganger), 1 malign hypertensjon og 1 atrieflimmer), 4 saker gjaldt svulster (akutt myelogen leukemi, lungekreft, nyrecellekreft og tykktarmskreft), 2 annet (transseksualisme og brokk), 1 øyet (diabetisk retinopati), 1 medfødt misdannelse (hemanngiom), 1 hud og underhud (analkløe) og 1 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (non-verbale lærevansker).

For øvrig 2 saker som gjaldt rekonstruksjon av bryst, 2 saker som kun gjaldt dekning av reisekostnader (ikke selve behandlingen), 1 sak om blodprøveanalyse i utlandet og 1 sak gjaldt nedfrysing av eggceller i utlandet.

Diagnosegruppe – 2012



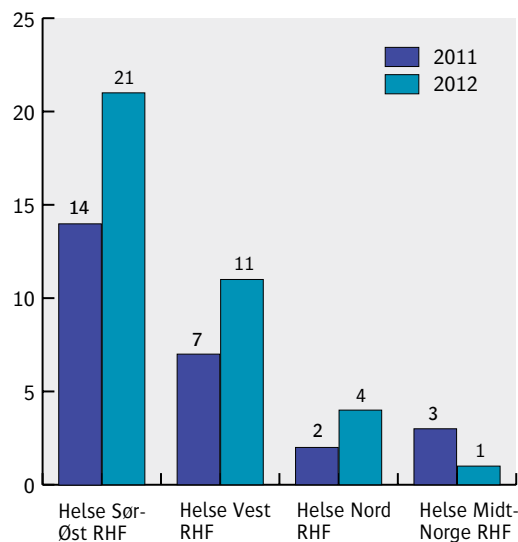
Diagnosegruppe – 2011



Behandlede klagesaker etter helseregion

Nemnda har i 2012 behandlet 21 saker fra Helse Sør-Øst, 11 fra Helse Vest, 4 fra Helse Nord og 1 fra Helse Midt-Norge. I 2011 behandlet nemnda 14 saker fra Helse Sør-Øst, 2 fra Helse Nord, 7 fra Helse Vest og 3 fra Helse Midt-Norge.

Helseforetak – 2011/2012

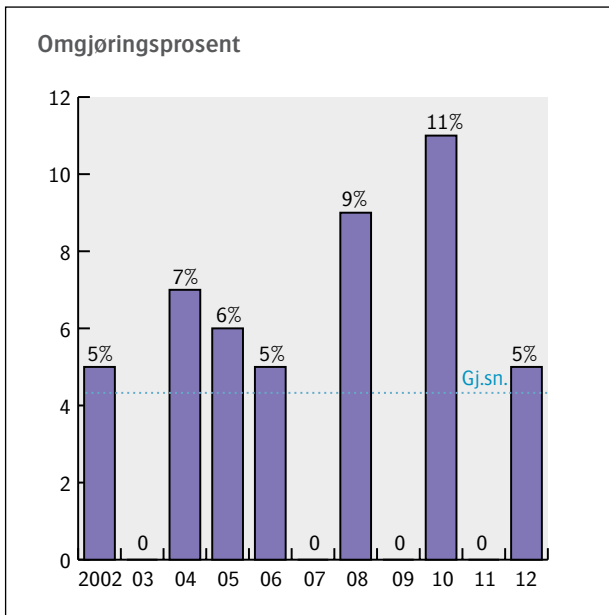


Omgjøringsprosent

I 2012 er 2 av førsteinstansenes vedtak omgjort. Dette gir en omgjøringsprosent på 5 prosent. I 2011 ble ingen av førsteinstansenes vedtak omgjort. I 2010 omgjorde nemnda 5 vedtak helt eller delvis. Dette gir en omgjøringsprosent på 11 prosent, og er høyere enn vanlig i nemndas praksis.

Én sak er hjemvist til førsteinstansen for ny behandling der, jf. forvaltningsloven § 34 siste ledd. Nemnda traff i denne saken en beslutning om at saken ikke var tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven § 17. For å gi klageren en reell toinstansbehandling og mulighet for å kommentere grunnlaget for vedtaket, samt sikre en forsvarlig utredning og opplysning av saken var det slik nemnda så det mest hensiktsmessig at ytterligere saksutredning ble foretatt av førsteinstansen.

Det ene av vedtakene som er omgjort i 2012 gjaldt Calvé-Legg-Perthes' sykdom. Den rammer kun barn og er relativt sjelden. Sykdommen oppstår i lårbenshodet. Sykdommens



alvorlighetsgrad varierer etter hvor mye lårbenshodet er angrepet. Det er store individuelle forskjeller. Flertallet i nemnda mente at det generelt var god kompetanse til behandling av pasienter med denne sykdommen i Norge, men at klageren var et sjeldent og spesielt sykdomstilfelle som det ikke var kompetanse til å behandle her. Klageren fikk dekket utgiftene etter prioriteringsforskriften § 3 annet ledd om sjelden sykdomstilstand.

Det andre vedtaket som er omgjort i 2012 gjaldt et barn med en omfattende fotfeilstilling. Klageren hadde i tillegg andre sykdommer som kompliserte behandlingen av fotfeilstillingen vesentlig. Nemnda la vekt på at metoden som benyttes i Norge i dette tilfellet ville være vanskelig når pasienten hadde en tendens til å falle og problemer knyttet til å følge behandlingsrestriksjoner. Metoden i utlandet ville derfor for denne klageren være vesentlig bedre enn metoden i Norge. Klageren hadde en svært alvorlig tilstand, og en komplisert og sammensatt sykdomshistorie. For de aller fleste pasienter hadde det ikke vesentlig betydning om den ene eller andre metoden ble benyttet. Tilbudet som fantes i Norge ville imidlertid i dette tilfellet bli komplisert å gjennomføre på en god måte på grunn av klagerens tilstand. Det ville også innebære risiko for at klageren ville få varig nedsatt gangfunksjon etter operasjon i Norge. Det ville være behov for langvarig opptrening og fare for at han etter en slik operasjon ikke ville oppnå tidligere funksjonsnivå. Dette var ikke tilfellet ved

metoden i utlandet som innebar et vesentlig mindre inngrep. Nemnda bemerket også at behandlingen i utlandet bygget på samme prinsipper som i Norge. Klageren hadde rett til behandlingen i utlandet, jf. prioriteringsforskriften § 2. Han hadde en alvorlig tilstand, metodene ved klinikken i utlandet var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder og ble også benyttet i Finland og Tyskland. Kostnadene var lave. Sett i sammenheng med tilstandens alvorlighet og forventet nytte av behandlingen, mente nemnda at kostnadene i dette tilfellet stod i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Klageren hadde rett til å få dekket utgiftene etter prioriteringsforskriften § 3 første ledd.

Antall innvilgede søknader av førsteinstansene har også i 2012 vært høyt, om lag 75 prosent av søknadene har blitt innvilget.

Saksbehandlingstid

Målet om en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder er oppnådd. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden har i 2012 vært om lag 2,5 måneder.

Restanser

Det er per 31. desember 2012 seks restanser. Fire har blitt utsatt for innhenting av sakkyndige vurderinger. De resterende to sakene kom inn i løpet av de siste to månedene i 2012.

Domstolsbehandling

Ett av nemndas vedtak er blitt brakt inn til rettslig overprøving i 2012 (sak 11/54). Det foreligger ikke ennå dom i saken.

Sivilombudsmannens uttalelser

To av nemndas vedtak er i 2012 klaget inn til Sivilombudsmannen. Ombudsmannen avviste én sak da klageren også hadde saksøkt nemnda. Domstolenes virksomhet er unntatt fra ombudsmannens arbeidsområde. Det foreligger ikke svar fra ombudsmannen i den andre saken.

Sammendrag av et utvalg av vedtak

Et bredt utvalg av nemndas vedtak finnes i sin helhet på nemndas hjemmeside og på Lovdata. Sammendragene nedenfor er en del av vedtakene i 2012. Utvalget er basert på at vedtakene enten utdyper typiske problemstillinger for nemnda eller fordi de er prinsipielle.

Klagesak 11/97. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Lymfødem.

Saken gjaldt dekning av utgifter til behandling for lymfødem. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgiftene til behandlingen ikke var oppfylt. Det var kompetanse til forsvarlig behandling av klageren i Norge. Nemnda viste til at sakkyndig til nemnda hadde uttalt at metodene for behandling av pasienter med lymfødem var de samme i Norge som internasjonalt. Nemnda delte denne vurderingen, og bemerket at de vurderinger og den praksis som ble fulgt i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Når det gjaldt den aktuelle behandlingen i utlandet, mente nemnda at effekten var forbigående, og at det var behov for kontinuerlig og langvarig vedlikeholdsbehandling. Nemnda mente videre at tilbudet i utlandet ikke var dokumentert bedre enn tilbudet i Norge, selv om det i større grad ble tilbudt poliklinisk og ikke samlet. Nemnda var enig i den sakkyndiges vurdering av at det ikke var vesentlige forskjeller mellom de metoder som ble benyttet ved den aktuelle klinikken i utlandet og metodene i Norge. Nemnda stadfestet vedtaket fra Enhet for utenlandsbehandling, Helse Vest. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 11/89. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Calvé-Legg-Perthes' sykdom.

Saken gjaldt dekning av utgifter til operasjon av Calvé-Legg-Perthes' sykdom. Flertallet kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet var oppfylt. Flertallet bemerket at det som hovedregel var god kompetanse til helsehjelp for pasienter med Calvé-Legg-Perthes' sykdom i Norge, både de mer vanlige formene og de sjeldne. Det var ingen enighet om hvilken behandling som var best. I denne saken forelå det etter flertallets syn imidlertid særlige forhold som tilsa at det i Norge ikke var kompetanse. Flertallet viste til at Calvé-Legg-Perthes' sykdom er en relativt sjelden sykdom, og at klageren var et

spesielt alvorlig og sjeldent tilfelle. De fleste yngre barn har gode prognoser, men klageren utviklet allerede som femåring den mest alvorlige formen. Flertallet bemerket videre at de fleste barn med Calvé-Legg-Perthes' sykdom har god prognose ved konservativ, ikke-operativ behandling. Det er meget sjeldent at det er behov for operativ behandling av barn under seks år. Fordi klageren tilhørte en undergruppe med dårlig prognose, ble han likevel operert i Norge da han var kun fem år. Nemndas sakkyndige uttalte at røntgenbildene viste at klageren tidlig ble rammet av den vanskeligste og mest alvorlige formen for Calvé-Legg-Perthes' sykdom, Catterall gruppe 4. Det totale sykdomsbildet viste at klageren hadde en vanskelig form av en sjelden sykdom. Den ønskede behandlingen i utlandet var imidlertid ikke tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert etter prioriteringsforskriften § 2. Det var derfor ikke rett til å få dekket utgiftene til behandlingen i utlandet. Flertallet kom til at dekning kunne gis etter prioriteringsforskriften § 3 annet ledd om sjeldne sykdomstilstander som forekommer så sjelden og/eller er så spesielle at det ikke er bygget opp noe nasjonal kompetanse. Det var ikke kompetanse i dette tilfellet til å behandle Calvé-Legg-Perthes' sykdom. Dekning "kan" gis etter § 3 annet ledd. Flertallet la ved den skjønnsmessige vurderingen av om dekning kunne gis vekt på at tilstanden var svært vanskelig å behandle. Klagerens prognose var dårlig. Videre la flertallet vekt på at sykehuset i utlandet hadde god erfaring med behandling av pasienter med Calvé-Legg-Perthes' sykdom og at en av de sakkyndige hadde uttalt at senteret var internasjonalt anerkjent. Flertallet la videre vekt på at behandlingen bygget på samme prinsipper som all annen operativ behandling av Calvé-Legg-Perthes' sykdom, det vil si å få leddhodet dekket av leddskålen så leddhodet kan utvikles. I tillegg skulle behandlingen avlaste brusken mens leddhodet bygges opp. Behandlingen hadde også vært utført på enkelte pasienter i Danmark og i Sverige. Mindretallet kom til at vilkårene ikke var oppfylt. Mindretallet viste til at det er delte meninger om hvordan sykdommen bør behandles, og praksis fra de enkelte land og sykehus varierer. Behandlingen har vært omdiskutert internasjonalt de siste 100 år. Det var derfor kompetanse til forsvarlig behandling i Norge selv om klageren ikke her fikk tilbud om den samme behandlingen som i utlandet. Det var ikke manglende kompetanse i Norge når metoden ikke tilbys her på grunn av manglende dokumentasjon for gode resultater. I tråd med flertallets syn førte klagen fram. Nemnda omgjorde vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Dissens 4-1.

Klagesak 11/102. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Diagnostikk av nakke- og hodesmerter. Saken gjaldt dekning av utgifter til diagnostikk av nakke- og hodesmerter ved såkalt funksjons MR. Undersøkelsen foretas ved et laboratorium hvor MR-bilder tas med hodet og nakken i forskjellige posisjoner. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til undersøkelsen i utlandet ikke var oppfylt. Det var kompetanse til å gi klageren forsvarlig diagnostikk i Norge. Det var heller ikke rett til den aktuelle helsehjelpen i utlandet da den ikke var vitenskapelig dokumentert. Nemnda bemerket for det første at forsvarlig diagnostikk etter aksepterte metoder for klagerens nakkeplager fantes ved nevrologiske avdelinger ved de fleste større sykehus i Norge. Ved St. Olavs Hospital er det opprettet et Nasjonalt senter for spinale lidelser som fungerer som et nasjonalt referansemiljø for de mer kompliserte tilfellene av rygg- og nakkeplager. Det er også ved St. Olavs Hospital et Nasjonalt kompetansesenter for hodepine. Nemnda bemerket at Helsedirektoratet i 2006 hadde gitt ut rapporten *Nakkeslengassosierte nakkeskader (IS-1356)*. Rapporten omhandler diagnostikk og behandling av nakkeslengassosierte skader, og er utarbeidet av en ekspertgruppe. Etter Helsedirektoratets vurdering ble pasienter med alvorlige nakkeskader tatt hånd om på en forsvarlig måte i Norge. Nemnda var enig i dette. Nemnda kunne ikke se at det var spesielle særtrekk ved klagerens lidelse som skulle tilsi at norsk helsepersonell ikke hadde kompetanse til å tilby forsvarlig helsehjelp etter akseptert metode. Nemnda bemerket videre at det var et vilkår for rett til nødvendig helsehjelp at pasienten kunne ha forventet nytte av helsehjelpen, jf. prioriteringsforskriften § 2. Etter nemndas syn var nytten av undersøkelsen klageren ønsket å få utført i utlandet udokumentert. Funksjons MR var ikke en anerkjent undersøkelsesmetode og var regnet som utprøvende. Man visste at noe utløste smerte hos nakkeslengpasienter med kronisk smerte, men man hadde ikke en entydig oppfatning av hvilke strukturer i nakken som var skadet. For eksempel fant en studie fra 2011 ingen sammenheng mellom signalforandringer i alarligamentet og smerter/nedsatt funksjon. Nemnda viste til Myron, Rigmor et al. "Clinical Characteristics, Pain and Disability in Relation to Alar Ligament MRI Findings", *Spine*, Volume 36 (13), 1 June 2011, s. E862-867. Det forelå etter nemndas syn ikke vitenskapelig dokumentasjon for bruk av funksjons MR som grunnlag for valg av videre

behandling ved kroniske nakke og hodesmerter. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/13. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd. Reisekostnader. Saken gjaldt dekning av utgifter til reise og opphold for klagerens barn i forbindelse med behandling av klageren i utlandet. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgiftene ikke var oppfylt. Klageren hadde fått innvilget dekning av utgifter til seg selv og en ledsager. Nemnda kom til at klageren etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 ikke hadde rett til dekning av utgiftene til reise og opphold for barna ut over det hun allerede hadde fått dekket. Nemnda viste for det første til at det er et vilkår for å få dekket utgiftene til ledsager(e) at det er "medisinsk" nødvendig. Bakgrunnen for retten til dekning av utgifter til ledsager, er at pasienten i enkelte tilfeller vil trenge bistand i forbindelse med reise og behandling. Slik nemnda så det, var det ikke meningen at også utgifter til reise og opphold for pasientens barn skulle dekkes. Reise- og oppholdsutgifter til pasientens barn var ikke dekket i praksis, hverken ved behandling i Norge eller i utlandet. Det var et unntak ved "livstruende" sykdom. Det forelå ikke livstruende sykdom i dette tilfellet. Familien hadde fått dekket noen av utgiftene til barnas opphold. Nemnda kunne ikke se at det var grunnlag for ytterligere dekning. Nemnda bemerket at den ikke så det som sin oppgave å trekke opp nye retningslinjer om dekning av reiseutgifter som ikke fulgte direkte av regelverket og praksis. I den grad det var behov for endringer, burde det skje gjennom en større og helhetlig vurdering av regelverket. Nemnda stadfestet vedtaket fra Kontor for utenlandsbehandling, Helse Midt-Norge. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/19. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Sjelden sykdom. Saken gjaldt dekning av utgifter til deltakelse på en internasjonal konferanse i utlandet samt dekning av utgifter til undersøkelser i forbindelse med et forskningsprosjekt. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgiftene ikke var oppfylt. Nemnda kom for det første til at deltakelse på konferansen ikke kunne anses som helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. For at noe skulle være helsehjelp måtte rådgivningen være individuelt tilpasset, av kvalifisert handlingsrettet karakter og

basert på informasjon som personen som henvender seg (pasienten) ga fra seg. Deltakelse på denne konferansen falt ikke inn under kriteriene. Ettersom søknaden ikke gjaldt helsehjelp, var vilkårene for dekning av utgifter til deltakelse på konferansen ikke oppfylt. Når det gjaldt undersøkelsene i forbindelse med forskningsprosjektet, viste nemnda til at det var et vilkår for rett til helsehjelp i utlandet at pasienten hadde rett til helsehjelpen, jf. prioriteringsforskriften § 2. Det var i denne saken tale om en kartlegging hvor pasientene skulle observeres. Det ble foretatt undersøkelser av deltakerne, men undersøkelser som ble foretatt som ledd i å kartlegge ulike helseproblemer som følge av sykdommen, oppfylte ikke kravene til nødvendig helsehjelp. Nemnda kunne ikke se at deltakelse i studien ville ha særlige følger for klagerens prognose med hensyn til levetid eller tap av livskvalitet, og var ikke nødvendig helsehjelp. Nemnda bemerket endelig at det var kompetanse til å utrede og behandle klageren ved Oslo universitetssykehus. Utredning, oppfølging og behandling av pasientene var et tverrfaglig samarbeid mellom Avdeling for medisinsk genetikk samt Thorax- og karkirurgiske avdelinger ved Oslo universitetssykehus og Sunnaas sykehus. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/54. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Tykktarmskreft med spredning. Saken gjaldt dekning av utgifter til regional cellegiftbehandling. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgiftene til behandlingen i utlandet ikke var oppfylt. Det var kompetanse til forsvarlig behandling av klageren i Norge. Nemnda viste til at kreft i tykktarmen er en av de vanligste kreftformer på verdensbasis, og den nest hyppigste kreftdiagnosen i Norge. Behandlingsresultatene i Norge var helt på høyde med internasjonale behandlingsresultater. Tykktarmskreft ble vurdert og behandlet ved de fleste sykehus. Vurderinger og praksis i Norge var i samsvar med andre land det var naturlig å sammenligne seg med. Behandlingen i utlandet hadde heller ikke en anerkjent dokumentert nytteverdi med henblikk på livsforlengelse. Nemnda bemerket at regional cellegiftbehandling hadde vært prøvd ut siden begynnelsen av 1980-tallet. For regional cellegiftbehandling mot levermetastaser hadde man ikke funnet noen statistisk sikker overlevelsesegevinst sammenlignet med systemisk cellegiftbehandling. Etter nemndas syn

var ikke tilbudet i utlandet dokumentert bedre enn tilbudet i Norge. Behandlingen klageren hadde fått tilbud om i Norge var forsvarlig og i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Nemnda stadfestet vedtaket fra Enhet for utenlandsbehandling, Helse Vest. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/62. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3 siste ledd. Laboratorieanalyse av blodprøve i utlandet. Saken gjaldt dekning av utgifter til analyse av blodprøve. Vil-kårene for dekning av utgifter til laboratorieanalysen i utlandet var ikke oppfylt. Nemnda viste til at retten til behandling i utlandet ikke omfatter forsendelse av laboratorieprøver for analyse i utlandet når det ikke var som ledd i behandling i utlandet, se prioriteringsforskriften § 3 siste ledd. I denne saken hadde klagerens fastlege sendt en blodprøve til utlandet for diagnostisering. Eventuell behandling skulle skje i Norge. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/66. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Fotfeilstilling. Saken gjaldt dekning av utgifter til operasjon av fotfeilstilling. Vil-kårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet var oppfylt. Nemnda kom til at det i denne saken var særlige forhold som tilsa at det ikke var kompetanse til å gi klageren forsvarlig behandling i Norge. Nemnda viste til at fotfeilstillingen i kombinasjon med klagerens andre sykdommer gjorde at den metoden som ble benyttet i Norge ikke var egnet. Nemnda bemerket at metoden for operasjon av fotfeilstilling i Norge ville være et betydelig problem når pasienten hadde tendens til å falle og problemer knyttet til å følge behandlingsrestriksjoner, som i dette tilfellet. Etter metoden i utlandet var det vanlig å bruke gips i to uker. Belastning av gipsen ville ikke ha innvirkning på behandlingsresultatet. Dette ville være tilfellet ved metoden i Norge, som innebar gips i flere måneder uten belastning. Metoden i utlandet ville blant annet derfor for denne klageren være vesentlig bedre enn metoden i Norge. Det var usikkert om behandling i Norge ville gi et godt resultat for klageren med den alvorlige tilstanden han hadde. Tilbudet i Norge ville bli komplisert å gjennomføre på en god måte på grunn av klagerens tilstand. Det ville også innebære risiko for at klageren ville

få varig nedsatt gangfunksjon etter operasjonen. Det ville være behov for langvarig opptrening og fare for at han etter en slik operasjon ikke ville oppnå tidligere funksjonsnivå. Behandlingen i utlandet bygget på samme prinsipper som i Norge, men var ikke etablert her. For de aller fleste pasienter hadde det heller ikke vesentlig betydning om den ene eller andre metoden ble brukt. De metodene som ble benyttet ved klinikken i utlandet var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Den aktuelle metoden ble også brukt i Finland og Tyskland. Kostnadene var lave. Sett i sammenheng med tilstandens alvorlighet og forventet nytte av behandlingen, mente nemnda at kostnadene stod i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Nemnda omgjorde vedtaket fra Helse Nord RHF. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/69. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Tarlovs cyste.

Saken gjaldt dekning av utgifter til en operasjon av Tarlovs cyste. Vilklårene for dekning av utgiftene var ikke oppfylt. Nemnda kom til at det var kompetanse til forsvarlig helsehjelp i Norge. Klageren hadde ikke fått det tilbudet om behandling hun mente var det riktige for henne i Norge. Nemnda bemerket til dette at valg av behandlingstilbud avgjøres av den aktuelle spesialisten i samråd med pasienten, jf. prioriteringsforskriften § 2. Årsaken til at klageren ikke hadde fått tilbud om en ny operasjon i Norge, var at behandlende leger kom til at det ikke var grunnlag for det. Det ble ikke funnet godt nok samsvar mellom klagerens kliniske symptomer, de radiologiske funnene og cysten til å anbefale et kirurgisk inngrep. Klageren hadde vært vurdert ved tre sykehus i Norge. Ved det ene sykehuset uttalte behandlende lege at MR-bilder av klageren i 2010 viste tilnærmet identiske forhold sammenlignet med en undersøkelse fra 2007, hvor hun ikke hadde smerter. Undersøkelsene viste også at det var en åpning mellom cysten og cerebrospinalvæskerommet for øvrig. Det var derfor ingen grunn til å tro at det var noe trykk inne i cysten mot cerebrospinalvæskerommet. Det betød også at fenestreringen fra operasjonen i 2006 fortsatt fungerte. Det var derfor ikke mer man kunne gjøre kirurgisk. Nemnda bemerket videre at det fremgikk av veiledertabellen i Helsedirektoratets prioriteringsveileder i ortopedi (IS-1628) at pasienter med ryggsmarter uten radiologisk verifisering av årsak som hovedregel ikke har prioritert rett til helsehjelp. Den metoden som var benyt-

tet på sykehuset i utlandet var det kompetanse til å utføre her, men man hadde valgt ikke å innføre metoden i Norge. Årsaken var at man mente at denne metoden ikke var tilstrekkelig dokumentert ved behandling av pasienter med Tarlovs cyste. Nemnda bemerket at de metodene som ble benyttet ved kirurgi i Norge, var de vanligste metodene internasjonalt og i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder ved behandling av pasienter med Tarlovs cyste. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/74. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Lungekreft med spredning.

Saken gjaldt dekning av utgifter til behandling av ikke-småcellet lungekreft med regional cellegiftbehandling (isolert torakal perfusjonsbehandling). Nemnda kom til at vilklårene for dekning av utgifter til behandlingen i utlandet ikke var oppfylt. Det var kompetanse til forsvarlig behandling av klageren i Norge. Nemnda bemerket at det i alle helseregioner i Norge var et tilbud for pasienter med lungekreft. Lungekreft var den nest vanligste kreftformen hos menn og den tredje vanligste hos kvinner. Pasientene ble tilbudt behandling med kirurgi, stråle- eller cellegiftbehandling, enten alene eller i ulike kombinasjoner. Det som avgjorde valg av behandlingsform var sykdomsutbredelse (stadium), vevstype (småcellet eller ikke-småcellet eller andre mer sjeldne former), pasientens allmenntilstand og om pasienten hadde andre kompliserende sykdommer. Det fantes behandlingstilbud for alle stadier av lungekreft i Norge. I klagerens tilfelle var sykdommen oppdaget i stadium IV, det vil si at den hadde spredt seg fra venstre lunge til brysthinnen, skjelettet og høyre lunge. I stadium IV var lindrende og livsforlengende behandling anbefalt. Metodene for vurdering og behandling av pasienter med lungekreft i Norge var i samsvar med internasjonalt aksepterte metoder. Behandlingsopplegget i Norge var i tråd med behandlingen i andre land det var naturlig å sammenligne seg med. Nemnda bemerket videre at klageren etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2, hadde rett til den helsehjelpen som utgjør "nødvendig helsehjelp". Det fremgikk 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. Det var riktig at der-

som pasientens prognose var meget dårlig, ville kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen var mer usikker. Nemnda kunne imidlertid ikke se at resultatene fra klinikken i utlandet viste at behandlingen var en tilstrekkelig dokumentert behandling, hverken når det gjaldt mulighet for helbredelse eller livsforlengelse. Nemnda bemerket at for pasienter med lungekreft med spredning til skjelettet fantes det hverken i Norge eller andre steder dokumentert helbredende behandling. Hun fikk derfor lindrende behandling (som også kunne være livsforlengende), i form av strålebehandling, og det var planlagt oppstart av behandling med cellegift. Nemnda stadfestet vedtaket fra Enhet for utenlandsbehandling, Helse Vest. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/84. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Rekonstruksjon av bryst. Saken gjaldt dekning av utgifter til rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Det var kompetanse til forsvarlig behandling av klageren i Norge. Nemnda bemerket at brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge. Rekonstruksjon av bryst etter behandling av brystkreft er en etablert behandling og utføres ved de fleste større sykehus her. Nemnda bemerket videre at en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet hadde utarbeidet en rapport vedrørende rekonstruksjon etter brystkreft. Rapporten var publisert 23. mars 2012. Det fremgikk etter nemndas syn av rapporten at det var et adekvat og forsvarlig tilbud i Norge til rekonstruksjon av bryst etter brystkreftoperasjon. Klageren var enig i at det generelt var kompetanse i Norge, men at hun var et helt spesielt tilfelle som var vanskelig å operere, og at det var stor fare for at resultatet ikke vil bli tilfredsstillende. Nemnda var uenig i dette. Nemnda mente at kompetansen i Norge var fullt på høyde med internasjonal kompetanse. Selv om det var kompliserende forhold ved klageren, var det ikke slik at denne kompetansen ikke strakk til. Det var videre usikkert hvor stor forbedring man kunne oppnå siden deformiteten allerede ikke var så uttalt. Klageren hadde etter nemndas syn et fullt forsvarlig tilbud i Norge, også selv om hun ikke kunne forvente bedring av det kosmetiske resultatet etter en eventuell rekonstruksjon. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/89. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Nyrecellekreft med spredning. Saken gjaldt dekning av utgifter til stereotaktisk strålebehandling for nyrecellekreft. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandling i utlandet ikke var oppfylt. Nemnda var enig med nemndas sakkyndige i at det var kompetanse til forsvarlig helsehjelp i Norge, herunder kompetanse til å vurdere hvilken behandling pasienter i klagerens pasientgruppe burde få. Nemnda viste videre til at det var utarbeidet et nasjonalt handlingsprogram for behandling av nyrecellekreft (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av nyrecellekreft, IS-1525, sist oppdatert i juni 2012). Anbefalingene i handlingsprogrammet var i tråd med internasjonale anbefalinger. Det fremgikk av retningslinjene at nyrecellekreft var blant de mest behandlingsresistente kreftformene. Det var ikke et mer avansert tilbud ved sykehuset i utlandet, men pasientgrunnlaget var større der enn for eksempel ved St. Olavs Hospital eller Oslo universitetssykehus. Hverken utstyr eller tidligere pasienterfaringer var imidlertid avgjørende, men hvorvidt stereotaktisk strålebehandling var den rette behandlingen for denne pasienten. I klagerens tilfelle var metastasevolumet som eventuelt skulle strålebehandles cirka 10 centimeter i lengderetning. I protokoller på stereotaktisk strålebehandling ved St. Olavs Hospital var største tillatte tumordiameter 6 centimeter. Metastasevolumet i klagerens tilfelle ville være for omfattende til at det var egnet for stereotaktisk strålebehandling, både på grunn av størrelse, og på grunn av risiko for skade på andre organer. Det var på dette grunnlaget at søknaden om behandling ved Oslo universitetssykehus ble avslått. Metodene i Norge for vurdering og behandling av pasienter med nyrecellekreft med spredning var i tråd med internasjonalt aksepterte metoder, også selv om klageren ikke fikk tilbud om stereotaktisk strålebehandling her. Stereotaktisk strålebehandling ved nyrecellekreft med spredning, som i klagerens tilfelle, var kun dokumentert ved enkelte pasientserier. Behandlingen var ikke etablert som standard behandling. Dersom en pasient etter en grundig vurdering skulle være mer egnet for stereotaktisk strålebehandling enn de øvrige behandlingsmetodene, ville denne behandlingen kunne tilbys i Norge. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

Klagesak 12/108. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd, jf. prioriteringsforskriften § 3. Smerter og ustabilitet i ankelen. Saken gjaldt dekning av utgifter til ankeloperasjon. Nemnda kom til at vilkårene for dekning av utgifter til behandlingen i utlandet ikke var oppfylt. Det var kompetanse til behandling av klageren i Norge. Nemnda viste til at det var kompetanse ved de fleste ortopediske avdelinger til å vurdere og behandle klagerens ankelproblemer. Ved Oslo universitetssykehus var det en seksjon for ortopedisk fot- og ankelkirurgi. Det var ved denne seksjonen god kompetanse til vurdering og behandling av klagerens pasientgruppe. Seksjonens fagfelt var gjenoppbyggende fot- og ankelkirurgi hos voksne. Den operasjonen klageren hadde fått utført i utlandet var en operasjon som kunne utføres ved alle regionsykehus i Norge. Til klagerens merknad om for lang ventetid, bemerket nemnda at den behandler klager på grunn av manglende kompetanse. Det var utenfor nemndas oppgaver å vurdere frister for behandling i saker som kun omhandlet kapasitet

og lang ventetid. Helsedirektoratet hadde i 2009 utgitt en prioriteringsveileder innen ortopedi (IS-1628) og en veiledertabell (IS-1647) som skulle være beslutningsgrunnlag for henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Her var også angitt retningslinjer for om en pasient hadde rett til nødvendig helsehjelp og maksimumsfrister. Dersom pasienten var uenig i den fristen som spesialisthelsetjenesten hadde fastsatt, kunne pasienten klage til Fylkesmannen, jf. prioriteringsforskriften § 7 annet ledd. Når det var fastsatt en forsvarlig frist som ble brutt, kunne en pasient henvende seg til HELFO pasientformidling som skulle skaffe et tilbud enten i Norge eller i utlandet. Etter fristbruddet hadde pasienten krav på helsehjelp uten opphold, enten i Norge eller i utlandet. Det var spesialisthelsetjenestens oppgave å fastsette en forsvarlig frist. Det fremgikk ikke av saksdokumentene at klageren hadde fått fastsatt en slik frist for behandling. Nemnda stadfestet vedtaket fra Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst. Vedtaket var enstemmig.

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