

NOU

Norges offentlige utredninger **2000: 2**

Behandlingsreiser til utlandet

Et offentlig ansvar?

Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 2. mars 1999.
Avgitt februar 2000

Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning

Oslo 2000

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalg for utredning av ordningen for behandlingsreiser til utlandet for kronisk syke pasienter ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i brev av 2. mars 1999.

Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Innstillingen er enstemmig.

Oslo, februar 1999

Jan Tore Gran leder leder

Finn Georg Birkeland

Berit Flatø

Per Aage Bjørke

Stig Grydeland

Gerd Ersdal

Jan Gulbrandsen

Hilde Westgaard Horge

Kai-Håkon Carlsen

Torill Selsvold Nyborg

Karin Wang Evensen

Eli Feiring sekretær

Kapittel 1

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid**1.1 Bakgrunn, mandat og sammensetning**

Bakgrunn

I 1976 fikk de første norske pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis tilbud om offentlig finansiert behandlingsreise til utlandet. I dag er ordningen for behandlingsreiser permanent og omfatter pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og psoriasis, barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem. Behandlingen foregår i Tyrkia og på Kanariøyene.

I august 1998 ba Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn om en vurdering av hvilke grupper pasienter med revmatiske sykdommer som burde prioriteres til behandlingsreiseopphold i utlandet. Bakgrunnen for dette var blant annet en henvendelse fra Norsk Leddgiktforbund angående behandlingsreisetilbud for pasienter med alvorlig revmatisk sykdom. Samtidig mottok departementet en rekke spørsmål fra enkeltpersoner og pasientforeninger om å bli inkludert i ordningen. I St meld nr 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot en heilskapleg rehabiliteringspolitikk* signaliserte departementet at det var ønskelig å gjennomgå ordningen:

«Sosial- og helsedepartementet vil ta initiativ til ei heilskapleg vurdering av tilbodet om behandlingsreiser til utlandet og setje ned eit utval for å greie ut dette spørsmålet».

Mandat

I brev av 2.mars 1999 nedsatte Sosial- og helsedepartementet et utvalg som fikk følgende mandat:

«Utvalget skal foreta en gjennomgang av dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet, for å vurdere om dagens ordning omfatter de pasientgrupper som har størst behov for ordningene. Videre skal utvalget vurdere om behandlingsopplegget som tilbys de norske pasientene står i forhold til forventede behandlingsresultater. På bakgrunn av dette skal utvalget gi tilrådninger om hvordan ordningen bør være i framtiden. Utvalget skal også vurdere om dagens prioritering av pasientgrupper for behandling er hensiktsmessig, samt om det er andre grupper som ikke faller inn under dagens ordning som bør prioriteres. Videre skal utvalget vurdere den medisinske nytteverdi behandlingsopplegget har for de ulike pasientgrupper, og hvilket omfang tilbudene i utlandet skal ha i forhold til den behandling som foregår i Norge. Utvalget skal videre vurdere prinsippene for hvordan man skal foreta prioriteringer mellom pasientgrupper, eller mellom enkeltpasienter. Utvalget skal legge fram modeller der prioritering mellom pasientgruppene framkommer. Det er i dag egenandeler for behandlingsreiser til utlandet, utvalget skal vurdere nivået på disse, også sammenliknet med andelene for tilsvarende behandling innenlands. De økonomiske og administrative kostnadene av modellene skal utredes, og minst en av modellene skal ikke medføre økte utgifter for folketrygden».

14. juni 1999 mottok utvalget brev fra departementet om at det var forutsatt at kost-nytteanalyse av behandlingsreisene ble vurdert av utvalget og gjennomført hvis mulig innen den tid som var til rådighet.

Sammensetning

Utvalget ble gitt følgende sammensetning:

Professor Jan Tore Gran, Universitetet i Tromsø (leder)
Kommunelege I Finn Georg Birkeland, Søgne
Forbundsleder Per Aage Bjørke, Norsk Revmatikerforbund
Overlege Astrid Edland, Buskerud sentralsykehus
Fylkeslege Gerd Ersdal, Troms
Overlege Berit Flatø, Rikshospitalet
Klinikkjef Stig Grydeland, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Direktør Jan Gulbrandsen, Beitostølen helsesportsenter
Forbundsleder Hilde Westgaard Horge, Foreningen for Muskelsyke
Professor Kai-Håkon Carlsen, Voksentoppen Statens sykehus
Høgskolelektor Torill Selsvold Nyborg, Fjell.

Astrid Edland ble fritatt umiddelbart etter at utvalget ble oppnevnt. Norsk Leddgiktforbund ble representert i utvalget fra 10.6.1999 ved forbundsleder Karin Wang Evensen.

Stipendiat Eli Feiring, Forskningsstiftelsen Fafo, har vært utvalgets sekretær.

1.2 Utvalgets tolkning av mandatet, problemstillinger og avgrensning

Utvalget har valgt å dele utredningen i en beskrivende og en vurderende del. I gjennomgangen av dagens ordning er ordningens historikk og nåværende utforming beskrevet. Utvalget har funnet at ordningen bør vurderes utfra en overordnet helsepolitisk målsetning om å sikre alle pasienter et godt og likeverdig tilbud om behandling og pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, alder, inntekt og sosial bakgrunn (St prp nr 1 (1999-2000)), samt med utgangspunkt i etablerte verdier, prinsipper og kriterier for prioritering innen norsk helsetjeneste som formulert av Lønning II-utvalget i NOU 1997:18 *Prioritering på ny*.

Med bakgrunn i en beskrivelse av de utfordringer utvalget mener en står overfor ved en videreføring av ordningen, er det gitt anbefalinger om formålsformulering, retningslinjer for faglig innhold, kriterier for prioritering mellom pasientgrupper og mellom enkeltpasienter, samt finansiering og organisering.

Følgende spørsmål er belyst:

- Har klimabehandling en behandlingseffekt utover det som kan forventes ved kombinasjon av medisinsk og/eller fysikalsk behandling og et generelt miljøskifte?
- Kan det dokumenteres behandlingseffekt av behandlingsreiser?
- Gir behandlingsreiseordningen et behandlingstilbud av tilfredsstillende medisinskfaglig kvalitet?
- Omfatter ordningen de riktige pasientgrupper og enkeltpasienter?
- Er ordningen finansiert og organisert på en hensiktsmessig måte?

Utvalgets vurderinger er foretatt på grunnlag av litteraturstudier og gjennomgang av annet skriftlig materiale. Dette inkluderer også erfaringer fra Sverige,

som etter utvalgets kjennskap er det eneste land med en ordning som kan sammenliknes med den norske behandlingsreiseordningen.

Utvalget beklager at det ikke har vært mulig innenfor eksisterende økonomiske og tidsmessige rammer å besøke behandlingsteder i utlandet.

Utvalget har ikke sett seg i stand til å utføre kost-nytteanalyser i løpet av den tiden utvalget har hatt til rådighet.

1.3 Arbeidet i utvalget

Utvalget har vært innkalt til ni fellesmøter. I tillegg har det vært organisert arbeidsgrupper som har møttes ved behov. Arbeidsgruppene og enkeltmedlemmer har bidratt med skriftlige kommentarer. I tillegg har utvalget fått innspill fra Cato Mørk ved Hudavdelingen ved Rikshospitalet. Seksjon for behandlingsreiser ved Revmatologisk Avdeling, Rikshospitalet, har vært behjelpelig med å skaffe statistisk materiale, interne rapporter og annen litteratur.

1.4 Andre utredninger

Utvalget er kjent med at det er nedsatt en departemental arbeidsgruppe som vurderer de spesielle helseinstitusjonene (Beitostølen helsesportsenter, Valnesfjord helsesportsenter, Hernes institutt og Attføringssenteret i Rauland). Utvalget kjenner videre til at det er nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som vurderer opptreningsinstitusjonene. Arbeidet i utvalget har ikke vært koordinert med disse gruppenes arbeid.

Kapittel 2

Sammendrag, vurderinger og anbefalinger**2.1 Behandlingsreiseordningens historikk**

Perioden 1976-78: Behandlingsreiser som prøveordning

Ordningen for behandlingsreiser til utlandet ble etablert som en prøveordning for tre år i 1976. Ordningen omfattet pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis. Formålet var å gi et alternativ til sykehusbehandling i Norge og dermed bedre behandlingskapasiteten for disse gruppene. Omfanget tilsvarte en økning på nær 65 000 kurdøgn til sammen. Utgiftene til prøveprosjektet ble delt mellom folketrygden og fylkeskommunene etter sykehuslovens bestemmelser. Folketrygdens tilskudd ble bevilget over trygdebudsjettets sykehuspost. Dette forutsatte at tilbudet skulle tilfredstille faglige krav etter norsk vurdering.

Behandling ble gitt ved tre til fire ukers opphold i det tidligere Jugoslavia. Pasientene ble prioritert etter felles, nasjonale retningslinjer. Uttaket foregikk ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Rikshospitalets hudavdeling. Helsedirektoratet administrerte ordningen i prøveperioden.

Perioden 1979-83: Konsolidering

Fram til ordningen ble gjort permanent i 1997 ble behandlingsreiser videreført for perioder fra tre til fem år av gangen. Pasientene med revmatiske sykdommer ble fortsatt tilbudt behandling i Jugoslavia, mens pasienter med psoriasis fikk behandlingsopphold på Lanzarote i Spania fra 1980. Det ble vektlagt at ordningen avlastet hjemlig tilbud, hadde medisinsk effekt, gunstig virkning på psykisk velvære og evne til sosial rehabilitering og egenaktivitet, og var økonomisk fordelsaktig.

Da rammefinansieringen ble innført i 1980 fikk fylkeskommunene økt innflytelse. Det ble gjort forsøk med lokalt uttak. Med henvisning til at hensynet til likebehandling uavhengig av bosted ikke ble tilstrekkelig ivarettatt som følge av fylkeskommunenes ulike økonomi, vedtok Stortinget at ordningen skulle finansieres over en egen post på statsbudsjettet fra 1984, samt at uttaket skulle foregå sentralt.

Perioden 1984-89: Usikkerhet om ordningens berettigelse

Formålet med ordningen lå fast fram til midten av 1980-tallet, men ble så gradvis endret. Ordningen ble over tid snarere oppfattet som et supplement enn et alternativ til eksisterende behandling i Norge. Samtidig gikk en bort fra å sammenlikne ordningen med innleggelse ved norske sykehus. I 1989 ble det innført en egenandel på tilbudet for voksne. I denne sammenheng ble ordningen sammenliknet med opptreningsinstitusjonene og rekonvalesenthjem.

På grunn av urolighetene på Balkan i 1991 ble tilbudet for gruppen med revmatiske sykdommer flyttet til Tyrkia. Fra 1985 hadde ordningen vært utvidet til også å omfatte barn og unge med leddgikt, astma/allergi og kroniske lungesykdommer. Disse gruppene hadde fått behandling i Jugoslavia, og behandlingen ble nå flyttet til Gran Canaria, Spania. I 1995 ble også tilbudet for

psoriasisgruppen flyttet til Gran Canaria etter brudd i forhandlingene med institusjonen på Lanzarote.

Fra midten av 1990-årene ble ordningen utsatt for et mer kritisk søkelys. Statens helsetilsyn konkluderte med at effekten av behandlingsopphold i varmt klima syntes kortvarig og at ordningen ikke inkluderte de alvorlig syke. I 1994 ble ordningen omorganisert og den faglige styringen styrket. Sekretariatsfunksjonen ble tillagt Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus med Sosial- og helsedepartementet som tilsynsinstitusjon. NSB Reisebyrå beholdt reiseoperatørdelen.

Perioden 1996-98: Dagens ordning vokser fram

I 1995 vedtok Stortinget at ordningen skulle gjøres permanent fra 1997 på bakgrunn av Sosial- og helsedepartementets evaluering av ordningen. Evalueringen konkluderte med at behandlingen hadde betydelig effekt for samtlige sykdomsgrupper, på tross av at det flere ganger fra ulikt hold var etterlyst bedre dokumentasjon og analyse av behandlingseffekt.

2.2 Dagens ordning

Finansiering og organisering

Ordningen for behandlingsreiser til utlandet er en statlig rammebevilgning forvaltet av Rikshospitalet. For 1999 bevilget Stortinget nær 63 mill. kroner til ordningen. Midlene fordeles mellom programmer og behandlingsinstitusjoner etter Stortingets forutsetninger. Voksne pasienter betaler en egenandel (100 kroner per døgn i 1999). I 1998 ble 2476 pasienter tilbudt behandlingsreise (inkludert prøvegrupper), og totale utgifter per pasientdøgn var 786 kroner.

Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvar for ordningen, mens det daglige administrative ansvar er tillagt Seksjon for behandlingsreiser ved Revmatologisk Avdeling, Rikshospitalet. Ordningen er organisert i tre programmer: Programmet for revmatiske sykdommer, psoriasisprogrammet og programmet for barn og unge med astma, andre kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. Medisinskfaglig ansvar for hvert program er lagt til Rikshospitalets respektive fagavdelinger, som også har tilsynsfunksjon overfor behandlingsinstitusjonene i utlandet.

Pasientene søkes inn av spesialist eller allmennpraktiker. Søknadene vurderes etter faglige retningslinjer innenfor hvert program.

Ordningens medisinskfaglige begrunnelse

Dagens ordning for behandlingsreiser omfatter voksne og barn med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og psoriasis, samt barn og ungdom med astma og andre kroniske lungesykdommer og barn med atopisk eksem. Felles for disse gruppene er at pasientene har kroniske betennelsesaktige sykdommer med stort behandlingsbehov, samt forventet effekt av behandling i varmt og solrikt klima (klimaeffekt).

Klimaeffekten er hovedsakelig en direkte effekt av sollys og sjøbad ved psoriasis og atopisk eksem. Tørt og varmt klima har en symptomlindrende effekt som bedrer mulighetene for gjennomføring av fysikalsk behandling for pasienter med betennelsesaktig revmatisk sykdom. Ved astma og allergi antas

den positive effekten av klimabehandling delvis å skyldes fravær av ugunstig miljøeksposisjon. Sykdommene er forbundet med en økt forekomst av nedsatt fysisk kapasitet, og et endret klima synes å kunne bedre mulighetene for å gjennomføre fysisk treningsterapi for disse pasientene. Mekanismen for klimaeffekt ved kroniske betennelsesaktige sykdommer kan muligens forklares ved at ultrafiolett lys har en påvisbar betennelsesdempende effekt.

Tilbudets innhold og kostnad

Tilbudet omfatter medisinsk og/eller fysikalsk behandling og/eller tilrettelagt fysisk aktivitet, ultrafiolett stråling og/eller allergisanering, samt undervisning.

Foreløpig har det ikke vært utført systematiske kostnads-effektstudier av behandlingsreiseordningens tilbud. Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon har utvalget konkludert med at behandlingsreiseordningen gir et lite kostnadskrevende tilbud per pasientdøgn, og at effekten for pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis kan være like god eller bedre enn sammenliknbare innenlandske tilbud.

Prioritering mellom pasientgrupper og enkeltpasienter

Etterspørselen etter behandlingsreiser er større enn tilbudet. Fordeling av plasser mellom pasientgruppene som allerede er omfattet av ordningen foretas etter Stortingets forutsetninger. I 1998 ble om lag 1700 pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer, 600 psoriasispasienter og 180 barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem tilbudt behandling (inklusive prøvegrupper).

For hvert av programmene i ordningen foreligger skriftlige retningslinjer for prioritering mellom pasientene med utgangspunkt i veldefinerte diagnoser. Kriteriene synes i liten grad tuftet på de generelle retningslinjer for prioritering som er anført i helsepolitiske dokumenter. Kriteriene varierer noe mellom programmene, og krav til dokumentasjon av pasientens behov for behandlingsreise varierer.

Utvalget er kjent med at mange nye pasientgrupper ønsker et behandlingstilbud i varmt klima. I denne sammenheng valgte utvalget å henvende seg til paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) for å kartlegge om noen av deres tilsluttede pasientforeninger ønsket å komme i betraktning for behandlingsreiser til utlandet. Utvalget mottok svar fra flere pasientforeninger og henvendelsene er vurdert i punkt 8.8/2.21.

2.3 Programmet for revmatiske sykdommer

Medisinskfaglig begrunnelse

Behandlingsreiser til utlandet for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer er et tilbud om intensiv fysikalsk behandling i et stabilt og varmt klima. Positive effekter av behandlingsreisetilbudet kan skyldes tre forhold: intensiv fysikalsk behandling, klima og miljøskifte. Fysikalsk behandling er en integrert del av behandlingen av pasienter med revmatiske sykdommer hvor formålet er å forbedre pasientens funksjon ved å bevare eller øke muskelstyrke og leddbevegelighet. Varme lindrer stivhet og smerter ved

disse sykdommene. Et varmt og solfylt klima og opphold i et tilrettelagt miljø kan derfor tenkes å bedre muligheten til å gjennomføre aktiv treningsterapi.

Tilbud

Voksne pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer tilbys behandlingsopphold ved Balcova Termal i Tyrkia. Behandlingen består av medisinerings og fysikalsk behandling. I tillegg legges det til rette for idrettspedagogiske tiltak og sosiale aktiviteter. Varigheten av oppholdet er fire uker.

Behandlingsstedene har medisinsk ekspertise innen blant annet fysikalsk medisin, revmatologi og indremedisin. Vakthavende revmatolog ved Rikshospitalet har bakvakt for ordningen. Pasientene undersøkes også av fysioterapeut og sykepleier. Lege og sykepleier er tilgjengelig på døgnbasis.

Den fysikalske behandlingen består av tre til sju daglige behandlinger av 15-45 minutters varighet. Behandlingen gis fem dager per uke. Oppvarming i form av vannbehandling, parafinomslag eller gytje tilbys alle pasienter. Denne behandlingsform brukes i første rekke før og etter aktiv trening. Det tilbys i tillegg massasje og elektroterapi.

Undervisning med fokus på mestring av kronisk sykdom tilbys i form av fokusgrupper hver annen uke. Det gis videre idrettspedagogiske tilbud som ulike sportsaktiviteter.

Programmet for barn fra 6 til 14 år er av tre ukers varighet. Ungdom fra 14 til 18 år får fire ukers behandling. Det gis gruppeundervisning av sykepleier, fysioterapeut eller lege to timer per uke. I tillegg gis tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet. Det arrangeres sosiale aktiviteter.

Effekt

For pasienter med revmatiske betennelsesaktige sykdommer har utvalget referert til fire studier av behandlingsopphold i varmt og tørt klima, samt til registreringer av pasienttilfredshet. Utvalget har konkludert med følgende:

- Medisinsk og fysikalsk behandling i varmt og tørt klima synes å føre til bedring av fysisk funksjon, generell helse, reduksjon av smerte og forbedret livskvalitet som vedvarer tre til seks måneder etter avsluttet behandling.
- Effekt av behandlingstiltaket kan tilskrives intensiv fysikalsk behandling og bedret mulighet for å gjennomføre treningsterapi i et varmt og stabilt klima.
- Evaluering av behandlingsreisetilbudet har vist at pasientenes tilfredshet med behandlingsreisetilbudet er god, og at majoriteten av pasientene oppgir bedring av symptomer, fysisk funksjon og psykisk tilstand.

Langtidseffekt av behandlingsreise utover seks måneder etter avsluttet behandling er ikke undersøkt. Det er heller ikke gjort undersøkelser av hvilke pasienter innen de ulike diagnosegrupper som kan ha størst nytte av behandlingstilbudet, eller av hvilken varighet oppholdet bør ha for å gi optimal effekt. Behandlingseffekten ved psoriasisartritt er ikke studert.

For barn og ungdom med revmatiske sykdommer er behandlingsreisers effekt på sykdomsaktivitet og fysisk funksjon kun undersøkt ved rapporter om pasientens egen opplevelse. Kontrollerte studier av behandlingseffekt hos

barn og ungdom som mottar behandlingsreisetilbud foreligger ikke. Langtidseffekt av behandlingen er ikke undersøkt.

2.4 Psoriasisprogrammet

Medisinskfaglig begrunnelse

Sykdomsintensiteten for pasienter med psoriasis varierer over tid og er vanligvis mest uttalt høst, vinter og vår. De fleste pasienter blir erfaringsmessig bedre om sommeren dersom de bader og huden eksponeres for sol. Klimaeffekten er hovedsakelig en direkte effekt av sollys og sjøbad. Mange steder i Norge er ikke klimaet godt nok om sommeren til å oppnå en gunstig effekt på psoriasisaktiviteten.

Innhold

Psoriasisprogrammet gir tilbud om medisinsk kontrollert behandling med sol og sjøvann, hvile, undervisning og fysisk trening i en periode på tre uker. Behandlingssted er Gran Canaria. Personalet består av hudlege, oversykepleier, to sykepleiere og én fritidsmedarbeider.

Pasientene får egen veiledning i soling avhengig av hudtype og intensiteten på solen i den aktuelle behandlingsperioden. De oppfordres til hyppig bading i saltvann. Pasienten har normalt omlag 100 soltimer i løpet av et tre ukers opphold. Det er to saltvannsbasseng på Valle Marina, hvorav ett er oppvarmet til 34 grader celcius. Fritidsmedarbeider sørger for organisert treningssopplegg, og organiserer sosiale og kulturelle aktiviteter der hensikten er å stimulere pasientene psykososialt.

Overlegen for psoriasisprogrammet har telefonisk kontakt flere ganger i uken med personalet på behandlingsstedet, fortrinnsvis oversykepleier og ansvarlig lege. Overlegen foretar videre tilsynsreiser og deltar selv i legetjenesten.

Effekt

For pasienter med psoriasis har utvalget referert til flere artikler som beskriver effekt av behandlingstiltak i solrikt klima, samt til en registrering av pasienttilfredshet. Utvalget har konkludert med følgende:

- Medisinsk behandling og kontrollert sol- og sjøbad synes å føre til god bedring av pasientens hudlidelse som vedvarer noen måneder etter avsluttet behandling.
- Effekt av behandlingstiltaket kan tilskrives direkte effekt av sollys og sjøbad.
- Evaluering av behandlingsreisetilbudet har vist at pasientenes tilfredshet med behandlingsreisetilbudet er god, og at majoriteten av pasientene oppgir bedring av symptomer og psykisk tilstand.

Langtidseffekt av behandlingsreise utover seks måneder er i liten grad undersøkt. Det er heller ikke gjort undersøkelser av hvilke solingsdoser som er optimale eller av hvilken varighet oppholdet bør ha for å gi optimal effekt.

2.5 Programmet for barn og unge med astma, andre kroniske lungesykdommer og atopisk eksem

Medisinskfaglig begrunnelse

Klimafaktorer er viktige både for fremkalling av akutte astmaanfall og kronisk vedvarende symptomer, samt som medvirkende faktor når sykdommen starter. Høyfjells klima bedrer bronkial hyperreaktivitet og symptomer ved astma. Klimaskifte antas i seg selv å gi bedring, idet naturlig forekommende allergener som pollen, muggsoppssporene og midd er forskjellige i forskjellig klima.

Det har lenge vært kjent at atopisk eksem bedres ved lysbehandling og påvirkning av sol. Sollysets antiinflammatoriske effekt bedrer både atopisk eksem og andre inflammatoriske hudsykdommer.

Fysisk aktivitet er en del av den naturlige lek for barn og er viktig for deres naturlige utvikling, og behandlingsreisetilbudet gir mulighet til aktivitet under kontrollerte forhold.

Innhold

Programmet for astma, lungesykdommer og atopisk eksem gir tilbud til barn og unge om behandlingsopphold på Gran Canaria. Dagens ordning gir daglig undersøkelse av spesialkompetent lege som foretar justering av medisiner og regelmessige lungefunksjonsundersøkelser. Det er lagt opp et undervisningsprogram tre til fire timer per uke bestående av undervisning av lege, sykepleier eller i form av gruppearbeid. Er behandlingstilbudet lagt til skoleåret, blir det gitt et tilpasset skoletilbud. Planlagt fysisk aktivitet inngår i tilbudet.

Effekt

Det foreligger foreløpig ingen publisert studie av effekt av behandlingsreiser for barn og unge med astma og lungesykdommer, men det utføres nå en evaluering av tilbudet til barn med astma. De foreløpige resultater av evalueringen konkluderer med positiv effekt. Pasient- og pårørendetilfredshet med behandlingsreise er gjennomgående høy. Tilbudet til barn med atopisk eksem er nytt og er ikke evaluert. For barn med atopisk eksem er det vist positiv effekt av klimabehandling i publiserte undersøkelser og i to norske (private) prøveprosjekter.

2.6 Behov og etterspørsel

Behov

Utvalget ønsker å understreke at det finner det vanskelig å anslå ulike gruppers behov for behandlingsreiser. Anslagene er forbundet med høy grad av usikkerhet. Behovsestimater vil kunne påvirkes av eksisterende og framtidig sykdomsforekomst, dokumentasjon av effekt, definisjon og utforming av tilbud, samt forekomst av alternative behandlingstilbud. Behov for behandlingssreiser er ikke absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud. Med behov menes i denne sammenheng antall pasienter som årlig vil kunne ha nytte av behandlingsreise til utlandet og hvor behandlingseffekten ikke kan erstattes av behandling innenlands. Med nytte menes en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp

og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.

Utvalget har i sine anslag benyttet estimater på sykdomsforekomst og andel av pasienter som antas å ha nytte av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselstall.

Det er tatt utgangspunkt i prevalenstall som ligger noe i overkant av de anslag som studier av hospitaliserte pasienter angir. Utvalget mener at det må tas hensyn til at et ikke ubetydelig antall pasienter med moderat alvorlighetsgrad per i dag ikke er registrert som sykehuspasienter, men ved bedret diagnostikk og økt registreringshyppighet hos spesialisthelsetjenesten vil kunne komme i betraktning for behandlingsreise.

Det er forutsatt at sykdomsforekomst og andel pasienter med forventet nytte av klimabehandling er konstant. Videre forutsettes at det innenlandske tilbud til de aktuelle pasientgrupper ikke reduseres.

Etterspørsel

Med etterspørsel menes det antall pasienter som årlig søker om denne type behandling. Etterspørselen etter behandlingsreisetilbudet er målt i form av antall søknader som behandles av Seksjon for behandlingsreiser, Rikshospitalet. Dagens etterspørsel etter behandlingsreiser synes lav i forhold til behovsanslagene. Flere faktorer kan påvirke om medisinsk behov kommer til uttrykk som etterspørsel. Spesielt vil kunnskap og holdninger til behandlingsreiser i befolkningen og i helsevesenet være viktig. Også egenbetalingens størrelse vil kunne påvirke etterspørselen. Utvalget antar at lav etterspørsel i forhold til behovsanslag dels kan skyldes at det er kjent at ordningen tilbyr et begrenset antall plasser, og dels at oppholdets varighet er vanskelig å kombinere med omsorg for andre familiemedlemmer, arbeid eller skolegang.

Etterspørselskorrigert behov for behandlingsreiser

Med utgangspunkt i sykdomsforekomst og andel som forventes å kunne ha nytte av tilbudet, antas det et behov for om lag 3500 plasser årlig ved programmet for revmatiske sykdommer. Det er forutsatt at reise gis hvert annet år. Imidlertid har etterspørselen etter tilbudet de siste årene vært lavere enn behovsanslaget og kan forventes å synke ved tilbud om plass hvert annet år. Utvalget har derfor konkludert med et etterspørselskorrigert behov for om lag 3200 plasser innenfor dette programmet.

For psoriasisprogrammet antas det et behov for 3000-5000 plasser årlig med utgangspunkt i sykdomsforekomst og andel pasienter som forventes nytte. Etterspørselen etter tilbudet har vært langt lavere enn behovsanslaget de senere år. Utvalget har derfor konkludert med et etterspørselskorrigert behov for om lag 2000 plasser innenfor dette programmet.

Som vist i "[Dagens ordning](#)" i kapittel 4 foreligger ikke dokumentert effekt av behandlingsreise for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Gitt at en slik effekt kan dokumenteres, antas det et behov for om lag 2500 plasser utfra sykdomsforekomst og andel pasienter som forventes nytte. Etterspørselen har vært svært lav. Utvalget har derfor konkludert med at et etterspørselskorrigert behov for om lag 1000 plasser innenfor dette programmet (gitt at effekt av tilbudet kan dokumenteres).

Utvalget vil gjenta at estimatene er forbundet med høy grad av usikkerhet.

Vurderingen av hvorvidt andre sykdomsgrupper enn de som allerede er omfattet av ordningen kan ha behov for behandlingsreiser, er gjort i *"Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkelt-pasienter"* i kapittel 8.

I punkt 2.22 gir utvalget sine anbefalinger om dimensjoneringen av plasser i ordningen.

2.7 utfordringer

Gjennomgangen har vist at enkelte pasientgrupper kan ha nytte av klimabehandling. Behandlingsreiseordningen kan møte et behov for et slikt behandlingstilbud. Etterspørselen etter behandlingsreiser er større enn tilbudet, og det synes å være et underdekket behov for klimabehandling.

Samtidig framstår ordningen for behandlingsreiser med et noe uklart formål. Både den historiske gjennomgangen og gjennomgangen av dagens ordning har vist at formålsformuleringen har endret seg over tid. Den opprinnelige intensjonen med ordningen var å øke behandlingsskapasiteten ved sykehusene for visse kronikergrupper. Etterhvert som utbyggingen av sykehussektoren tiltok, ble imidlertid kapasitetsargumentet mindre vektlagt. Videre ble det påpekt fra medisinsk faglig hold at behandlingsreiser neppe fullt ut kunne erstatte innenlandsk sykehusbehandling.

I flere helsepolitiske dokumenter har ordningens rehabiliteringsaspekt vært vektlagt i stadig større grad. Utviklingen av et mer spesialisert sykehusstilbud og overgangen til økt bruk av poliklinisk behandling antas å ha hatt betydning for den gradvise endringen av ordningens formål.

Det er ikke gitt hvilke norske tilbud behandlingsreiser kan erstatte eller supplere. Innholdsmessig overlapper tilbudet rene behandlingstilbud og rene rehabiliteringstilbud. Behandlings- og rehabiliteringsaspektet vektlegges ulikt i de ulike programmene. Ordningen synes organisatorisk løsrevet fra det øvrige offentlige helsetjenestetilbudet.

Dette gjør det vanskelig å plassere ordningen i forhold til det øvrige helsetjenestetilbudet for de aktuelle diagnosegruppene og vanskeliggjør dermed vurdering av tilbudets kvalitet og kostnadseffektivitet, prioriteringsspraksis, organisering og finansiering.

Utvalgets gjennomgang av ordningen har samtidig vist at det er behov for å klargjøre den administrative ansvarsdeling mellom Sosial- og helsedepartementet, tilskuddsforvalter og tilsynsmyndighet. Spesielt synes det nødvendig å presisere prosedyrer for vurdering av nye pasientgrupper og nye behandlingssteder.

Etter utvalgets oppfatning er hovedutfordringene i en videreføring av ordningen følgende:

- Å presisere ordningens formål.
- Å plassere tilbudet i forhold til det øvrige helsetjenestetilbudet.
- Å sikre tilbudets faglige kvalitet og kostnadseffektivitet.
- Å sikre en rimelig fordeling av behandlingsopphold mellom pasientgrupper og enkeltpasienter.
- Å bestemme en hensiktsmessig organisering og finansieringsform, samt å klargjøre den administrative ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene og mellom den politiske og administrative beslutningsmyndighet.
- Å finne et rimelig omfang av ordningen.

2.8 Videreføring av ordningen - et offentlig ansvar

Det er et stadig tilbakevendende spørsmål hvordan de samlede ressursene i helsevesenet skal brukes. I de senere årene er det i økende grad blitt stilt krav om kunnskapsbasert praksis i helsevesenet. Dette, sammen med de nasjonale målsetninger om rettferdig fordeling og kostnadskontroll, er ikke forenelig med tilfeldig og skjønnsmessig tildeling av ytelser.

Utvalget anbefaler at prioritering av behandlingsreiser i forhold til andre tiltak og prioritering av pasienter til behandlingsreiser, bygger på etablerte verdier, prinsipper og kriterier for prioritering innen norsk helsetjeneste. Lønning II-utvalget foreslo at like tilfeller vurdert etter tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede effekt og kostnadseffektivitet skal gis likeverdig tilbud og prioritet.

Lønning II-utvalget fastslo at samfunnet har et særlig ansvar for kronisk syke mennesker. Samtidig ble det argumentert for at også tiltak overfor denne gruppen bør avgjøres etter en samlet vurdering av alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet. Høy alvorlighetsgrad er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for høy prioritet. I tillegg bør tiltakets forventede effekt og kostnadseffektivitet tillegges vekt. Dette innebærer at selv om tiltaket ikke når de mest alvorlig syke, kan stor effekt og lave kostnader forsvare tiltaket, ble det argumentert.

Kronisk sykdom betegner alle grader av sykdom - fra lette plager til fullstendig invalidisering og dødelige tilstander. Nettopp fordi ulike diagnoser rommer mange alvorlighetsgrader, påpekte Lønning II-utvalget at pasientene ikke kan prioriteres utfra diagnose alene. Ikke alle pasienter med kronisk lidelse skal ha høy prioritet. Utvalget anbefalte at alle pasienter i høyere prioritetsgrupper bør få tilbud om likeverdig behandling før noen i lavere gruppe får det.

Lønning II-utvalget anbefalte at det offentlige bør tilby utfyllende tjenester som behandling og rehabilitering for tilstander

- a) som gir forventet prognosetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter, og
- b) hvor tiltak har betydningsfull nytte for pasienten, og
- c) hvor forventet nytte står i rimelig forhold til kostnadene.

Dette utvalget legger til grunn at behandlingsreiseordningen bør vurderes med utgangspunkt i hvorvidt det kan dokumenteres positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt må kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling. Effekt må avveies i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad og tilbudets kostnad.

Dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima

Gjennomgangen av behandlingsreiseordningen har vist at det er dokumentert effekt av behandlingstiltak i varmt, tørt og solrikt klima for pasienter med revmatiske betennelsesaktige sykdommer og med psoriasis. For atopisk eksem er det rapportert positiv effekt av sollys. Det foreligger ingen publisert studie av nytte av behandlingstiltak i varmt, tørt og solrikt klima for barn med astma og lungesykdommer.

Behov for behandlingsreise

Utvalget har konkludert med at behandlingsreiser kan dekke et behov for behandlingstiltak i varmt, tørt og solrikt klima for moderat til alvorlig syke pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og psoriasis. Utfra behovsvurderinger utvalget har foretatt med utgangspunkt i sykdommenes forekomst, forventet effekt og etterspørsel etter behandlingsreiser de senere år, er det konkludert med et underdekket behov for behandlingsplasser for begge grupper. Gitt at behandlingsreise kan dokumenteres å ha effekt for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem, konkluderer utvalget med et underdekket behov også for disse pasientene.

Kostnader

Utvalget har ikke sammenliknet tilbudet med andre innenlandske tilbud hva gjelder kostnader per behandlet pasient, da det er uklart hva som er relevante sammenliknbare innenlandske institusjoner. Utvalget har heller ikke hatt anledning til å vurdere ressursinnsats per kvalitetsenhet. Tilbudet synes isolert sett lite kostnadskrevende med en gjennomsnittlig kurdøgnpris på kr 786 i 1998.

Et offentlig tilbud

På bakgrunn av vurderingen ovenfor, anbefaler utvalget at behandlingsreiseordningen videreføres som et offentlig behandlingstilbud på spesialisthelsetjenestenivå.

2.9 Finansiering

En kan tenke seg to typer finansieringsordninger for et offentlig behandlingstiltak, det ene som en statlig finansiering over statsbudsjettet, og den andre som en overføring av finansieringsansvaret til fylkeskommunene. Etter utvalgets mening er det tre hensyn som kan tale mot fortsatt statlig finansiering av ordningen. Dette gjelder for det første hensynet til effektiv bruk av tilbudet. Mens primærleger og spesialister på kommunalt og fylkeskommunalt nivå i stor grad definerer bruk av behandlingsreiseordningen, finansieres tilbudet dels av staten og dels av pasientene. Dette innebærer at fylkeskommunene og kommunene har få insitamenter til målrettet bruk, hvilket over tid kan resultere i et større antall søknader til behandlingsreiseordningen enn ønskelig utfra ordningens målsetning.

For det andre kan statlig finansiering gi få insitamenter til lokal utbygging av tilbudet til de aktuelle gruppene, i det pasientene i noen grad får dekket sitt behandlingsbehov gjennom ordningen. For det tredje kan statlig finansiering bidra til manglende integrering av behandlingsreiser i det øvrige fylkeskommunale tilbudet for de aktuelle pasientgruppene. Dette kan resultere i manglende ivaretagelse av hensynet til et helhetlig samlet behandlingsopplegg for den enkelte pasient.

Å overføre finansieringsansvar til fylkeskommunene vil kunne sikre mer effektiv ressursutnyttelse, bedre koordinering av tilbudene til de aktuelle pasientgruppene og bidra til at behandlingsreiser blir en del av det ordinære tilbudet til disse gruppene.

Utvalget legger imidlertid vesentlig vekt på at variasjon i fylkeskommunal økonomi og ulikhet i det kommunale/fylkeskommunale behandlingstilbudet for de aktuelle pasientgruppene, kan innebære en skjevfordeling av behandlingstilbudet hvis fylkeskommunene overtar finansieringsansvaret for ordningen. I tillegg er det ønskelig med en stabil tilstrømning av pasienter innenfor de ulike programmene for å ha en effektiv og forutsigbar administrasjon av tilbudet, og for å sikre et kontinuerlig behandlingstilbud ved de utenlandske institusjonene. Dette kan være vanskelig å oppnå ved fylkeskommunalt uttak.

Utvalget anbefaler derfor at ordningen fortsetter som en statlig tilskuddsordning og vurderer det hensiktsmessig at tilskuddet fortsatt gis over egen post på statsbudsjettet.

2.10 Organisering

Utvalget anbefaler at Sosial- og helsedepartementet reviderer regelverket for tilskuddsordningen slik at formål, målsetting og målgruppe spesifiseres som anbefalt i punkt 2.11, samt at krav til søknadsprosedyre for pasientene fastsettes som anbefalt i punkt 2.15.

Utvalget anbefaler at faglig og administrativt ansvar for ordningen fortsatt tillegges en og samme institusjon. Utvalget tilrår et fortsatt sentralt uttak av pasienter utfra hensyn til likebehandling uavhengig av fylkeskommunalt tilbud og økonomi. Utvalget anbefaler at Rikshospitalet, Revmatologisk Avdeling, Seksjon for behandlingsreiser fortsetter som tilskuddsforvalter av ordningen. De allminnelige regler for forvaltning av statlige tilskudd som er gitt i Økonomiregelverk for staten skal følges.

Tilskuddsforvalter bør, i tillegg til administrative oppgaver, tilrettelegge faglig vurdering av eksisterende ordning, nye behandlingssteder og utvidelse av ordningen til å omfatte nye grupper.

Utvalget anbefaler at overordnet faglig tilsynsmyndighet tillegges Statens helsetilsyn. Dette innebærer ansvar for faglig evaluering, samt faglig vurdering av behandlingssteder og faglig vurdering av utvidelse til nye grupper.

Utvalget anbefaler at det foretas faglig evaluering av ordningen hvert femte år på grunnlag av årsrapporter som utarbeides for hvert program.

Utvalget anbefaler at pasientene gis klageadgang til fylkeslegen/Statens helsetilsyn vedrørende norsk helsepersonell som er ansatt i tilbudet og vedrørende tilbudets innhold.

2.11 Ordningens formål

Utvalget anbefaler at ordningens formål, krav til dokumentasjon, utforming og målgruppe presiseres som følger:

Formål

Behandlingsreiseordningens formål er å gi et supplerende tilbud til pasientgrupper som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima under forsvarlige medisinske forhold etter norske kvalitetskrav. Tilbudet bør ikke kunne erstattes av liknende tilbud i Norge.

Målsetting

Ordningens målsetting er å gi dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet som varer minst tre måneder etter endt behandling. Tilbudet er ikke forutsatt å gi varig eller forbigående helbredelse eller ha effekt i form av livsforlengelse.

Dokumentasjon

Med dokumentert nytte menes at positiv behandlingseffekt av kombinasjon av medikamentell og/eller fysikalsk behandling og varmt og solrikt klima er målt minst tre måneder etter endt behandling.

Med positiv effekt menes at tiltaket gir dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet.

Som dokumentasjon bør det foreligge minst to separate vitenskapelig akseptable undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Undersøkelsene bør være kontrollerte, og kontrollgruppen bør bestå av pasienter med samme sykdom som gjennomgår behandling ved sammenliknbare institusjoner i hjemlandet. Undersøkelsene bør være publisert i tidsskrift med referee, eller vurdert etter tilsvarende faglige krav.

Utforming

Tilbudet skal være et supplement på spesialisthelsetjenestenivå til innenlandsk medisinsk behandling og rehabilitering. Tilbudet skal inngå som et ledd i en kjede av tiltak. Tilbudets forventede effekt skal stå i rimelig forhold til tilbudets kostnader.

Målgruppe

Tilbudet skal være diagnosespesifikt og omfatte pasientgrupper av en viss størrelse som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Ordningen skal omfatte pasienter med diagnostisert somatisk, kronisk sykdom. Med kronisk sykdom menes at lidelsen har minimum seks måneders varighet, samtidig som tilstanden ikke ventes bedret uten behandling.

2.12 Krav til faglig innhold

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter bør utforme krav til innhold og kvalitetssikring av tilbudet etter følgende retningslinjer:

Krav om skriftlig behandlingsopplegg

Det bør foreligge et skriftlig behandlingsopplegg som er godkjent av norsk medisinsk faglig ekspertise for samtlige behandlingformer. Tilbudet bør omfatte daglig behandling for de aktuelle grupper som

- Medisinsk behandling og/eller fysikalsk behandling eller medisinsk kontrollert sol- og sjøbad.
- Tilpasset fysisk aktivitet. Med tilpasset fysisk aktivitet menes aktiviteter som er tilrettelagt for den enkelte pasient med hensyn til aktuelle funksjonsnivå for å oppnå bedret utholdenhet, styrke, bevegelighet, koordinasjon, balanse og ferdighet.

- I tillegg kan tiltaket omfatte undervisning og veiledning for å bedre pasientenes mestringsevne i forhold til sin kroniske sykdom.
- Ordningen skal ikke omfatte medisinsk utredning, diagnostisering, iverksetting av ny medisinsk behandling, rehabilitering av spesielt sammensatte eller komplekse tilstander, eller psykososial rehabilitering. Imidlertid skal tilbudet gi rom for supplering og justering av behandlingsopplegget.

Krav om dokumentert effekt og kostnadseffektivitet

Tilbudet skal kunne dokumenteres å ha effekt (som definert tidligere) for de pasientgrupper som omfattes av ordningen. Tilbudet skal videre være kostnadseffektivt i den forstand at forholdet mellom tilbudets kostnad og behandlingens effekt er rimelig sammenliknet med norske tilbud for samme pasientgruppe.

Krav til kvalitetssikring for behandlingstilbudet og for reise og opphold

Det bør utarbeides et kvalitetssikringssystem som minimum krever skriftlig dokumentasjon for følgende områder:

- Rutiner for medisinsk behandling og fysikalsk behandling utarbeidet av norsk medisinsk faglig ekspertise.
- Kvalitetsindikatorer for blant annet undersøkelse- og behandlingsutstyr, lokalteter, praktisk tilrettelegging av tilbudet og effekt av behandling, samt registrering av komplikasjoner og skader.
- Medikamenthåndtering.
- Rutiner ved akutte sykdomstilfeller.
- Minimumskrav for akuttberedskap.
- Sikkerhet ved reise og opphold.
- Faglig ledelse og administrasjon.
- Undervisning.
- Evaluering.
- Etterundersøkelser.

2.13 Retningslinjer for prioritering mellom pasientgrupper

Dimensjonering av ordningens tre programmer fastlegges årlig ved Stortingets behandling av statsbudsjettet. Etterspørselen etter behandlingsreiser varierer mellom programmene, men ingen av programmene kan møte etterspørselen.

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter utformer retningslinjer for prioritering mellom pasientgrupper (som er omfattet i dag og for eventuelle nye grupper) som ivaretar følgende hensyn:

- Tilbudet skal være diagnosespesifikt.
- Kun pasientgrupper som har dokumentert nytte av klimabehandling skal omfattes av ordningen. Nytte er definert som i punkt 2.11.
- For å ivareta behov for et permanent og kontinuerlig tilbud, samt evaluering, skal tilbudet gis diagnosegrupper av en viss størrelse.
- Kostnadene ved behandlingsreise skal stå i rimelig forhold til effekten av behandlingen.
- Dimensjonering av plasser til de ulike programmene bør gjøres med utgangspunkt i en avveining mellom diagnosegruppens størrelse, forven-

tet effekt av behandling, vurdering av omfanget av innenlandsk tilbud, samt kostnader.

2.14 Retningslinjer for prioritering mellom pasienter

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter foretar en samlet gjennomgang og revisjon av prioriteringskriteriene til de ulike programmene. Kriteriene bør innholdsbestemmes av de respektive spesialistforeninger. Tilskuddsforvalter bør etter utvalgets mening ha ansvar for at spesialistforeningene utformer slike kriterier og at disse blir revidert ved behov. Utvalget anbefaler at følgende retningslinjer følges:

Nødvendige kriterier

- Tilbudet skal gis til pasienter med diagnostisert somatisk, kronisk sykdom.
- Pasienter med størst forventet nytte av tilbudet skal prioriteres. Som regel vil dette innebære at moderat til alvorlig syke pasienter skal gis tilbud, da disse forventes å ha større nytte av tiltaket enn svært alvorlig syke pasienter. Alvorlighet er definert som grad av prognosetap dersom behandlingstiltak ikke iverksettes og vil romme dimensjoner som grad av kronisitet, grad av funksjonsnedsettelse, intensitet og hyppighet av smerter, utbredelse av sykdomsmanifestasjoner, grad av veksthemming hos barn samt grad av selvhjelpenhet. Utvalget anbefaler likevel at innenfor gruppen av pasienter som antas å ha stor nytte av tiltaket, bør alvorligst syke pasienter ha forrang. Dette innebærer at også svært alvorlig syke pasienter (svært nedsatt funksjonsevne) gis anledning til behandlingsreise hvis betydelig nytte kan forventes.
- Pasientens tilstand skal være slik at det er liten fare for alvorlige komplikasjoner.

Anbefalte tilleggskriterier

For at effekt av behandlingsreiser skal optimaliseres, anbefaler utvalget at følgende tilleggskriterier tillegges vekt ved prioritering:

- Tilbudet bør inngå som del av en helhetlig behandlingsskjede.
- Pasientens forventede egeninnsats bør tillegges vekt.
- Ved ellers lik forventet nytte av behandlingsreisetilbudet bør pasienter som ikke tidligere har fått tilbud eller har få tidligere opphold, prioriteres.

Ikke-anbefalte kriterier

Utvalget anbefaler at følgende kriterier ikke bør vektlegges ved prioritering:

- Alder, med mindre pasientens (høye eller lave) alder reduserer forventet effekt av tilbudet. Unntatt er tiltak som er aldersspesifikke.
- Bosted, med mindre forskjeller i klima på pasientens bosted har betydning for indikasjonsstilling og forventet effekt.
- Arbeidslivstilknytning.

2.15 Henvisningsrutiner

Utvalget anbefaler at dagens standardiserte søknadsskjema revideres. Skjemaets utforming må ivareta ordningens formål, faglige kriterier, prioriteringskriterier og kravet til kontroll.

Skjema bør fylles ut av pasient og primærlege eller spesialist. Utvalget anbefaler at alle søknader sendes sentralt uttak via den spesialavdeling som yter spesialisthelsetjeneste innen det aktuelle medisinske felt eller via privatpraktiserende spesialist. Primærlegen skal orienteres med kopi av søknaden når denne skrives av andre.

Faglig ansvarlig for programmet kan også innkalle pasienter til for- eller etterundersøkelse ved Rikshospitalet når dette er nødvendig.

2.16 For- og etterundersøkelse

Sosial- og helsedepartementet bør etter utvalgets mening vurdere en ordning med stønad til dekning av nødvendige utgifter til reise, undersøkelse og behandling ved behov for for- eller etterundersøkelse hos spesialist i forbindelse med behandlingsreise.

2.17 Anbefalinger for programmet for revmatiske sykdommer

Dokumentasjon

Utvalget har funnet at effekt av behandlingsreiser for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer er dokumentert, men påpeker at det finnes for få kontrollerte studier som sammenlikner effekten av behandling innenlands og i utlandet. Utvalget ser gjerne at

- Det utføres nye undersøkelser med sikte på å påvise en eventuell objektiv verifiserbar bedring av muskelstyrke og fysisk funksjon, reduksjon av smerte og stivhet, samt bedring av pasientens livskvalitet.
- Det gjøres studier av hvilke pasienter innen de anbefalte diagnosegrupper som egner seg spesielt godt for denne type behandling.
- Behandlingsopphold av ulik varighet undersøkes.
- Behandlingens langtidseffekter (utover seks måneder) dokumenteres.
- Det foretas analyse av behandlingsoppholdets eventuelle innflytelse på senere sykmeldingshyppighet, uførepensjonering og forbruk av smertestillende medikamenter.
- Behandlingseffekt ved ulike undergrupper av barneleddgikt undersøkes.

Tilbudets innhold

Utvalget vil påpeke at et avvik mellom de instruksjoner som foreligger og den praksis som følges kan indikere at behandlingsreisetilbudet ikke har funnet en veldefinert plass i den totale behandlingskjede. I denne sammenheng anbefaler utvalget

- En systematisk gjennomgang av rutiner for kvalitetssikring som anført i punkt 8.1.4/2.12.
- En spesifisering av retningslinjer for behandlingstilbudets innhold.
- En gjennomgang av instruksjoner som foreligger når det gjelder behandlingstilbudets medvirkning i diagnostikk, kontroll av laborato-

- rieparametre og justering av medikamentell terapi.
- Bedre oppfølging av stedlig personale ved norsk faglig personale.
- At det tilstrebes et forhold mellom passive og aktive behandlingsformer som er i tråd med de behandlingsprinsipper som gis ved norske revmatologiske avdelinger.
- At det idrettspedagogiske tilbudet videreutvikles.
- At det foretas en gjennomgang av retningslinjer for samtidig reise for familie og venner.
- At det foretas en gjennomgang av innhold og omfang av sosiale aktiviteter.
- At bygningsmessige forhold og tilgang på nødvendige hjelpemidler tilrettelegges for å sikre tilbudet til pasienter med betydelige forflyttningsvanskeligheter.
- At sesongen ikke strekkes lenger enn at gjennomsnittlig døgntemperatur er over 15 grader celcius.

Retningslinjer for prioritering

Utvalget anbefaler at retningslinjer for prioritering revideres i henhold til punkt 2.14. I dette ligger at følgende pasienter bør omfattes:

- Pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer som revmatoid artritt (kronisk leddgikt) og Bekhterevs sykdom, kronisk Reiters syndrom og kroniske artritt hos pasienter med betennelsesaktig tarmsykdom, barneleddgikt (juvenil artritt), samt visse former for kronisk psoriasisartritt.
- Pasienter med systemiske bindevevssykdommer hvis det foreligger kronisk betennelse av muskler og/eller ledd.

Pasienter tilhørende revmatiske sykdommer gruppe II Degenerative revmatiske sykdommer, gruppe III Bløtdelsrevmatisme og gruppe IV Revmatiske manifestasjoner forårsaket av ikke-revmatiske sykdommer, ansees ikke aktuelle.

Følgende grad av alvorlighet bør foreligge

- En objektiv verifiserbar reduksjon av funksjon av minst seks måneders varighet.
- Tilbudet bør fortrinnsvis gis til pasienter i øvre del av funksjonsklasse II og funksjonsklasse III (som definert i punkt 8.3.1.1). Dersom forholdene legges til rette, kan pasienter fra funksjonsklasse IV komme i betraktning.

Pasienter med affeksjon av bevegelsesapparatet som ikke medfører funksjonstap eller forklarlig reduksjon av livskvalitet (Funksjonsklasse I), anbefales ikke behandlingsreise.

2.18 Anbefalinger for psoriasisprogrammet

Dokumentasjon

Utvalget har konkludert med tilfredsstillende dokumentasjon for behandlingseisers effekt på psoriasis. Imidlertid ser utvalget gjerne at

- Solingsprotokoller forbedres gjennom en kartlegging av strålingsintensiteten i løpet av behandlingssesong med sikte på å undersøke hvilke UVB-doser pasientene eksponeres for i løpet av en behandlingsperiode.
- Hvilke solingsdoser som gir optimal effekt bedømt ved størrelsen og vari-

- ghet av effekt undersøkes.
- Behandlingsopphold av ulik varighet undersøkes.
 - Behandlingseffektens varighet evalueres nærmere, for eksempel ved undersøkelser av objektiv verifiserbar bedring av PASI-score og selvrapportert bedret livskvalitet utover seks måneder. Framtidige effektstudier bør inkludere kontrollpasienter som mottar ulike innenlandske behandlingstilbud som inngår i rotasjonsbehandlingen. Det er ønskelig med nye effektstudier som inkluderer kontroller hvor behandling er optimalisert i hjemlandet. Slike studier bør også omfatte langtidsoppfølging av behandlede pasienter (seks måneder etter endt behandling).
 - Behandlingens innvirkning på forbruk av medikamenter, samt dens innvirkning på hyppighet av sykmelding evalueres.

Innhold

Utvalget bemerker at ordningen bør tilrettelegges slik at klimabehandlingen inngår som en naturlig del av den totale behandlingskjede. Samtidig ser utvalget at det er ønskelig at

- Skriftlige retningslinjer for medisinsk behandling, samt kontrollert sol- og sjøbad utformes.
- Tilpasset fysisk aktivitet i behandlingstilbudet vektlegges i større grad enn idag
- Utbedringer vedrørende bostedsforhold under oppholdet vurderes.

Retningslinjer for prioritering

Utvalget anbefaler at retningslinjene for prioritering revideres i henhold til punkt 2.14. I dette ligger at

- Hudlidelsen skal være diagnostisert av spesialist og bør være av en slik alvorlighetsgrad at pasienten har behov for fast hudlege. Pasientene bør ha en kronisk sykdomsaffeksjon, og ha erfart manglende eller dårlig effekt av annen medisinsk behandling.
- Psoriasisartritt bør ikke være tilleggsgdiagnose da forekomst av leddplager i søkermassen indikerer at plagene representerer en rekke tilstander som gir muskel- og leddsmarter, uten at dette betyr at pasientene har kroniske artritt.

2.19 Anbefalinger for programmet for barn og unge med astma, andre kroniske lungesykdommer og atopisk eksem

Utvalget finner det vanskelig å vurdere behandlingsopplegget for barn med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Utvalget anbefaler at dette programmet fortsetter, men fastslår at denne delen av ordningen ikke er evaluert med de krav til dokumentasjon som utvalget stiller. Behandlingsinnholdet er vurdert som tilfredsstillende.

Dokumentasjon

Det foreligger en evaluering av behandlingsreiser for pasienter med astma hvis foreløpige resultater er meddelt utvalget, samt resultater fra to private prøveturer for pasienter med atopisk eksem. Undersøkelsene sannsynliggjør kortvarig behandlingseffekt for begge pasientgrupper. Utvalget mener imid-

lertid at dette ikke er tilstrekkelig dokumentasjon og foreslår derfor at programmet evalueres med de krav til dokumentasjon som er foreslått i punkt 8.2.3. Utvalget anbefaler at det foretas en evaluering med sikte på å gjennomgå faglig innhold, samt å dokumentere effekt på kort og lang sikt. Evalueringen bør inkludere en sammenliknende studie av kontrollpasienter som mottar innenlandsk behandling for eksempel i høyfjellsklima. Det anbefales videre at effekt og kostnad ved opphold av ulik varighet studeres. Evalueringen skal gjennomføres innen september 2001.

Når evalueringen foreligger bør ordningen revurderes.

Retningslinjer for prioritering

Gitt at effekt kan dokumenteres, anbefaler utvalget at retningslinjene for prioritering revideres i henhold til punkt 2.14. I dette ligger at diagnoser med alvorlighetsgrad som følger bør omfattes:

- Astma bronkiale med alvorlighetsgrad tilsvarende astma grad IV-V (unntaksvis grad III).
- Andre grunn sykdommer som medfører kronisk obstruktiv lungesykdom av betydelig alvorlighetsgrad.
- Atopisk eksem med kroniske hudforandringer i form av lichenifisert fortykket hud, kloringsmerker og skorpedannelse, samt tegn på atrofiske hudforandringer.

Pasienter med svært alvorlig sykdom som kan innebære risiko for akutte og livstruende anfall og forverrelser (for eksempel allergisjokk), bør av sikkerhetsgrunner ikke delta i ordningen.

2.20 Prosedyre for valg av nye behandlingssteder

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter utarbeider objektive kriterier for valg av utenlandske behandlingsinstitusjoner. Disse kriteriene bør godkjennes av Statens helsetilsyn/Sosial- og helsedepartementet. Det bør videre utarbeides en prosedyre for valg av nye behandlingssteder etter følgende retningslinjer:

- Nye behandlingsinstitusjoner kan foreslås av brukerorganisasjonene, eller gjennom henvendelse fra institusjonene selv. Tilskuddsforvalter kan også selv aktivt undersøke markedet.
- Nye behandlingssteder vurderes i henhold til kriterier som nevnt over etter søknad.
- Tilskuddsforvalter bør i samarbeid med faglig ansvarlig for det enkelte program gjøre en faglig og økonomisk utredning av de aktuelle institusjoner.
- Brukerorganisasjonene skal medvirke i vurderingen.
- Statens helsetilsyn bør på grunnlag av utredningen utarbeide en innstilling til Sosial- og helsedepartementet, som så gir endelig anbefaling.

2.21 Prosedyre for valg av nye pasientgrupper

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter utarbeider en prosedyre for utvidelse av ordningen til å omfatte nye grupper etter følgende retningslinjer:

Beslutninger om å utvide ordningen bør tas på grunnlag av dokumentasjon av effekt av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima for gitte diagnoseg-

runder. For å skaffe slik dokumentasjon, foreslår utvalget at nye pasientgrupper vurderes gjennom en prøveordning som er finansiert særskilt og utenom den ordinære bevilgning til behandlingsreiseordningen. Utvalget anbefaler at følgende krav skal være oppfylt for å komme i betraktning som prøvegruppe:

- Det skal foreligge en diagnostisert kronisk, somatisk sykdom som er så hyppig forekommende at behandlingsreiser kan gi et permanent og kontinuerlig tilbud, og hvis pasientgruppe er av en slik størrelse at kontrollerte effektstudier kan gjennomføres.
- Det skal foreligge en medisinsk begrunnet antakelse om at behandlingssreise kan gi nytte. Med nytte menes i denne sammenheng en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.
- Det forutsettes at pasientene som omfattes av prøveordningen tåler reisen, samt at det ut fra sykdommens alvorlighet og medikamentbruk er medisinsk forsvarlig å gi behandlingsopphold i utlandet.
- Det skal være sannsynlig at kostnadene ved behandling i utlandet står i rimelig forhold til forventet effekt for diagnosegruppen som sådan.
- Det skal foreligge en prosjektbeskrivelse som oppfyller vitenskapelige krav til undersøkelse av behandlingstiltakets effekt. Etter innstilling fra tilskuddsforvalter anbefales at Statens helsetilsyn vurderer innstillingen om prøvegruppe og gir en anbefaling til Sosial- og helsedepartementet.
- Tilskuddsforvalter skal innhente ekstern faglig vurdering av dokumentasjon fra prøvegruppens opphold. Utvalget anbefaler at denne vurderingen foretas i henhold til de krav til dokumentasjon som er anbefalt i utredningen. Statens helsetilsyn bør etter utvalgets anbefaling vurdere om prøvegruppen skal tas inn i ordningen som nytt program og gi en anbefaling til Sosial- og helsedepartementet.

Utvalget har gjennomgått henvendelser fra flere pasientforeninger om å bli omfattet av ordningen. Videre er gruppen fibromyalgi vurdert. Utvalget presiserer at vurderingen er vanskelig på grunn av generell mangelfull kunnskap om klimabehandlingens virkningsmekanismer. Vurderingene bygger på nåværende kunnskap, og bør revurderes hvis nye opplysninger kan framlegges.

Utvalget har gjort en vurdering av henvendelsene med utgangspunkt i kravet om at det skal foreligge en medisinsk begrunnet antakelse om pasientgruppens nytte av behandlingsreisetilbudet. Som tidligere anført innebærer dette at det er sannsynlig at det vil kunne dokumenteres positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima som varer minst tre måneder etter endt behandling.

Utvalget anbefaler at en vurdering av grupper som allerede er omfattet av ulike prøveordninger avventes til prøveprosjektene er evaluert. Dette gjelder gruppene poliomyelitt og muskelsyke, herunder amyotrofisk lateralsklerose.

Utvalget har vurdert gruppene cerebral parese, multipel sklerose, fibromyalgi, slag, trafikkskader, lungesykdommer (for voksne), immunsvikt og søvnforstyrrelser. Utvalget kan ikke anbefale at det iverksettes prøveordninger for noen av disse gruppene utfra tilgjengelig dokumentasjon.

Videre er henvendelser fra pasienter med lymfødem og en eldreforening vurdert. Utvalget finner at henvendelsene ikke møter de krav utvalget stiller

for å komme i betraktning til behandlingsreise, da det er anbefalt at tilbudet om behandlingsreiser skal være diagnospesifikt.

2.22 Tilbudets omfang

Utvalget har vurdert behovet for behandlingsreiser som større enn tilbudet for de grupper som er omfattet av dagens ordning. Imidlertid må behandlingsreiser vurderes i forhold til det innenlandske tilbudet til mer alvorlig syke pasienter, samt i forhold til det innenlandske tilbudet for samme grupper pasienter som i dag drar til utlandet. Utvalget foreslår en forsiktig oppgradering av antall plasser ved programmet for revmatiske sykdommer og ved psoriasisprogrammet.

- Det antas at om lag 3200 voksne og barn/unge med betennelsesaktige revmatiske sykdommer hvert år kan ha behov for et tilbud som behandlingssreise, jfr punkt 2.6. Etter utvalgets skjønn, anbefales en dimensjonering slik at programmet for revmatiske sykdommer øker antall plasser fra om lag 1250 til 2200 plasser per år.
- Det antas at om lag 2000 pasienter med psoriasis hvert år kan ha behov for et tilbud som behandlingsreise, jfr punkt 2.6. Etter utvalgets skjønn, anbefales en dimensjonering slik at psoriasisprogrammet øker antall plasser fra om lag 600 til 800 per år.
- Utvalget anbefaler at dimensjonering av astma- og allergiprogrammet for barn og unge fortsetter på dagens nivå inntil effekt av behandling er dokumentert.

2.23 Egenbetaling

Det er store variasjoner i egenandeler mellom ulike typer av tilbud som gis de aktuelle kronikergruppene. Forskjellene kan dels ha historiske årsaker, og dels skyldes de tilfældigheter.

Argumenter som taler for egenbetaling i behandlingsreiseordningen er etter utvalget oppfatning følgende:

- Egenbetaling er allerede innført.
- Gitt konstant kurdøgnpris og bevilgning over statsbudsjettet, vil tilbudet kunne omfatte flere pasienter ved et innslag av egenbetaling enn hvis egenbetaling bortfaller.
- Egenbetaling kan skape en opplevelse av et «kundeforhold», hvilket kan gjøre det lettere å stille krav til produktet.

Argumenter som taler mot bruk av egenbetaling er etter utvalgets mening følgende:

- Egenbetaling representerer en ekstra økonomisk belastning for økonomisk vanskeligstilte grupper.
- Egenbetaling kan forhindre økonomisk vanskeligstilte å ta del i tilbudet.
- Forutsatt at behandlingsreiser vurderes likestilt med tilbud ved de spesielle helseinstitusjoner og på spesialisthelsetjenestenivå, er det urimelig at behandlingsreiser skal belastes med egenbetaling når de andre institusjonene er fritatt.

Utvalget anbefaler at egenbetaling bortfaller da de faglige krav til tilbudet skal kunne sidestilles med det fylkeskommunale behandlings- og rehabilitering-

stilbudet og med opphold ved de spesielle helseinstitusjonene. Egenbetaling kan forhindre økonomisk vanskeligstilte å ta del i tilbudet. Pasienter med kroniske sykdommer har ofte redusert inntektsmulighet som følge av sin sykdom og er allerede økonomisk belastet med utgifter til medisiner og annen behandling.

2.24 Tilskudd til ledsager

Utvalget har merket seg at det ved opphold på de spesielle helseinstitusjonene gis anledning til å ha med ledsager også for voksne pasienter i særskilte tilfelle.

Etter utvalgets mening bør også pasienter med hjelpebehov kunne gis tilbud om behandlingsreise hvis de forventes å dra nytte av tilbudet. Det antas at pasienter som i hovedsak er selvhjulpne generelt vil ha størst nytte av behandlingsreise, gitt flyreise og tilvenning til et annet miljø. I noen tilfeller vil imidlertid også pasienter med hjelpebehov kunne forventes å ha betydelig positiv effekt av behandlingsreise. Det er derfor ønskelig at det gis anledning til at ledsager får dekket reise og opphold. Utvalget anbefaler at Sosial- og helsedepartementet vurderer en ordning med tilskudd til ledsagere for voksne pasienter med særskilt hjelpebehov.

2.25 Administrative og økonomiske konsekvenser

Tilsyn

Utvalget anbefaler at Statens helsetilsyn overtar ansvar for overordnet faglig tilsyn av ordningen. Dette innebærer ansvar for faglig evaluering av ordningen, godkjenning av Rikshospitalets revidering av faglige retningslinjer for hvert program, samt kvalitetssikringsrutiner, faglig vurdering av behandlingssteder, og faglig vurdering av utvidelse til nye grupper. Det er videre foreslått at pasientene gis klagerett til Fylkeslegen/Statens helsetilsyn vedrørende norsk personell ansatt i ordningen og tilbudets innhold.

Evaluerings

Utvalget har påpekt behov for å dokumentere behandlingseffekt for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Videre har utvalget påpekt behov for å utføre kostnads-effektivitetsanalyser og studier av langtidseffekt innenfor hvert program. Utvalget vil anta at det er behov for stillinger og prosjekter knyttet til evalueringsarbeidet.

Styrking av personell

Utvalget har anbefalt økt kvalitetssikring av tilbudet. For å gjennomføre interne evalueringsprosjekter, kvalitetssikre det medisinskfaglig tilbudet, sikre at behandlingsregimene er i tråd med norske faglige krav og ivareta en hensiktsmessig prioritering, er det en forutsetning at det norske faglige personale styrkes (jfr tabell 4.2 Personaloversikt). Utvalget finner at dette har økonomiske konsekvenser, men har ikke gått nærmere inn på en slik kostnadsberegning. Kostnadene bør primært dekkes ved en tilleggsbevilgning, sekundært ved at volumet reduseres/egenbetaling økes.

Tilbudets omfang og egenandelens størrelse

Utvalget ser for seg fire ulike alternativer når det gjelder tilbudets omfang og egenandelens størrelse. Med bakgrunn i det som er sagt ovenfor om behov, gjengis alternativene i den rekkefølge utvalget vil prioritere:

1. Volumet økes som anbefalt i punkt 2.22 og egenbetalingen bortfaller (punkt 2.23). Dette vil medføre en utgiftsøkning på om lag 30 mill. kroner gitt konstant kurdøgnpris og varighet av tilbudet.
2. Volumet økes som anbefalt i punkt 2.22 og egenbetalingen fortsetter på dagens nivå. Dette vil medføre en netto utgiftsøkning på om lag 21 mill. kroner.
3. Volumet forblir uendret som i dag og egenbetalingen bortfaller. Dette vil medføre en utgiftsøkning på om lag 6 mill. kroner.
4. Volumet forblir uendret som i dag og egenbetalingen fortsetter som i dag.

Utvalgets anbefaling

Utvalget har anbefalt at egenbetaling bør bortfalle. Egenbetaling utgjør per i dag om lag 6 mill. kroner. Bortfall av disse inntekter uten tilsvarende statlig kompensasjon vil medføre en reduksjon på om lag 7 500 kurdøgn (gitt konstant kurdøgnpris).

Utvalget er av den oppfatning at stor søknadsmengde og lav innvilgelsesprosent i dagens programmer tilsier at ordningens volum bør økes snarere enn å reduseres. Bortfall av inntekter fra egenbetaling vil derfor kreve en tilleggsbevilgning på minst 6 mill. kroner. I tillegg kommer de utgifter som vil påløpe ved utvalgets forslag om en forsiktig oppgradering av antall plasser for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer til 2 200 plasser og for pasienter med psoriasis til 800 plasser.

Dersom en slik tilleggsbevilgning ikke blir gitt vil utvalget, for å opprettholde volumet, sekundært kunne anbefale at egenbetalingen fortsetter inntil videre opptil dagens nivå, eventuelt reduseres noe.

Kapittel 3

Behandlingsreiser til utlandet - historikk

I 1976 fikk de første norske pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis tilbud om offentlig finansiert behandling i utlandet. Gjennom sin lege kunne pasientene søke om inntil fire ukers behandlingsopphold i Igalo, det tidligere Jugoslavia. Ordningen ble begrunnet med manglende kapasitet i det norske behandlingstilbudet. Behandlingsreiser skulle således være et alternativ til sykehusbehandling i Norge.

I dag oppfattes behandlingsreiseordningen både som et supplement og et alternativ til eksisterende norske tilbud. Ordningen er utvidet til også å omfatte barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem. Mens gruppen pasienter med revmatiske sykdommer tilbys fire ukers behandling i Tyrkia, gis de andre pasientgruppene tre til fire ukers behandlingsopphold på Kanariøyene i Spania. Stortinget bevilget vel 63 millioner kroner til ordningen over statsbudsjettet for 1999.

I dette kapittelet beskrives bakgrunnen for at ordningen ble etablert (punkt 3.1), samt videreføringen av ordningen fram mot dagens tilbud (punkt 3.2, 3.3 og 3.4).

3.1 Perioden 1976-78: Behandlingsreiser som prøveordning

I 1975 la Sosialdepartementet fram et forslag om en 3-årig prøveordning for sykehusbehandling i utlandet for pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis (1). Prøveordningen skulle gjelde kjøp av et bestemt antall sengeplasser og behandling ved bestemte utenlandske institusjoner. Ordningen skulle med andre ord ikke dekke enkeltpasienters behandlingsopphold ved ulike sykehus i utlandet.

Såkalte helsereiser for kronikergrupper var allerede kjent fra Sverige hvor organiserte turer til behandlingstilbud i land med varmt klima hadde vært populært fra tidlig på 1960-tallet. Fra 1969 ga de svenske helsemyndighetene visse pasientgrupper tilbud om slike reiser i offentlig regi. Pasienter med revmatiske sykdommer ble behandlet i Igalo i Jugoslavia og pasienter med psoriasis fikk behandling på Lanzarote i Spania. En høstet gode erfaringer både i forhold til kvalitet og pris (2).

Også norske pasienter hadde begynt å reise til behandlingstilbud i utlandet. Høsten 1974 ble daværende sosialminister Tor Halvorsen spurt i Stortingets spørretime om det kunne være aktuelt å tilby norske psoriasis-pasienter utenlandsbehandling (3). Svaret var positivt og åpnet for at også andre grupper kroniske pasienter kunne være aktuelle for behandlingstilbud i utlandet. Pasienter med revmatiske sykdommer ble nevnt spesielt.

Imidlertid var det ikke forventningene om en særskilt behandlingseffekt av opphold i gunstig klima som var utslagsgivende for å sette i verk det norske prøveprosjektet. Forslaget ble begrunnet med manglende sykehuskapasitet her i landet (3,1):

«På grunn av stor underdekning i behandlingstilbudet for en rekke kronikere, psoriatikere, revmatikere og lignende, og ikke minst fordi arbeidskraftsituasjonen framtidig kan vise seg å bli en bremse for en utvidelse av behandlingstilbudet, kan det framtidig bli aktuelt å inngå avtale med godkjente sykehus/behandlingsteder i utlandet [...]».

«Selv om utbyggingen av vårt sykehusapparat fortsetter, vil det - ikke minst på grunn av personalmessige begrensninger - gå noen tid før et tilfredsstillende behandlingstilbud kan foreligge for de to store grupper av pasienter med psoriasis og revmatiske lidelser».

Stortinget samtykket i departementets forslag om en prøveordning for behandlingsreiser til utlandet. Ordningen ble etablert i januar 1976. Forutsetningen var at ordningen skulle vurderes etter tre år.

3.1.1 Prøveordningens formål og omfang

Prøveordningens formål var med andre ord å bedre behandlingsskapasiteten for pasienter med revmatiske sykdommer og pasienter med psoriasis ved å gi et alternativ til norsk sykehusinnleggelse. I 1974 var det om lag 550-600 sengeplasser på landsbasis for pasienter med revmatiske lidelser og omlag 120 sengeplasser ved landets hudavdelinger (4). For hvert av årene i prøveperioden bevilget Stortinget et tilskudd tilsvarende 200 sengeplasser til sammen for de to gruppene. Dette gav en økning av behandlingsskapasiteten på nesten 65 000 kurdøgn. Tilbudet ble organisert som gruppereiser med omlag 100-130 pasienter i hver gruppe. Reisenes varighet var tre til fire uker.

3.1.2 Finansiering i prøveperioden

Pris per kurdøgn skulle fastsettes gjennom forhandlinger med behandlende institusjon. Offentlig dekning av utgifter ved behandling i utlandet var relativt ukjent. Imidlertid dekket folketrygden allerede utgifter der sykdom inntrådte under opphold i utlandet og i unntakstilfelle dersom det aktuelle behandlingstilbud ikke kunne gis i Norge.

Forskrifter til gjennomføring av ordningen ble foreslått fastsatt med hjemmel i folketrygdlovens § 2-13. Ordinært skulle utgiftene til bidrag etter denne bestemmelsen dekkes av trygdebudsjettets rammebevilgning, men departementet foreslo at utgiftene skulle dekkes over trygdebudsjettets sykehuspost gitt forutsetningen om opphold og behandling ved helseinstitusjon. Utgiftene til prøveprosjektet ble delt mellom folketrygden og fylkeskommunene etter sykehuslovens bestemmelser. For 1976 betød dette at fylkeskommunene ble belastet med 25 prosent, og fra 1977 med 50 prosent (Om endringer i finansiering se punkt 3.2.3 og 3.3.4).

3.1.3 Krav til behandlende institusjon

Beslutningen om at utgiftene skulle dekkes over trygdebudsjettets sykehuspost innebar krav om at institusjonen kunne tilby et behandlingsopplegg som tilsa refusjon over trygdebudsjettet. Tilbudet skulle godkjennes etter norsk standard (2):

«Andre vesentlige forutsetninger har vært at det tilbud som utenlandske behandlingssinstitusjoner har kunnet gi, skulle tilfredsstille faglige krav etter norsk vurdering og - ikke minst - være integrert i en generell helsetjeneste av høyt faglig nivå».

3.1.4 Organisering

Helsedirektoratet (nå: Statens helsetilsyn) administrerte ordningen i prøveperioden. Det ble videre opprettet et sekretariat for behandlingsreiser ved NSB

Reisebyrå i Oslo da staten på dette tidspunktet var forpliktet til å bruke eget reisebyrå. Sekretariatet sto for det reisetekniske opplegget.

Administrasjonen av utbetalinger til fylkeskommunene var tillagt Rikstrykdeverket de to første årene, men ble overført til NSB Reisebyrå fra 1978.

3.1.5 Behandlingstilbudet

I august 1975 leide norske myndigheter 130 senger for pasienter med revmatiske sykdommer ved det jugoslaviske Dr. Simo Milosevic' Institutt i Igalo og 105 senger for psoriasispatienter ved instituttets avdeling ved Park hotell. Valget av behandlingssted ble gjort på bakgrunn av en anbefaling fra en arbeidsgruppe ledet av statsråd Tor Halvorsen. Arbeidsgruppen besøkte flere steder i Romania og Jugoslavia. Det ble lagt vekt på at Igaloinstituttet tilfredsstilte krav både til høy faglig standard og til kontakt med det offentlige helsevesen for øvrig. Samtidig ble det ansett som en fordel at begge pasientgruppene kunne få behandling ved samme sted. Også reiseteknisk var tilbudet i Jugoslavia å foretrekke framfor tilbudet i Romania (4).

Instituttet tilbød behandling for pasienter med revmatiske sykdommer i form av bevegelsesterapi, hydroterapi, elektroterapi og arbeidsterapi. Psoriasispatientenes behandlingsopplegg besto i saltvannsbad og soling.

Norske sykepleiere og sosionomer ble engasjert ved begge behandlingssteder. Det første året var en norsk hudspesialist tilknyttet prosjektet. Det norske personalet skulle for det første være et bindeledd mellom Helsedirektoratet og de norske pasientene, samt mellom pasientene og Igaloinstituttet. For det andre hadde personalet ansvar for å utarbeide rapporter til Helsedirektoratet etter avsluttet behandling for hver enkelt gruppe.

I prøveperioden ble det arrangert norskundervisning og hospitering ved norske sykehus for jugoslavisk helsepersonell.

3.1.6 Utvelgelse av pasienter

Helsedirektøren anbefalte at utvelgelsen av pasienter til utenlandsreiser skulle foretas etter faglige retningslinjer. De dårligst stilte pasientene skulle prioriteres (1):

«[U]tvelgelsen av pasienter bør skje etter faglige retningslinjer og ved de respektive norske spesialavdelinger og slik at pasienter fra de deler av landet som er særlig dårlig dekket med spesialavdelinger, og pasienter med særlige behandlingsbehov, fortrinnsvis kommer med i ordningen».

Søknadskriterier

På denne bakgrunn ble medisinske kriterier og indikasjoner utarbeidet i samråd med professor Erik Kåss for revmatiske sykdommer og professor Gunnar Lomholt for psoriasis.

For pasienter med revmatiske sykdommer skulle følgende retningslinjer følges (2):

- Den revmatiske sykdommen skulle være diagnostisert og tilfredstillende kartlagt. Revmatisk sykdom ble her definert som betennelsesaktige revmatiske sykdommer som leddgikt og Bekhterevs sykdom, såkalte degenerative sykdommer som slitasje og alderssykdommer i ledd og ryggstøyle,

samt muskelrevmatiske og andre revmatiske sykdommer utenom leddene.

- Det skulle foreligge et reelt behandlingsbehov for behandling, spesielt for fysikalsk medisinsk opptrening.
- Pasienter fra fylker med lav lokal behandlingskapasitet skulle foretrekkes.
- Pasienten måtte være selvhjulpen.

For psoriasispasienter gjaldt det at:

- Sykdommen ga handikap i arbeidssituasjonen.
- Sykdommen hadde så stort omfang at dette berettiget til behandling på dermatologisk spesialavdeling.
- Pasienten måtte være selvhjulpen.
- Pasienten måtte tåle sol- og strandbehandling og helst ha erfaring med at lidelsen ble bedret om sommeren.

For begge grupper ble sosiale og økonomiske forhold vektlagt. Pasienter fra de nordligste fylkene ble prioritert av to hensyn: dels at klimatiske forhold ble ansett som særlig ugunstige og dels at avstanden til nærmeste spesialavdeling ofte var lang og kostbar.

Kontraindikasjoner for begge grupper var svært alvorlig sykdom, liten toleranse for sol og varme, samt kompliserende lidelser som hjertekarsykdommer, diabetes, stort alkohol- og/eller medisinforgiftning og psykiske lidelser.

Også barn kunne søke. Utgifter til ledsager for barn under 14 år skulle dekkes som for pasientene.

Søknadsprosedyre

Med utgangspunkt i svensk skjemamateriell ble det utarbeidet søknadsblanketter og skjema for legeerklæring. Skjemaene ble fordelt via trygdekontorene.

Pasientene søkte om behandlingsreise gjennom sin primærlege. Mens psoriasispasientenes søknader ble vurdert av nærmeste hudavdeling, ble søknadene fra pasienter med revmatiske sykdommer sendt en spesialavdeling for revmatiske sykdommer eller indremedisinsk avdeling, eventuelt en fysikalskmedisinsk avdeling. De to første årene ble søknadene deretter formidlet videre til Helsedirektoratet. Fra 1978 foregikk uttaket for pasienter med revmatiske sykdommer ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus og for psoriasispasienter ved Rikshospitalets hudavdeling.

3.1.7 Resultatene av prøveordningen

Resultatene av prøveordningen ble lagt fram for Stortinget i St prp nr 1 Tillegg nr 17 (1978-79). I perioden 1976-77 ble 2921 pasienter med revmatiske sykdommer og 1200 pasienter med psoriasis behandlet. For begge gruppene var det en betydelig overrepresentasjon fra de tre nordligste fylkene. Blant pasientene med revmatiske sykdommer var det tydelig overvekt av kvinner, hvilket ble antatt å ha sammenheng med at leddgiktpasienter var sterkt representert (vel 50 prosent av samlet antall). Gjennomsnittsalderen for denne gruppen var nær 60 år (tilsvarende opplysninger finnes ikke for psoriasispasientene).

3.1.7.1 Behandlingseffekt og pasienttilfredshet

Helsedirektoratet hadde fra begynnelsen av lagt vekt på at effekten av behandling skulle måles for den enkelte pasient og sammenliknet med pasienter med tilsvarende sykdom som var under behandling i Norge.

Det ble imidlertid i liten grad foretatt systematiske undersøkelser av behandlingseffekt. Før avreise ble det skrevet en epikrise som ble sendt henvisende lege. Pasientene med revmatiske sykdommer ble i tillegg tilsendt skjema for etterundersøkelse to til tre måneder etter hjemkomst. Skjemaene ble bearbeidet av Helsedirektoratet sammen med Statens Skjermbildefotografering. Det ble ikke gjort systematiske etterundersøkelser av psoriasis-pasientene utover en undersøkelse foretatt av en norsk dermatolog i 1976 av de seks første gruppene. Undersøkelsen besto i registrering av pasientenes egenvurdering av sin tilstand ved ankomst og avreise, samt en vurdering etter medisinskfaglige kriterier på de samme tidspunkt.

Både blant pasienter med psoriasis og blant pasienter med revmatiske sykdommer var pasientens egenopplevelse gjennomgående mer positiv enn legens (2). En undersøkelse av en norsk dermatolog fra 1976 av 536 pasienter med psoriasis viste at 83 prosent vurderte sin tilstand som meget bra eller mye bedre ved avreise. Etter legens vurdering var 77 prosent symptomfri eller mye bedre. En etterundersøkelse fra 1977 foretatt av behandlende lege av omlag 1005 pasienter med revmatiske sykdommer viste at 75 prosent vurderte sin tilstand som bedret to måneder etter hjemkomst. Etter legens vurdering var 40 prosent bedret. For pasientene med revmatiske sykdommer ble det pekt på at en ikke kunne utelukke at effekten av behandlingstilbudet kunne skyldes at opplegget var mer systematisk og regelmessig enn den ambulante behandling hjemme.

3.1.7.2 Kostnader

For hvert av årene i prøveperiodene ble det beregnet en kurdøgnpris. Kostnadene per kurdøgn ble av departementet betegnet som «meget tilfredsstillende» (2). Hva som var sammenlikningsgrunnlaget for vurderingen gikk ikke klart fram, men det er rimelig å anta at utgiftene ble vurdert i forhold til tilsvarende utgifter til norsk sykehusbehandling.

3.1.7.3 Praktiske utfordringer

Praktiske utfordringer knyttet til utenlandsopphold generelt, og behandlingssted spesielt, ble vektlagt i vurderingen av ordningen. Det ble pekt på kommunikasjonsvansker mellom norske pasienter/personell og jugoslavisk personell på grunn av språk og sosiale og kulturelle forskjeller mellom de to land. Norske pasienters forhold til lett tilgjengelig og billig alkohol var en annen utfordring. Videre mente en at Igalo-instituttet ikke var godt nok tilrettelagt for rullestolbrukere.

Det fremgikk også at uttakprosedyrene i Norge ble vanskeliggjort som følge av mangelfulle søknader. Uttaksnemda måtte med andre ord prioritere søknadene ut fra sparsomme opplysninger om søkerne.

3.1.7.4 Prinsipielle utfordringer

Av prinsipielle innvendinger ble det anført at det kunne stilles spørsmål ved om norske myndigheter burde kjøpe helsetjenester i land som i høy grad

kunne trenge sine helsetjenster til egen befolkning. Innvendingen ble avvist med henvisning til at drøyt en fjerdedel av Igaloinstituttets virksomhet var ment å skulle tilbys utlendinger ut fra hensyn til økonomisk gevinst og erfaringsoverføring.

3.1.7.5 Generell skepsis

Behandlingsreiseordningen ble møtt med en viss motstand fra enkelte (2):

«I prosjektets første fase kom det adskillige avis-innlegg m.v., også fra en del medisinske spesialister, med uttrykk for skepsis og mistillit til opplegget».

Mens myndighetene anvendte termen «alternativ til» norsk sykehusinnleggelse, valgte fagmiljøene å omtale ordningen som «supplerende», slik uttalelsen fra en gruppe revmatologer var et eksempel på (2):

«Helsedirektoratet presenterte tilbudet primært som om disse reisene kunne erstatte et sykehusopphold hjemme. Vi tror det er mest riktig å se på dette som et supplement».

En kan se dette som et ledd i fagmiljøenes argumentasjon overfor bevilgende myndigheter for utvidelse av det norske behandlingstilbudet. Utvidelse av ordningen kunne representere en trussel mot fortsatt utbygging i Norge. Professor Kåss formulerte denne uro på følgende måte i et brev til Sosialdepartementet (2):

«Behandlingsreisene representerer et verdifullt supplement for en ikke liten gruppe revmatikere til de altfor sparsommelige behandlingstilbud vi har her i landet. Jeg går ut i fra som en selvfølge at Sosialdepartementet fortsatt mener at behandlingsreisene ikke kan erstatte en adekvat utbygging av den sykehusmessige revmatikeromsorg her i landet. En eventuell fortsettelse av behandlingsreisene må ikke influere på planene for dette».

3.1.7.6 Sosialdepartementets konklusjon

Sosialdepartementet konkluderte som følger (2):

«Prøveopplegget i Jugoslavia kan ikke betraktes som et kontrollert forsøk, der man tar sikte på å vurdere to behandlingsopplegg mot hverandre. Det sier derfor ikke noe om virkningen av likeartede behandlingsopplegg foretatt i Norge og i Jugoslavia av pasientgrupper som er like hva angår alder, kjønn, sykdomsform m.v. Erfaringer fra prøveopplegget sier derfor bare noe om det utbytte den enkelte pasient har hatt av oppholdet, noe som for pasienten er vesentlig [...] Når det gjelder de medisinske resultater vises til de foregående avsnitt, som forteller om bedring etter behandlingen, kanskje spesielt når det gjelder de subjektive fenomener [...] Erfaringene må derfor sies å være gode. Utgiftsnivået for behandlingsopplegget er meget tilfredsstillende».

Det ble pekt på at det ved en eventuell fortsettelse av behandlingsreiser ville være verdifullt å foreta systematiske etterundersøkelser og å sammenlikne med andre typer behandling. En slik sammenlikning kunne bidra til å finne årsaker til at bedring hadde inntrådt eller ikke og hvilke faktorer som virket

særlig gunstig ved behandlingen, respektive hvilke forhold som kunne hindre, eventuelt framskynde tilbakefall etter endt behandling.

3.1.8 Videreføring

På denne bakgrunn anbefalte Sosialdepartementet å videreføre ordningen med behandlingsreiser for pasienter med revmatiske sykdommer og pasienter med psoriasis for nye fem år. Det ble fremhevet at ordningen ble positivt vurdert av både pasientene og behandlende helsepersonell og var økonomisk fordelaktig. Fordi det allerede var bygget opp et godt forhold mellom norsk og jugoslavisk personell og en kunne utnytte fordelene av samme administrasjon for tilbudet til begge pasientgrupper, foreslo departementet at behandlingstilbudet ble videreført i Jugoslavia.

Igjen var det kapasitetsproblemet i Norge som ble avgjørende argument for ordningen. Behandlingstilbudet i Norge var ikke blitt særlig bedret i løpet av prøveperioden, hvilket ble vektlagt i begrunnelsen av forslaget om videreføring (2):

«De behandlingsreiser som har vært gitt som tilbud til revmatiske pasienter og pasienter med psoriasis, er etablert med utgangspunkt i de betydelig behandlingsbehov som foreligger hos disse grupper, samt det forhold at behandlingsmulighetene for disse sykdomsgrupper i Norge for tiden er utilstrekkelige».

Spørsmålet om fortsettelse av behandlingsreiser ble forelagt Norske Kommuners Sentralforbund, som sluttet seg til videreføring.

Stortinget samtykket i Sosialdepartementets forslag om videreføring. Stortingets begrunnelse vitnet dels om en pragmatisk konstatering av behovet for en rask og rimelig løsning av kapasitetsmangelen og dels om en erkjennelse av pasientgruppens særskilte behov (5):

«[...] man bør tilstrebe å skaffe dekning for alle kategorier helsetjenester innen landets grenser. Det kan likevel være nødvendig med en viss dekning av slike tjenester ved kjøp i utlandet. De to pasientgrupper som har deltatt i prøveprosjektet med behandlingsreiser til Jugoslavia lider av sykdommer hvor klimaet spiller en stor rolle. Ingen av disse sykdommer kan helbredes, men de kan lindres ved hensiktsmessig behandling, og i stor utstrekning kan det konstateres at behandlingen blir mer vellykket i et klima som byr på mer sol og varme enn vi kan få på våre breddegrader».

Stortinget vedtok samtidig at det skulle etableres et prøveopplegg for behandling av psoriasispatienter på Lanzarote i Spania. Begrunnelsen var at det jugoslaviske tilbudet bare ble gitt i sommehalvåret. På Lanzarote kunne helårsbehandling tilbys, og kapasiteten var derfor betydelig større enn i Jugoslavia. Fra 1980 ble behandlingen for psoriasis overført i sin helhet til Lanzarote. Her hadde svenske myndigheter etablert et tilbud med lege og sykepleiere. Norske myndigheter supplerte tilbudet med en sosionom, og senere kom også norske leger inn i programmet. Også behandlingstilbud i Israel og Portugal ble vurdert, men ble ikke funnet å være reelle alternativer til Lanzarote.

3.2 Perioden 1979-83: Konsolidering

Den første perioden etter at forsøksprosjektet var avsluttet kan betegnes som en konsolideringsfase. Ordningens formål som et alternativ til sykehusinnleggelse innenlands ble gjentatt av departementet (2):

«Ordningen skal innebære en utvidelse av norsk sykehuskapasitet når det gjelder behandling av pasienter med reumatiske sykdommer og psoriasis. Dette vil si at opphold i utlandet skal kunne oppfattes som et alternativ til innleggelse i sykehus i Norge. Det skal ikke dreie seg om såkalte helsereiser, eller opphold med forebyggende siktepunkt».

Det ble påpekt at kriteriene for utvelgelse til ordningen ikke var de samme som for behandling ved norsk spesialsykehus, men det er imidlertid ikke mulig å finne at dette fikk følger i form av en endret presisering av ordningens formål.

3.2.1 Redusert omfang

I prøveperioden hadde antall behandlede pasienter med revmatiske sykdommer ligget fast på drøye 1450 per år. I perioden 1979-1982 sank antall behandlede pasienter til drøye 1000 per år. For psoriasisgruppen fant det sted en relativt mer markant reduksjon i antall behandlede pasienter. I prøveperioden ble det behandlet nesten 600 pasienter per år. I perioden 1979-1982 sank antallet behandlede pasienter til under 400 per år. Det er nærliggende å anta at dette hadde sammenheng med iverksettelsen av prøveprosjektet på Lanzarote for psoriasispatienter. Dette tilbudet hadde høyere kurdøgnpris enn tilbudet i Jugoslavia.

3.2.2 Ingen nye grupper

Flere pasientgrupper hadde vist interesse for behandlingsreiser i løpet av prøveperioden:

- Pasienter med allergiske lidelser og astma.
- Hjertepasienter.
- Pasienter med kroniske nevrologiske sykdommer som multipel sklerose og muskelsvinn.

Sosialdepartementet fastslo at det ikke var ønskelig å utvide ordningen med behandlingsreiser til å omfatte enkeltpasienter eller nye grupper. Begrunnelsen var dels hensynet til offentlig styring (2):

«Det kan [...] ikke komme på tale å etablere noen utvidet ordning med helt eller delvis dekning av utgifter til individuell behandling i utlandet. Slike ordninger vil meget lett unndra seg enhver form for kontroll og økonomisk styring».

Dels var begrunnelsen at behandlingsskapasiteten var god nok for de aktuelle grupper (2):

«I prinsippet finner imidlertid regjeringen for tiden ikke grunn til å utvide behandlingsreisene til utlandet til å gjelde andre sykdomsgrupper enn pasienter med revmatisk sykdom og psoriasis. Behandlingstilbudet her i landet er så vidt tilfredsstillende både kvalitetsmessig og kapasitetsmessig at det er lite å vinne ved utenlandsbehandling».

Likevel ble det åpnet for at pasienter med kronisk nevrologisk sykdom skulle kunne legge beslag på inntil 10 prosent av ordningen (2):

«Man antar imidlertid at det bør gis en viss tilgang til opphold ved Dr. Simo Milosevic' Institutt også for pasienter med kronisk nevrologiske sykdommer (Multipel sclerose, muskeldyrtrofi etc)».

Nevrologiske sykdommer ble imidlertid ikke nevnt ved Stortingets behandling av forslaget om videreføring av ordningen.

3.2.3 Innføring av rammefinansiering og fylkeskommunenes rolle

I 1980 ble det innført rammefinansiering av helseinstitusjoner. Tilskuddet fra folketrygden ble bygget inn i rammetilskuddet til fylkeskommunene. Fordi utgiftene til behandlingsreiser ble dekket som ved sykehusinnleggelse i Norge, måtte fylkeskommunene dermed dekke hele utgiftsbeløpet direkte. Dette fikk følger både for organiseringen av ordningen og uttaket av pasienter.

3.2.3.1 Tredelt administrasjon

Konsekvensene av endringen i finansieringen kom dels til uttrykk ved en tydeliggjøring av fylkeskommunenes rolle i ordningens organisering. I 1982 ble det inngått en avtale mellom Sosialdepartementet/Helsedirektoratet, Norske Kommuners Sentralforbund og NSB Reisebyrå om fordeling av arbeidsoppgaver.

Sekretariatet for behandlingsreiser ved NSB Reisebyrå ble samtidig tillagt en betydelig rolle utover det reisetekniske. Blant annet fikk reisebyrået ansvar for økonomisk avregning med fylkene via Rikstrygdeverket, ansettelse av norsk helsepersonell etter innstilling fra Helsedirektoratet, samt kontakt med uttaksnemnda og pasientene (6).

3.2.3.2 Forsøk med lokalt uttak

Dels kom fylkeskommunenes økte innflytelse til uttrykk gjennom diskusjonen av organiseringen av uttaket. Rammefinansieringen innebar at fylkeskommunene fastsatte omfanget av behandlingsreiser. For noen fylkers vedkommende førte dette til markant nedgang i antallet pasienter som fikk behandling.

I 1982 ble det gjort et forsøk med lokalt uttak for pasienter med revmatiske sykdommer i Nord-Trøndelag. Begrunnelsen for forsøket var at uttaket til behandlingsreiser måtte vurderes i lys av regionens øvrige behandlingstilbud. Fylkets egen spesialist kunne best foreta en slik vurdering og sammenholde denne med de klinisk-medisinske og sosial-medisinske kriteriene for uttak.

Forsøket ble meget godt vurdert av fylkeskommunenes egen arbeidsgruppe. Denne konkluderte med at behandlingsreiser avlastet hjemlig tilbud, var økonomisk gunstig, hadde klimatiske fordeler, sosial rehabiliteringseffekt og førte til psykisk velvære og økt trivsel for pasientene.

Fylkeskommunenes vurdering av ordningen ble hentet inn av Kommunenes Sentralforbund (6). Det viste seg at flertallet av fylkene ønsket en avvikling eller reduksjon av behandlingsreiser til pasienter med revmatiske sykdommer. Ni fylker gikk inn for gradvis avvikling eventuelt reduksjon av ordningen til fordel for behandling innenlands. Begrunnelsen var fylkenes

vanskelige økonomiske situasjon. Det var samtidig flertall for lokalt uttak til behandlingsreiser for denne gruppen.

Flertallet av fylkene ville derimot opprettholde tilbudet for pasienter med psoriasis. Også for denne gruppen ønsket flertallet av fylkene et lokalt uttak.

3.2.4 Videreføring: sterkere sentral styring

Sosialdepartementet foreslo at ordningen skulle videreføres for begge grupper, på tross av at det i denne perioden ikke var gjort systematiske etterundersøkelser av noen av gruppene som var behandlet i utlandet.

Det ble anslått at det manglet 500 sengeplasser på landsbasis for pasienter med revmatiske sykdommer. De 700 sengeplassene en hadde, var i tillegg skjevt fordelt med liten utbygd kapasitet i Nord-Norge. Manglende personell ble fremdeles ansett som en flaskehals. For dermatologi fastslo departementet at sengetallet var relativt tilfredstillende, selv om det ble vektlagt at den polikliniske aktiviteten ved alle hudavdelingene burde styrkes. Også her ble det påpekt at personellmangelen og skjevfordelingen var urovekkende (6).

Departementet foreslo at uttaket til behandlingsreiser for gruppen med revmatiske sykdommer skulle foregå lokalt. På tross av fylkeskommunens ønsker, kom departementet til at uttaket for psoriasispatientene burde skje sentralt. I dette tilfellet ble det argumentert for at et sentralt uttak bedre ville sikre enhetlig bedømming og et effektivt uttak.

Statlig ansvar

Imidlertid fulgte ikke Stortinget fylkeskommunenes ønsker og Sosialdepartementets anbefalinger. Ordningen ble vedtatt forlenget med tre nye år, men fylkeskommunene ble fratatt både det økonomiske og det organisatoriske ansvar. Tilskuddet til ordningen ble trukket ut av fylkeskommunenes rammetilskudd og overført til egen budsjettpost. Samtidig vedtok Stortinget at det faglige uttaket skulle foretas sentralt. Begrunnelsen for sterkere sentral styring var hensynet til likebehandling uavhengig av bosted (7):

«Komiteen mener at den enkelte fylkeskommunes økonomi i høy grad er med og bestemmer synet på behandlingsreisene. Komiteen viser her til at fylkene bare delvis kan gi tilfredsstillende tilbud til disse grupper i sine fylker.»

Samtidig markerte Stortinget nok en gang at begrunnelsen for videreføring av ordningen gikk utover kapasitetsproblemer (7):

«Komiteen er av den oppfatning at denne form for behandling vil være viktig for mange, selv om behandlingstilbudet utvides i Norge».

3.3 Perioden 1984-95: Usikkerhet om ordningens berettigelse

Både i 1984 og i 1986 ble ordningen forlenget med tre år og i 1989 med fem nye år.

3.3.1 Ny fortolkning av ordningens formål

Allerede ved Sosialdepartementets framleggelse for Stortinget i 1986 viste det seg at begrunnelsen for ordningen var i ferd med å endres. Termen «supple-

ment til» sykehusinnleggelse hadde erstattet «alternativ til» også i departementets tekst (8). Året etter brukte også Stortinget begrepet «supplement» i sin begrunnelse for å vurdere å gjøre ordningen permanent: argumentet var at ordningen etterhvert ble betraktet som et nødvendig supplement til det norske behandlingstilbudet.

I vurderingen fra fagmiljøenes side i 1986 ble behandlingsreisetilbudet for pasienter med revmatiske sykdommer sammenliknet med poliklinisk behandling (8). Tre år senere hadde også departementet gått vekk fra innleggelse som relevant sammenlikningsgrunnlag (9):

«Den service som i dag bygges opp ved sentralsykehusene i fylkene, er ikke innrettet primært for å ta hånd om pasienter med kroniske revmatiske sykdommer. Det disponeres få sengeplasser, og tilbudet retter seg mest mot diagnostisering og behandling av akutt oppstått sykdom og akutte forverrelser, og mot pasienter som trenger revmakirurgisk behandling».

3.3.2 Sentralisert uttak

Spørsmålet om desentralisert uttak var på nytt tatt opp, denne gang av Norsk Revmatikerforbund (8). Argumentet var at uttak burde skje fylkesvis ved fylkenes egne spesialister i revmatologi, slik at en bedre kunne ta hensyn til det totale behandlingstilbudet i fylket. Helsedirektoratet argumenterte imot. En la vekt på hensynet til et mulig ensartet uttak. Desentralisering ble antatt å være kompliserende og fordyrende. Dessuten anførte man at den faglige kontakten mellom utenlandske og innenlandske fagmiljøer ville være skadelidende i en desentralisert modell. På dette grunnlag anbefalte Sosialdepartementet at ordningen fortsatte som før.

3.3.3 Barn og unge omfattes

Ved behandling av statsbudsjettet for 1985 ble ordningen utvidet til å omfatte barn med leddgikt og barn med astma og allergi og kronisk lungesykdom. Det ble bevilget 3 millioner kroner til et prøveprosjekt for disse gruppene. Igaloinsitutttet ble valgt som behandlingssted. Her var det allerede etablert et tilbud for voksne revmatikere.

Barna med lungesykdommer representerte en ny gruppe pasienter. Utvidelsen av ordningen til å omfatte denne gruppen ble begrunnet med at vintersesongen innebar betydelig forverring for pasientene på grunn av kaldt klima og økt tendens til smitte og forverrede virusinfeksjoner, samt økt kontakt med uheldige komponenter i innemiljø. Fordelen av å samle alle barnegruppene på ett sted, begrunnet at også disse barna ble sendt til Igalo.

I 1987 hadde 260 barn deltatt i ordningen. Det ble fra Sosialdepartementets side påpekt at de medisinske resultatene var vanskelige å evaluere da en manglet sammenlikningsgrunnlag fordi barna ofte ikke var kjent for fagmiljøet fra før og fordi en del hadde vært underbehandlet. Mange barn var sykere enn antatt (8).

Samtidig pågikk en diskusjon om hvorvidt ledsagere og søsken skulle følge pasienten og i tilfellet hvordan oppholdet for ledsagere/søsken skulle finansieres.

Departementet konkluderte med at tilbudet for barnegruppene trengte fortsatt evaluering og anbefalte forlenget prøvetid med ett år. Dette var imidlertid ikke Stortinget enig i og vedtok nye tre år også for denne gruppen.

3.3.4 Innføring av egenandel

I perioden 1987-89 var innvilgelsesprosenten 40 for voksne pasienter med revmatiske sykdommer og 44 for voksne psoriasispasienter. Etterspørselen etter behandlingsreiser var med andre ord betydelig større enn tilbudet. Fra 1989 ble det innført en egenandel på 50 kr døgnet. Begrunnelsen var at flere pasienter kunne behandles. Fordi omlag halvparten av pasientene var uføretrygdet og en fjerdedel av pasientene til enhver tid på attføring, anbefalte departementet en lav sats.

3.3.5 Usikkerhet om ordningens nytte

Spørsmålet om andre grupper burde omfattes av ordningen og om det var de riktige pasientene som fikk tilbud, var et stadig tilbakevendende tema. I 1989 bemerket departementet følgende angående tilbudet til pasienter med revmatiske sykdommer (9):

«Effekten av regelmessig og systematisk fysikalsk behandling er godt dokumentert gjennom en rekke undersøkelser. Mer usikkert er det når det gjelder den tilleggseffekten som klimabehandling gir. Her vil ikke minst de psykososiale forhold med miljøskifte spille en viktig og positiv rolle. Man har også begrenset kunnskap om hvilke pasienter som kan antas å ha best nytte av en slik kombinert behandling».

Også for barnegruppene rådet usikkerhet om behandlingseffekten. Kostnadene var også høyere per barn og unge enn for voksne på grunn av utgifter til ledsagere og større utgifter til norsk personell. For psoriasispasienter syntes tiltaket mindre kontroversielt. Departementet konkluderte med et behov for fortsatt vurdering (9):

«Det synes rimelig at ordningen med behandlingsreiser vurderes av bevilgende myndigheter med visse mellomrom. Dette både fordi vi ser at forhold rundt behandlingseffekten fortsatt er uavklart, og fordi det kan skje endringer i sykdomsutvikling og behandling som gjør at ordningen bør vurderes på nytt. Slike forhold kan også gjøre det ønskelig med en diskusjon om det er riktig å endre målgruppen for behandlingssreiser».

3.3.6 Valg av nye behandlingssteder

På grunn av krigen i det tidligere Jugoslavia ble behandlingsreiser til Igaloinstituttet stoppet i 1991. Barnegruppene ble tilbudt behandling på Gran Canaria, Spania. Statens helsetilsyn nedsatte en arbeidsgruppe som utarbeidet kriterier for valg av nytt behandlingssted for pasienter med revmatiske sykdommer. På grunnlag av disse kriteriene ble Balcova Termal Tesialeri ved Izmir i Tyrkia valgt til behandlingssted for disse pasientene. En hadde da også prøvet ut et tilbud i Budapest i Ungarn som ble avvist på grunn av for dårlig klima. I 1994 ble det sendt en prøvegruppe til Montpelier i Frankrike. Det franske tilbudet ble funnet lite attraktivt både økonomisk og klimatisk. Valget av Tyrkia var likevel ikke ukontroversielt på grunn av de interne konflikter i landet.

I 1995 ble det foretatt en befaringsreise til Israel for å vurdere opphold for pasienter med psoriasis. Det ble planlagt en prøvegruppe for psoriasis-pasienter i 1996 (se for øvrig punkt 3.4.2).

3.3.7 Sesam i solen?

I 1994 ble behandlingsreisetilbudet for pasienter med revmatiske sykdommer tatt opp i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. Kapstad og Noreik (10) konkluderte med følgende:

«Behandlingsreiser for voksne reumatikere gir storparten av deltakerne reduserte plager og bedret livskvalitet i noen måneder. Behandlingseffekten er statistisk signifikant, men sannsynligvis ikke spesifikk for reumatiske lidelser. Uttakskriteriene og sammensetning av pasientgruppene bør endres. Pasienter med betydelige plager bør prioriteres foran pasienter med moderate og lite plager. Pasienter som ikke tidligere har deltatt i behandlingsreiser, bør prioriteres foran pasienter som har deltatt tidligere. Legene har et særlig ansvar for å markedsføre behandlingsreiser overfor pasienter som antas å ha nytte av å delta».

I lederen ble det spurt nokså syrlig om behandlingsreiser kun var å betrakte som «sesam i solen» (11).

I et brev til departementet i 1994 uttalte Statens helsetilsyn seg sterkt kritisk til ordningen (12). Blant annet ble det påpekt at

- Effekten av behandlingsreiser syntes å være kortvarig.
- Utvelgelsen av pasienter var problematisk idet de dårligste pasientene ikke fikk tilbud.
- Det var behov for en vurdering av hvorvidt samme behandlingseffekt og bedre tilbud til de tyngre rammede pasientene kunne oppnås ved å kanalisere bevilgningene til å intensivere og organisatorisk forbedre det norske behandlingstilbudet.

I 1994 ba Stortinget regjeringen om å vurdere størrelsen på egenbetaling (13). Begrunnelsen var at behandlingsreisetilbudet ikke kunne sammenliknes med sykehusopphold, men måtte ses i forhold til tilbud ved opptreningsinstitusjoner, kurbad og rekonvalesenthjem. Disse tilbudene hadde som regel langt høyere egenandel:

«Komiteen har merket seg at det er uenighet i fagmiljøene om nytten av utenlandstilbudet [...] Når det gjelder egenbetalingen, viser komiteen til at det er stor forskjell på det en må betale på innenlandske opptreningsinstitusjoner og rekonvalesenthjem og ved utenlandsopphold [...] Komiteen mener likevel at det er grunn til å komme tilbake til spørsmålet om størrelsen på egenbetalingen, ikke minst dersom den medisinske begrunnelsen for oppholdet viser seg ikke å være så stor».

Det kan med andre ord synes som om det opprinnelige formålet med ordningen - et alternativ til sykehusbehandling - nå var forlatt. I tillegg markerte uttalelsen at også Stortinget i økende grad stilte spørsmålsteget ved ordningens behandlingseffekt.

3.3.8 Sterkere faglig styring

I 1994 ble Sekretariatet for behandlingsreiser ved NSB Reisebyrå lagt ned. Dette kom blant annet som følge av at Riksrevisjonen hadde avdekket uheldige forhold rundt virksomheten ved gjennomgang av statsregnskapet for 1991. Sekretariatsfunksjonen ble tillagt Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus (OSR). OSR skulle rapportere direkte til Sosial- og helsedepartementet. I forbindelse med omlegging av administrative rutiner, fikk Rikshospitalet

og Voksentoppen Senter for astma, allergi og lungesykdommer større medisinsk faglig ansvar for blant annet utvelgelsen av pasienter og opplæring av personell.

Statens forpliktelser til å bruke eget reisebyrå opphørte i 1989. Etter omorganiseringen i 1994 beholdt NSB Reisebyrå turoperatørdelen, men forutsetningen var at denne delen skulle ut på anbud med jevne mellomrom.

3.4 Perioden 1996-98: Dagens ordning vokser fram

3.4.1 Fra tidsbegrenset til permanent ordning

I 1995 fastslo Stortinget at ordningen skulle gjøres permanent fra 1997. Imidlertid forutsatte Stortinget en løpende vurdering av ordningen ved de årlige budsjettbehandlingene (14). Bakgrunnen for vedtaket var Sosial- og helsedepartementets vurdering av ordningen som ble lagt fram for Stortinget ved budsjettbehandlingen samme år (15). For gruppen pasienter med revmatiske sykdommer lå Frithjof J. Bjerkhoels evaluering til grunn (16) (se for øvrig "[Dagens ordning](#)" i kapittel 4). Evalueringsrapporten konkluderte blant annet med følgende:

«Det synes utfra dette omfattende materialet ikke være noen tvil om at man kan konkludere med at fire ukers behandling i institusjon både for leddgikt- og Bechterewpasienter gir god effekt både mentalt og fysisk. Effekten varer opp til et drøyt halvår, og synes best for leddgiktgruppen som har vært til utenlandsbehandling. Det er også mulig at litt dårligere pasienter får bedre behandlingseffekt enn på forhånd bedre pasienter».

Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus uttalte i denne forbindelse (15):

«Utenlandsbehandling er således et svært viktig supplement til den norske revmatikeromsorg. Fra faglig hold er det vanskelig å tenke seg at det er mulig å etablere et liknende tilbud i Norge på grunn av klimatiske forhold».

På tross av Statens helsetilsyn sin reserverte holdning (referert i 3.3.5), konkluderte departementet med videreføring utfra følgende begrunnelse (15):

«Det er imidlertid klart at innsatsen rent volummessig er for dårlig for disse pasientgrupper innenlands. Uten tvil er behandlingsreiser for det meste av god psykososial nytte og dette skyldes ikke minst de klimatiske forhold i Tyrkia. En del revmatikere holder seg i arbeid og unngår å bli uførepensjonert ved hjelp av et 4 ukers opphold i Tyrkia. Dessuten er dette et meget rimelig behandlingstilbud i forhold til opphold ved norske helseinstitusjoner».

For psoriasisprogrammet viste departementet til at for perioden 1991-92 ble 90 prosent av pasientene vurdert som mye bedre etter behandlingsopphold etter legens vurdering - et resultat som endret seg lite fra år til år. Også for barnegruppene ble det fra Voksentoppen rapportert om bedring for 90 prosent av pasientene (15). Det gikk imidlertid ikke fram hva departementet viste til når det gjaldt vurderingen av behandlingstilbudets kostnad sammenliknet med «norske helseinstitusjoner».

På denne bakgrunn konkluderte Stortinget følgende (14):

«Komiteen kan vanskelig se at det er grunn til å skape usikkerhet om fremtiden for behandlingsreiser etter en så positiv vurdering som departementet har konkludert med om nytten av tilbudet. Komiteen vil derfor foreslå at tilbudet gjøres permanent etter utløpet av 1996».

Samtidig gjentok Stortinget kravet om en vurdering av en egenandel som var mer lik egenandel ved norske opptreningsinstitusjoner. I 1995 ble egenandelen økt til 75 kroner per døgn for voksne pasienter.

3.4.2 Valg av nye behandlingssteder

Psoriasisprogrammet

Etter brudd i forhandlinger med behandlingsinstitusjonen på Lanzarote i 1995, ble tilbudet for psoriasispatientene flyttet til Valle Marine på Gran Canaria.

Danske myndigheter hadde i flere år benyttet et tilbud i Israel med godt resultat. Stortinget ba Sosial- og helsedepartementet vurdere Israel som nytt behandlingssted for psoriasispatientene. I 1996 ble det derfor planlagt å sende en prøvegruppe, men prosjektet ble stilt i bero på grunn av for få påmeldte pasienter. Spørsmålet om Israel som behandlingssted ble på ny tatt opp av Stortinget i forbindelse med behandlingen av budsjettet for 1998. Ved henvisning til at det israelske tilbudet både var dyrt og at eksisterende tilbud var tilfredsstillende, lot imidlertid departementet være å følge opp Stortingets ønske (jfr 4.4.3).

Programmet for revmatiske sykdommer

Stortinget bestemte at det skulle sendes en prøvegruppe med pasienter med revmatiske sykdommer til Igalo-instituttet i Montenegro i 1997. Prøveprosjektet ble vedtatt videreført i 1998 (Prøveprosjektet vedtatt videreført også i 1999, men ble avlyst på grunn av krigshandlinger, jfr 4.4.4).

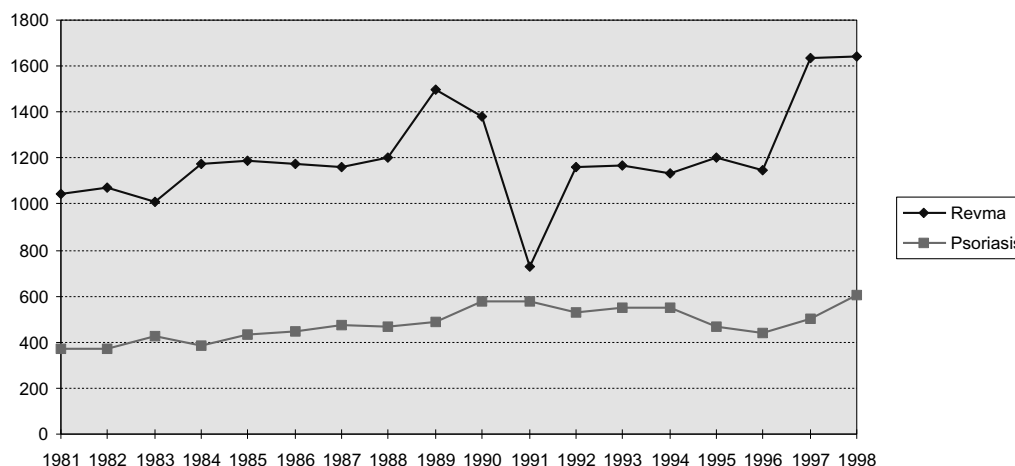
3.4.3 Nye grupper og økt volum

Fra 1998 ble barn med atopisk eksem inkludert i ordningen (17). Begrunnelsen var erfaringer fra tre begrensede prøveprosjekter (to prosjekter delvis finansiert av Norges Astma- og Allergiforbund, og ett prosjekt finansiert av Kjell Aas Fondet). Resultatene tydet på effekt av klimabehandling for barn med atopisk eksem.

Stortinget vedtok samtidig å øke antall psoriasispatienter til 600 med henvisning til at antallet behandlede pasienter var redusert de senere årene.

3.4.4 Nordisk samarbeide

Fra ordningens start var svenske myndigheter samarbeidspart. Ved psoriasisprogrammet fikk norske myndigheter ansvar for et nordisk samarbeid fra 1990. I løpet av 1990-tallet fikk også islandske og finske pasienter tilbud om å delta gjennom det norske programmet i tillegg de svenske pasientene (jfr 4.7.2).



Figur 3.1 Oversikt over antall behandlede pasienter i perioden 1981-1998

3.5 Sammenfatning

Ordningen for behandlingsreiser til utlandet ble etablert som en prøveordning for tre år i 1976. Ordningen omfattet pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis. Formålet med ordningen var å gi et alternativ til sykehusbehandling i Norge og dermed bedre behandlingskapasiteten for disse gruppene. Utgiftene til prøveprosjektet ble delt mellom folketrygden og fylkeskommunene etter sykehuslovens bestemmelser. Folketrygdens tilskudd ble bevilget over trygdebudsjettets sykehuspost. Dette forutsatte at tilbudet skulle tilfredsstille faglige krav etter norsk vurdering. Omfanget tilsvarte en økning på nær 65 000 kurdøgn til sammen for gruppene. Behandling ble gitt ved tre til fire ukers opphold i det tidligere Jugoslavia. Pasientene ble prioritert etter felles, nasjonale retningslinjer. Uttaket foregikk ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Rikshospitalets hudavdeling. Helsedirektoratet administrerte ordningen i prøveperioden.

Fram til ordningen ble gjort permanent i 1997 ble behandlingsreiser videreført for perioder fra tre til fem år av gangen. Pasientene med revmatiske sykdommer ble fortsatt tilbudt behandling i Jugoslavia, mens pasienter med psoriasis fikk behandlingsopphold på Lanzarote i Spania fra 1980. Det ble lagt vekt på at ordningen avlastet hjemlig tilbud, hadde medisinsk effekt, gunstig virkning på psykisk velvære og evne til sosial rehabilitering og egenaktivitet, og var økonomisk fordelsaktig. Det er usikkert hvilke vurderinger som lå til grunn for konklusjonen om økonomisk fordelsaktighet.

Da rammefinansieringen ble innført i 1980 fikk fylkeskommunene økt innflytelse. Det ble gjort forsøk med lokalt uttak. Med henvisning til hensynet til likebehandling uavhengig av bosted og fylkeskommunens økonomi, vedtok Stortinget at ordningen skulle finansieres over en egen post på statsbudsjettet fra 1984 og at uttaket skulle foregå sentralt.

I 1985 ble ordningen utvidet til også å omfatte barn og unge med leddgikt, astma/allergi og kroniske lungesykdommer. Disse gruppene ble tilbudt behandling i Jugoslavia.

Formålet med ordningen lå fast fram til midten av 1980-tallet, men ble så gradvis endret. Ordningen ble over tid snarere oppfattet som et supplement

enn et alternativ til eksisterende behandling i Norge. Samtidig gikk en bort fra å sammenlikne ordningen med innleggelse ved norske sykehus. I 1989 ble det innført en egenandel på tilbudet for voksne. I denne sammenheng ble ordningen ble sammenliknet med opptreningsinstitusjonene og rekonvalesenthjem.

På grunn av urolighetene på Balkan i 1991 ble tilbudet for gruppen med revmatiske sykdommer flyttet til Tyrkia og for barnegruppene til Gran Canaria. I 1995 ble også tilbudet for psoriasisgruppen flyttet til Gran Canaria etter brudd i forhandlingene med institusjonen på Lanzarote.

Fra midten av 1990-årene ble ordningen utsatt for et mer kritisk søkelys. Statens helsetilsyn konkluderte med at effekten av behandlingsopphold i varmt klima syntes å være kortvarig og at ordningen ikke inkluderte de alvorligst syke. I 1994 ble ordningen omorganisert og den faglige styringen styrket. Hittil hadde NSB Reisebyrå hatt en sekretariatsfunksjon som lå langt utover det reisetekniske, og Statens helsetilsyn hadde hatt det administrative ansvaret for ordningen. Nå ble sekretariatsfunksjonen tillagt Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus med Sosial-og helsedepartementet som tilsynsinstitusjon. NSB Reisebyrå beholdt kun reiseoperatørdelen.

I 1995 vedtok Stortinget at ordningen skulle gjøres permanent fra 1997 på bakgrunn av departementets evaluering av ordningen. Evalueringen konkluderte med at behandlingen hadde betydelig effekt for samtlige grupper, på tross av at det flere ganger fra ulikt hold var etterlyst bedre dokumentasjon og analyse av behandlingseffekt.

I dag fremstår ordningen både som et alternativ og et supplement til eksisterende norske tilbud. Ordningen omfatter pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis og barn og unge med astma og kroniske lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Om lag 2450 pasienter ble tilbudt behandling i 1998. For 1999 bevilget Stortinget nær 63 mill. kroner til ordningen. Egenandelen var i 1999 100 kroner døgnet for voksne pasienter. Dagens ordning er nærmere belyst i neste kapittel.

Referanser

1. St prp nr 165 (1974-75)
2. St prp nr 1, Tillegg nr 17 (1978-79)
3. Spørretimespørsmål nr 18, 23.10.1974
4. Bikset, A (1987): Vi kjøper helsetjenester i utlandet. Bodø: Høgskolesenteret i Nordland. Upubl.
5. Innst S nr 166 (1978-79)
6. St prp nr 1 Tillegg nr 4 (1983-84)
7. Budsjett-innst S nr 11 Tillegg nr 1 (1983-84)
8. St prp nr 58 (1986-87)
9. St prp nr 1 Tillegg nr 9 (1989-90)
10. Kapstad, B. og K.Noreik (1994): Behandlingsreiser til Syden for reumatikere - medisinsk alternativ eller alternativ medisin? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 2, 1994:114: 187-9
11. Sønbo Kristiansen, I. (1994): Behandling av reumatikere i Syden, Sesam i solen? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 2, 1994:114: 153
12. St prpr nr 1 (1994-95)
13. Budsjett-innst S nr 11 (1994-95)
14. Budsjett-innst S nr 11 (1995-96)
15. St prp nr 1 (1995-96)
16. Bjerkhoel, F.J. (1993): Evaluering av utenlandsbehandlingen for revmatik-

ere. Rapport 1993. Upubl.
17. Budsjett-innst S nr 11 (1997-98)

Tabell 3.1: Behandlingsreiseordningen i perioden 1976-1998

	Prøveordning (1976-78)	Periodiske forlengelser (1979-96)	Permanent ordning (1997-98)
Formål	Alternativ til sykehussinnleggelse for å øke kapasitet	Supplement til norsk sykehussinnleggelse/ Supplement til poliklinisk behandling/Alternativ til opptreningsinstitusjoner	Supplement og alternativ til norske tilbud
Grupper omfattet	Voksne og barn med revmatiske lidelser/psoriasis	1985: I tillegg: Barn: leddgikt/astma/allergi/lungesykdommer	1998: I tillegg: Barn: atopisk eksem
Behandlingssted			
Revmatiske sykdommer	Igalo, Jugoslavia	1991: Balcova, Tyrkia	Balcova, Tyrkia
Psoriasis	Igalo	1980: Lanzarote, Spania	Gran Canaria, Spania
		1995: Gran Canaria, Spania	
Astma/lungesykdommer		1985: Igalo, Jugoslavia 1991: Gran Canaria, Spania	Gran Canaria, Spania
Atopisk eksem			Gran Canaria, Spania
Uttak	Felles nasjonale retningslinjer	1982: Forsøk med lokalt uttak	Felles nasjonale retningslinjer
	Uttak: Helsedirektoratet (1976-77)	1984: Sentralt uttak ved OSR/RH	Uttak: RH
	Uttak: OSR/ RH (1978)		
Administrativt ansvar	Helsedirektoratet/ RTVFra 1978: Helsedir/NSB	1982: Sosialdepartementet/KS/NSB	RH
Reiseteknisk ansvar	NSBs Reisebyrå	NSBs Reisebyrå	NSBs Reisebyrå
Rapporteringsmyndighet	Helsedirektoratet	1982: Sosialdepartementet 1984: Helsedirektoratet 1994: Sosial- og helsedep.	Sosial- og helsedepartementet
Finansiering	Statlig og fylkeskommunalt tilskudd	1980: Fylkeskommunalt tilskudd 1984: Statlig tilskudd 1989: Statlig tilskudd/egenandel	Statlig tilskudd/egenandel

Kapittel 4

Dagens ordning

I dette kapittelet beskrives dagens ordning for behandlingsreiser til utlandet. Først gis en generell gjennomgang av ordningens medisinskfaglige begrunnelse; finansiering og organisering; omfang og tilbud. Deretter beskrives programmet for revmatiske sykdommer, psoriasisprogrammet og programmet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem nærmere.

4.1 Ordningens medisinskfaglige begrunnelse

4.1.1 Klimaeffekt

Dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet omfatter følgende pasientgrupper:

- Voksne og barn med betennelsesaktige revmatiske sykdommer.
- Voksne og barn med psoriasis.
- Barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem.

Felles for disse gruppene er at pasientene har kroniske betennelsesaktige sykdommer med stort behov for behandling, og at behandling i varmt og solrikt klima kan ha effekt på sykdommen. Sykdommene kan forverres i kaldt, solfattig eller fuktig klima (1-3).

Klimaeffekten er hovedsakelig en direkte effekt av sollys og sjøbad ved psoriasis og atopisk eksem (4,5); mens tørt og varmt klima ved de revmatiske sykdommer hovedsakelig har en symptomlindrende effekt som bedrer mulighetene for gjennomføring av fysikalsk behandling (6,7). Ved astma og allergi antas den positive effekten delvis å skyldes fravær av ugunstig miljøeksposisjon (3,9). Sykdommene er forbundet med en økt forekomst av nedsatt fysisk kapasitet, og et endret klima synes å kunne bedre mulighetene for å gjennomføre fysisk treningsterapi for disse pasientene (3,7,9). Mekanismen for klimaeffekten ved kroniske betennelsesaktige sykdommer kan muligens forklares ved at ultrafiolett lys har en påvisbar betennelsesdempende effekt (10,11).

4.1.2 Behandlingsbehov

Behandlingsbehovet for disse pasientene gjelder fysikalsk og/eller medisinsk behandling, ultrafiolett stråling og/eller allergisanering. Ved revmatiske sykdommer har pasientene et stort og gjentatt behov for fysikalsk behandling. Fysisk aktivitet er en del av behandlingen ved astma og lungesykdommer, atopisk eksem og psoriasis. Ved alle sykdommene har pasientene et kontinuerlig behov for medikamentell behandling. Gjennom en generell bedring av tilstanden kan klimaeffekten bidra til reduksjon og endring i behovet for medikamenter. Behandlingsopphold i utlandet kan også bedre pasientenes livskvalitet.

4.1.3 Undervisningsbehov

Pasienter med de aktuelle sykdommene har et stort behov for undervisning. Økt kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser kan bedre pasientenes evne til mestring av kronisk sykdom.

Referanser

1. Aikman H. The association between arthritis and the weather. *Int J Biometeorol* 1997;40(4):192-9.
2. Simon HU, Grotzer M, Nikalaizik WH, Blaser K, Schoni MH. High altitude climate therapy reduces peripheral blood T-lymphocyte activation, eosinophilia, and bronchial obstruction in children with house-dust mite allergic asthma. *Pediatr. Pulmon* 1994;15:304-11.
3. Vocks E. Dermologic climate therapy-definition, indications and public health necessity. *Rehab* 1995;34:148-53.
4. Snellman E. Heliotherapy and psoriasis. An Experimental and Clinical Study. Thesis, 1993.
5. Menger W. Indications and successes of climate therapy of children. *Offentl Gesundheitswes.* 1989 Aug-Sep; 51(8-9):470-6.
6. Bjerkhoel F. Evaluering av utenlandsbehandling for revmatikere. Helse-direktoratet 1993.
7. Hafstrom I. Vård i varmt klimat. Bra for reumatikern. *Lakartidningen* 1997;94(12):1094-6.
8. Boner AL, Comis A, Schiassi M, Venge P, Piacentini GL. Bronchial reactivity in asthmatic children at high and low altitude. Effect of budesonide. *Am.J.Respir.Crit.Care.Med.* 1995;151(4):1194-200.
9. Taylor WR, Newacheck PW. Impact of childhood asthma upon health. *Pediatrics* 1992;90:657-62.
10. Urbach F. Potential health effects of climate change: Effects of increased ultraviolet radiation on man. *Environment Health Persp* 1991;96:175-76.
11. Ullrich SE, Alcalay J, Applegate LA, Kripke ML. Immunosuppression in phototherapy. In *Photosensitizing Compounds*. Wiley, Chichester (Ciba foundation) 1989:131-47.

4.2 Finansiering

Behandlingsreiseordningen er en statlig rammebevilgning som forvaltes av Seksjon for behandlingsreiser ved Revmatologisk Avdeling, Rikshospitalet. Midlene fordeles mellom programmer og behandlingssteder etter Stortingets forutsetninger. Behandlingsplasser fordeles mellom pasientene etter faglige retningslinjer innenfor hvert program.

I 1999 betalte voksne pasienter en egenandel på 100 kroner døgnet, til sammen om lag 6,0 millioner kroner. Resterende utgifter ble dekket over statsbudjettets kap 0739 Andre utgifter, post 70 Behandlingsreiser til utlandet. For 1999 var bevilgningen 63 millioner kroner, inkludert 6,0 millioner kroner i egenandeler og 3,5 millioner kroner vedrørende utgifter til pasienter fra andre nordiske land. Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett ble bevilgningen redusert med 3,0 millioner kroner idet et prøveprosjekt for pasienter med revmatiske sykdommer i Igalo, Montenegro ble avlyst. Folketrygden dekker reise innenlands.

4.3 Organisering

4.3.1 Administrativt og faglig ansvar

Sosial- og helsedepartementet har det overordnede administrative ansvar for dagens ordning. Det daglige administrative ansvar er tillagt Seksjon for behandlingsreiser, Revmatologisk Avdeling, Rikshospitalet.

Ordningen er organisert i tre programmer:

- Programmet for revmatiske sykdommer. Rikshospitalets Seksjon for behandlingsreiser/Revmatologisk Avdeling har medisinskfaglig ansvar for programmet.
- Psoriasisprogrammet. Hudavdelingen ved Rikshospitalet har faglig ansvar for programmet.
- Programmet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. Voksentoppen, Statens sykehus for barn med astma og allergi, har faglig ansvar for programmet.

I avsnitt 4.6 til 4.8 er programmene nærmere omtalt.

Reiseteknisk ansvar

Sosial- og helsedepartementet inngår kontrakt med turoperatør. I 1999 var reiseteknisk ansvar tillagt NSB-Reisebyrå. Ved forsinkelser som skyldes svikt hos turoperatør, bærer denne belastningen. Ved andre uforutsette forsinkelser tas dette opp i det enkelte tilfelle.

4.3.2 Uttak av pasienter

Tilbudet skal framgå av St prp nr 1 og kunngjøres i informasjonshefte til primærlegene og annonser i de aktuelle interesseorganisasjonenes tidsskrifter. Kopi av annonsene skal sendes alle barneavdelinger, revmatologiske avdelinger, samt hudavdelinger ved norske offentlige sykehus.

Pasientene skal søkes inn av spesialist eller allmenpraktiker. Det skal benyttes eget søknadsskjema for pasienten og legen (legeerklæringsskjema) som fås ved landets trygdekontorer. Legeerklæringsskjema skal blant annet inneholde medisinsk diagnose, tilleggssykdommer og aktuell sykdomsaffeksjon. Søknad om behandlingsreise sendes Rikshospitalet. Søknaden kan sendes via spesialavdeling i vedkommende fylke. På søknaden er det en egen rubrikk der spesialavdelingen kan anbefale innvilgelse eller avslag. Bruk av denne ordningen praktiseres ulikt i de ulike fylker.

Uttak av pasienter gjøres av medisinskfaglig ansvarlig for det enkelte program. Søknadene skal prioriteres etter faglige retningslinjer. Disse er nedfelt i veiledningshefte til legene (IK-57) som er godkjent av departementet. Diagnose kan kvalitetssikres ved at det innhentes opplysninger fra spesialist i henholdsvis revmatologi, hudsykdommer og barne- eller lungesykdommer.

4.3.3 Rapportering og tilsyn

Ansvarlig norsk sykepleier på behandlingsstedet skal rapportere løpende til Rikshospitalet. I programmene for revmatiske sykdommer og psoriasis skal det sendes rutinemessig rapport etter avsluttet opphold, henholdsvis hver fjerde og hver tredje uke. Alle programmene avgir skriftlig rapport hvert halvår til Seksjon for behandlingsreiser, Rikshospitalet, som igjen rapporterer

årlig til Sosial- og helsedepartementet. Seksjon for behandlingsreiser, ved medisinskfaglig ansvarlig og oversykepleier, har tilsyn med behandlingst-edene to til fire ganger per år. Tilsynet kan utvides ved behov.

4.3.4 Erstatningsansvar

For opphold i utlandet kan reiseforsikring tegnes via turoperatør. Forsikringen er en kombinert reise- og ulykkesforsikring. Den dekker skader på og tap av reisegods, samt nødvendige og vanlige sykehusutgifter i forbindelse med dødsfall, akutt sykdom, alvorlige skader og ulykkesskader og ved uventet akutt forverring av kronisk lidelse. Forsikringen forutsetter medlemskap i folketrygden. Personell engasjert i utlandet av Rikshospitalet omfattes også av denne forsikringen.

Norsk pasientskadeerstatning dekker ikke skader oppstått under behandlingsreiser i utlandet. I brev av 31.05.99 til Rikshospitalet fastslo Sosial- og helsedepartementet at pasientene «ikke omfattes av ordningen med norsk pasientskadeerstatning og at det i de fleste tilfellene neppe vil foreligge erstatningsplikt for norske myndigheter etter de alminnelige erstatningsrettslige regler». Etter departementets syn er det ikke grunnlag for norske helsemyndigheters erstatningsansvar så lenge norsk helsepersonell ikke har vært involvert i behandlingen, eller skade ikke er forårsaket av feil fra norsk helsepersonell sin side.

4.3.5 Vurdering og godkjenning av nye behandlingsinstitusjoner

Både Stortinget og Sosial- og helsedepartementet kan ta initiativ til vurdering av nye behandlingsinstitusjoner i utlandet. Vurdering og eventuell godkjenning skal under dagens ordning gjøres etter følgende prosedyre:

- Sosial- og helsedepartementet har overordnet ansvar for vurdering av nye behandlingsinstitusjoner. Rikshospitalet skal på departementets oppfordring foreta søkstur til det/de aktuelle behandlingssted(er).
- Vurdering av institusjoner for programmet for revmatiske sykdommer skal foretas etter kriterier utarbeidet av Helsedirektoratets (nåværende Statens Helsetilsyn) arbeidsgruppe for valg av behandlingssted for pasienter med revmatiske sykdommer (Behandlingsreiser til utlandet - kriterier for valg av behandlingssted for pasienter med revmatiske sykdommer). Kriteriene er veiledende for de andre behandlingsprogrammene.
- Vurdering etter søkstur skal rapporteres skriftlig til departementet.
- Er videre saksgang aktuell, skal det som hovedregel sendes en prøvegruppe bestående av 30-50 pasienter til behandlingsstedet (unntak gjøres ved brudd i forhandlinger, krigstilstander, naturkatastrofer og liknende).
- Erfaringer fra prøvegruppen skal vurderes i henhold til kriteriene nevnt over og skal rapporteres til departementet.
- Brukermedvirkning skal ivaretas gjennom deltakelse fra pasientorganisasjonen på søkstur og/eller i prøvegruppen. Pasientorganisasjonen skal rapportere særskilt til departementet.
- Vurderes behandlingsinstitusjonen som egnet skal Rikshospitalet inngå kontraktsforhandlinger med institusjonen for ett år om gangen.

I St prp nr 1 (1999-2000) er Rikshospitalet pålagt å gjennomføre en anbudskonkurranse for behandlingssted for programmet for revmatiske sykdommer. Anbudet skal gjelde for år 2001.

4.3.6 Vurdering av nye grupper

Søknad om behandlingsreiser for nye grupper kan fremmes for Sosial- og helsedepartementet av pasientorganisasjoner, fagpersoner eller enkeltpersoner. Stortinget gjør vedtak om prøveprosjekter for nye pasientgrupper og eventuell videreføring i forbindelse med budsjettbehandlingen. Ansvar for gjennomføring av prøveprosjektene er tillagt Rikshospitalet. Aktuelle spesialavdelinger ved Rikshospitalet er gitt medisinskfaglig ansvar. For prøveprosjekter skal det opprettes prosjektråd der pasientorganisasjoner, fagpersoner og institusjoner med spesiell interesse og kompetanse på området deltar. Resultatene av prøveprosjekt rapporteres til departementet.

4.4 Behandlingsreisenes omfang

4.4.1 Omfang

I 1998 ble tilsammen 2476 pasienter tilbudt behandlingsreiser (inklusive prøvegrupper). Lengden på oppholdene varierte fra tre til fire uker, og utgjorde til sammen 73 620 pasientdøgn. Totale utgifter per pasientdøgn var 786 kroner. Under gis en oversikt over antall pasienter fordelt på de ulike programmene og etter gruppene voksne og barn (Tabell 4.1). Ordningen gir anledning til at barna kan ha med ledsager. Ledsagere er ikke med i oversikten.

Tabell 4.1: Antall pasienter behandlet i 1998

	Programmet for revmatiske sykd.	Psoriasisprogrammet	Astmaprogrammet
Voksne	1639	566	-
Barn	60	37	174
Tilsammen	1699	603	174

4.4.2 Prøvegruppe for muskelsyke

I Budsjett-innst S nr 11 (1998-99) ba Stortinget Sosial- og helsedepartementet om å evaluere kort- og langtidseffekten av opptreningsopphold i varmt klima for andre grupper kronisk syke enn de som i dag er omfattet av ordningen:

«Forskjellige grupper muskelsyke (for eksempel ALS-pasienter og poliorammede) mener at de vil ha større nytte av behandlingsreiser til Syden i vinterhalvåret enn tilbud i Norge fordi behandlingen har lengre effekt dersom den gis i varmt klima[...] Stortinget ber Regjeringen i 1999 å sende en prøvegruppe med muskelsyke til opptreningsopphold i Syden for å evaluere kort- og langtidseffekten av behandlingsreiser til utlandet».

Som begrunnelse for behovet for en slik evaluering anførte Stortinget mangelfull vitenskapelig dokumentasjon av effekt av opphold i varmt klima for muskelsyke.

På denne bakgrunn ble det planlagt et prøveprosjekt i 1999 for rehabiliteringsopphold for en gruppe på 12 pasienter med muskelsykdommer, herunder amyotrofisk lateralsklerose (ALS), samt 30 pasienter med post-poliolidelse. Oppholdet for pasienter med post-poliolidelse skulle sammenliknes med opphold for tilsvarende pasientgruppe ved Hokksund og Vikersund Kurbad, som begge er opptreningsinstitusjoner klasse 1 (jfr Forskrift for opptreningsinstitusjoner av 7. oktober 1991).

Prøvegruppen er gjenstand for en egen evaluering og er ikke kommentert videre i det følgende.

4.4.3 Prøvegruppe for psoriasispasienter

Ved budsjettbehandlingen for 1999 ba Stortinget samtidig om at Sosial- og helsedepartementet skulle sende en prøvegruppe med norske psoriasis-pasienter til rehabiliteringsopphold ved Dødehavet i Israel. En prøvegruppe med 30 psoriasispasienter ble behandlet ved Dødehavet i 1999. Prøvegruppen er gjenstand for en egen evaluering og er ikke kommentert videre i det følgende.

4.4.4 Prøvegrupper for pasienter med revmatiske sykdommer

Som beskrevet i "[Behandlingsreiser til utlandet - historikk](#)" i kapittel 3 ble 450 pasienter behandlet i et prøveprosjekt i Igalo, Montenegro i 1997 og 1998. I 1999 ble prosjektet avlyst på grunn av krig i området. I 1999 ble 90 pasienter behandlet i Sør-Frankrike (Balaruc-les-Bains) og 50 pasienter ved Tiberiasjøen i Israel (Tiberias Hot Springs). Prøvegruppene er gjenstand for en egen evaluering og er ikke kommentert videre i det følgende.

4.5 Tilbud

Behandlingsreiseordningen omfatter fysikalsk og/eller medisinsk behandling, tilpasset fysisk aktivitet, ultrafiolett stråling og/eller allergisanering, samt undervisning. I punktene 4.6 til 4.8 beskrives tilbudet for de ulike pasientgruppene nærmere. I tabell 4.2 gis en oversikt over personell tilknyttet ordningen for behandlingsreiser.

Tabell 4.2: Oversikt over norsk personale ved behandlingsreiser i 1998¹

	Mndr per år	Lege	Syke- pleier	Øk. konsu- lent	Kontor- funk.	Fysiot- erapeut	Idrett/ fritid- speda- gog
Administrasjon i Norge		1/2	1	1	3		
Revmaprogrammet							
Faglig ansvar, Behandlingsreiser, RH	12	1/2					
Revma voksne/ engasjert i Tyrkia	8		9				2
Revma voksne/ prøveprosjekt	4		4-5				2
Revma barn/ engasjert på Lanzarote	3		3			1	1-3
Hudprogrammet							
Faglig ansvar, Hudavdelingen RH	12	1					
Engasjert på Gran Canaria	8	1	3				1
Astma/lungesykd./atopisk eksem-barn							
Faglig ansvar Voksentoppen	12	*					
Voksentoppen samt Gran Canaria	4+8		1				
På Gran Canaria	8	1	3-5				

¹ Personalkategorier og antall norsk personell engasjert på behandlingssted i utlandet varierer noe fra år til år avhengig av behandlingssted og antall prøveprosjekter. I revmaprogrammet inngår tjenester fra utenlandsk behandlingspersonell i avtalen med behandlingsstedet.

* Timeansatt

4.6 Nærmere om programmet for revmatiske sykdommer

4.6.1 Medisinskfaglig begrunnelse

Behandlingsreiser til utlandet for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer er et tilbud om intensiv fysikalsk behandling i et stabilt og varmt klima. Positive effekter av behandlingsreisetilbudet kan skyldes tre forhold: intensiv fysikalsk behandling, klima og miljøskifte. Fysikalsk behandling er en integrert del av behandlingen av pasienter med revmatiske sykdommer. Formålet med behandlingen er å forbedre pasientens funksjon ved å bevare eller øke muskelstyrke og leddbevegelighet. Varme lindrer stivhet og smerter ved disse sykdommene. Et varmt og solfylt klima og opphold i et tilrettelagt miljø kan derfor tenkes å bedre muligheten til å gjennomføre aktiv treningsterapi.

4.6.2 Hvem er omfattet av ordningen?

Retningslinjer for prioritering

For voksne pasienter med revmatiske sykdommer er skriftlige retningslinjer for hvem som skal prioriteres til behandlingsreiser gitt i Veiledningsskriv IK-57 (1998):

- Behov. Pasienten må ha et reelt behandlingbehov, spesielt for fysikalsk behandling.
- Diagnoser. Kun pasienter med sikre diagnoser som Bekhterevs sykdom, revmatoid artritt og psoriasisartritt er høyt prioritert. Enkelte pasienter med polyartrose kan komme i betraktning.
- Alvorlighetsgrad. Pasienter med moderat sykdomsalvorlighet og middels sykdomsaktivitet prioriteres. Pasienten skal tåle intensiv fysikalske behandling.
- Kontraindikasjoner er meget aktiv leddgikt eller alvorlige bindevevssykdommer; nevrologiske lidelser; alvorlige psykiske lidelser; alkohol- eller medikamentmisbruk; hjerte-karlidelser eller andre lidelser som ikke klarer et intensivt fysikalsk program; lav toleranse for sterk sol og varme.
- Andre hensyn som tillegges vekt: pasienter med dårlig lokalt behandlingstilbud har fortrinn; pasienter som ikke tåler medikamentell behandling har fortrinn; og antall opphold per pasient skal fordeles slik at første-gangssøkere prioriteres.

Omfang

I 1998 ble 1639 voksne pasienter behandlet; 1183 pasienter ved Balcova og 456 pasienter ved prøveprosjektet i Igalo. Av disse var 654 (40 prosent) menn og 985 (60 prosent) kvinner. Gjennomsnittsalder var nær 51 år. Eldste pasient var 81 år og den yngste 19 år. Hoveddiagnosene fordelte seg slik, se tabell 4.3.

Tabell 4.3: Karakteristika for pasienter med revmatiske sykdommer

	1997	1998
	(1634 pasienter)	(1639 pasienter)
Gjennomsnittsalder	50 år	51 år
Andel kvinner	1044 (62%)	985 (60%)
Diagnose		
Revmatoid artritt	609 (37%)	582 (36%)
Mb. Bekhterev	630 (39%)	584 (36%)
Psoriasisartritt	261 (16%)	308 (19%)
Andre kroniske artritt	134 (8%)	173 (11%)

Tabell 4.4: Hoveddiagnoser

Revmatoid artritt kr.artritter:	Mb.Bekhterev	Psoriasis artritt	Andre
582 (36 prosent)	584 (36 prosent)	308 (19 prosent)	173 (11 prosent)
I tillegg kom 60 barn og unge med revmatiske sykdommer.			

4.6.3 Behandlingstilbudet

For voksne pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer består behandlingen av medisiner og fysikalsk behandling. I tillegg legges det til

rette for idrettspedagogiske tiltak og sosiale aktiviteter. Varigheten av oppholdet er fire uker.

Behandlingsstedene har medisinsk ekspertise innen blant annet fysikalsk medisin, revmatologi og indremedisin. Pasientene undersøkes av lege ved ankomst, etter én til to uker, ved avreise og ved behov. Legene rekvirerer og styrer den fysikalske og medisinske behandlingen (I 1998 kunne 57 prosent av pasientene som brukte smertestillende medikamenter redusere sitt forbruk; 48 prosent reduserte sitt forbruk av ikke-steroid antiinflammatoriske midler; og 33 prosent reduserte sin kortikosteroiddose). Vakthavende revmatolog ved Rikshospitalet har bakvakt for ordningen. Pasientene undersøkes også av fysioterapeut og sykepleier. Lege og sykepleier er tilgjengelig på døgnbasis.

- Den fysikalske behandlingen består av tre til sju daglige behandlinger av 15-45 minutters varighet. Behandlingen gis fem dager per uke. Fysioterapeutene skal ha erfaring med behandling av pasienter med revmatiske sykdommer. Behandlingen består av aktiv daglig trening i form av individuelle øvelser i treningssal, på benk og i basseng og gruppegymnastikk i treningssal, utendørs og i basseng. Medisinsk treningsterapi med apparater brukes en sjelden gang. Alle pasienter skal ha minst én form for aktiv behandling hver dag.
- Oppvarming i form av vannbehandling (basseng, boblebad med mineralvann eller undervannsmassasje), parafinomslag eller gytje (omslag eller bad) tilbys alle pasienter. Denne behandlingsform brukes i første rekke før og etter aktiv trening.
- Det tilbys massasje og elektroterapi.
- Undervisning med fokus på mestring av kronisk sykdom tilbys i form av fokusgrupper hver annen uke. I gruppene vektlegges samtaler om mestring av smerter og gjennomføring av treningsprogram. Rikshospitalet har opplyst at mellom 50 og 90 prosent av pasientene har sluttet opp om tilbudet. I tillegg gis individuell veiledning av sykepleier og lege.
- Det finnes i tillegg idrettspedagogiske tilbud i form av ulike sportsaktiviteter (tennis, ballspill på land og i vann, sykling, fjellturer, annen turgåing og lett jogging).

Programmet for barn fra 6 til 14 år er av tre ukers varighet. Ungdom fra 14 til 18 år får fire ukers behandling. Det gis gruppeundervisning av sykepleier, fysioterapeut eller lege to timer per uke. I tillegg gis tilrettelagt fysisk aktivitet (ballspill, tennis, minigolf, biljard, bordtennis, snorkling, trampebåt, kanopaddling, fjelltur og annen turgåing). Det arrangeres også sosiale aktiviteter.

4.6.4 Behandlingseffekt

4.6.4.1 Effekt av behandlingsreiser

Det er foretatt fire studier av effekten av behandlingsreiser til utlandet for pasienter med revmatisk sykdom. Samtlige studier er fra Skandinavia. Nedenfor gis en oppsummering av disse studiene.

86 pasienter med leddgikt og 93 pasienter med Bekhterevs sykdom ble tilfeldig utvalgt (randomisert) til behandling i utlandet (institutt Igalo i Montenegro), ved Beitostølen helsesportsenter eller hjemme i Bjerkhoels studie (1). I følge denne undersøkelsen hadde behandlingsopphold i utlandet en positiv effekt på smerteintensitet, antall og grad av ømme ledd, total arbeidskapasitet (målt ved testapparatet Cybex), og livskvalitet (målt ved spørreskjemaet

«General Health Questionnaire»). For pasienter med leddgikt vedvarte effekten seks måneder etter behandling. Behandlingen hadde også effekt på leddgiktspasientens fysiske funksjon (målt ved selvrapporteringsskjemaet Lee-index og gripestyrke) og generelle helse (målt ved legevurdering og selvrapporteringsskala) som vedvarte i tre måneder. Denne effekten var ikke signifikant etter seks måneder. Pasienter med leddgikt som ble behandlet på Beito-stølen helsesportsenter hadde en forbigående effekt, mens tilstanden forble uendret for pasienter som fortsatte med sitt vanlige treningsprogram hjemme. Effekten av behandlingsreise ved Bekhterevs sykdom var noe mer kortvarig enn effekten ved leddgikt, og forskjellen mellom behandling i utlandet og ved Beito-stølen var mindre uttalt for denne gruppen. Dette kan tyde på at pasienter med Bekhterevs sykdom nyttiggjorde seg behandlingen ved Beito-stølen helsesportsenter bedre enn pasienter med leddgikt, men resultatene kan også være påvirket av at målemetodene som ble brukt var utviklet for leddgikt og ikke for Bekhterevs sykdom.

Til tross for at pasientene ble tilfeldig fordelt, viste det seg at pasienter som ble behandlet i utlandet tenderte til å ha en mer alvorlig sykdom ved inklusjon enn pasienter behandlet ved Beito-stølen i Bjerkhoels studie. Denne forskjellen kan ha gjort at bedring var lettere å dokumentere i Igalogruppen. På den annen side kan relativt få pasienter i hver gruppe ha ført til at reelle forskjeller ikke var statistisk signifikante. Bjerkhoel konkluderte med at behandlingsreise til utlandet ga en fysisk og psykisk effekt som vedvarte seks måneder ved leddgikt og tre måneder ved Bekhterevs sykdom.

På grunnlag av en kontrollert undersøkelse av 79 svenske pasienter med revmatoid artritt og Bekhterevs sykdom konkluderte Johansson og Sullivan med at behandling i Spania medførte en større bedring umiddelbart etter behandling enn ambulant behandling i Sverige, målt ved pasientenes vurderinger fire måneder etter avsluttet behandling. Funnet kan muligens forklares av at Johanssons studie var en krysstudie (pasientene var sine egne kontroller) der effekten av den første behandlingen fortsatt var til stede når neste behandlingen begynte. En vedvarende bedring fire måneder etter behandling i Spania sammenliknet med tilstanden før behandling, ble imidlertid påvist (målt ved pasientens totale helsevurdering og legens skåring av leddstatus).

I en ukontrollert studie av 149 svenske pasienter med leddgikt og Bekhterevs sykdom, konkluderte Hafstrøm med at behandlingsreise medførte en bedring av smerteintensitet, fysisk funksjon (målt ved spørreskjemaet «Health Assessment Questionnaire»), generell helse (målt ved selvrapporteringsskala) og livskvalitet (målt ved spørreskjemaet Nottingham Health Profile) som vedvarte seks måneder etter endt behandling (3,4).

Kapstad gjennomførte en spørreundersøkelse av 130 norske pasienter med revmatisk sykdom som fikk behandling i Tyrkia. Han konkluderte med at behandlingsreise hadde en effekt på symptomer og livskvalitet som avtok, men var statistisk signifikant tre måneder etter avsluttet behandling (5).

I alle undersøkelser av effekt av behandlingsreiser har, av naturlige grunner, pasienter og undersøker hatt informasjon om hvilken behandling den enkelte pasient fikk (ikke blindede studier). Dette kan ha påvirket resultatene.

Verken langtidseffekten av behandlingsreise mer enn seks måneder etter reise, eller hvilke pasienter som vil ha best nytte av behandlingen, er undersøkt. Det er heller ikke gjort undersøkelser av behandlingseffekten ved psoriasisartritt.

4.6.4.2 Effekt av fysioterapi og varme

Det er funnet holdepunkter for at aktiv trening kan påvirke langtidsforløpet av revmatiske sykdommer (6-8). Nordemar og medarbeidere beskrev at pasienter med leddgikt som fikk regelmessig trening i fire til åtte år utviklet mindre røntgenologiske leddødeleggelser enn pasienter som ikke fikk trening (6). Andre har ikke funnet en sammenheng mellom frekvensen av fysisk trening og progresjonen av røntgenologiske ødeleggelser (9,10). Intensiv fysioterapi synes å kunne hindre tendensen til økende tilstivning av kolumna ved Bekhterevs sykdom (11). I følge en rekke studier kan fysisk trening bedre fysisk funksjon (målt ved spørreskjema, funksjonsklasse, testing av muskel-funksjon og fysisk kapasitet og leddbevegelighet) og lindre symptomer ved leddgikt (6,9,12-14) og Bekhterevs sykdom (8,11,15,16). Ved leddgikt er det også funnet holdepunkter for at fysioterapi bedrer arbeidsevnen (6).

Ved behandlingsreisetilbudet benyttes den symptomlindrende og avspennende effekten av vann og gytje som for- og etterbehandling i forbindelse aktiv trening. Behandling med vann og varme bedrer leddbevegelighet og grip-estyrke, samt reduserer smerte og stivhet ved revmatisk sykdom i følge en rekke studier (17-19). Det imidlertid vanskelig å trekke slutninger om denne behandlingens effekt på sykdomsforløpet ut ifra disse studiene (19).

4.6.4.3 Klimaeffekt

Studier av sammenhengen mellom klimafaktorer og revmatiske sykdommer har vist motstridende resultater. En sammenheng mellom forverrede smerter ved leddgikt og værforandringer har vært funnet i de fleste studier (20-25). Andre har ikke funnet noen vesentlig sammenheng mellom værforhold og symptomer eller sykdomsaktivitet ved leddgikt (24,26-28).

I epidemiologiske studier er det ikke funnet sikre forskjeller i forekomsten av revmatiske sykdommer i ulike land som tyder på at klimatiske faktorer har betydning for utviklingen av revmatisk sykdom (30,31). Nylig er det imidlertid funnet en høyere forekomst av revmatiske sykdommer hos pakistanere i England enn hos pakistanere i Pakistan, og hos personer i nordlige sammenliknet med sørlige deler av Kina (32,33). Foruten forskjeller i klima kan dette skyldes blant annet ulik tilgang på helsetjenester.

Det er funnet visse holdepunkter for at langvarig eksponering for miljøfaktorer, som kaldt klima, kan innvirke på alvorlighetsgraden av revmatiske sykdommer. Britiske pasienter med leddgikt synes å ha en mer alvorlig sykdom enn sammenlignbare greske og spanske pasienter bedømt ved graden av sykdomsaktivitet, fysisk funksjon og røntgenologiske ødeleggelser (34,35). Disse resultatene kan imidlertid også forklares av andre faktorer, som for eksempel forskjeller i kosthold. Om noen ukers eksponering for et varmt klima ved behandlingsreise har effekt på forløpet ved revmatisk sykdom vites ikke. Tilgang til et varmt og stabilt klima og miljøskifte synes imidlertid å bedre forutsetningene for å gjennomføre effektiv fysisk treningsterapi (2).

4.6.4.4 Behandlingseffekt hos barn og ungdom med revmatisk sykdom

Ved barneleddgikt er behandlingsreiser funnet å gi bedret opplevelse av fysisk og psykisk tilstand (36). Behandlingsreise ble funnet å bedre ungdommens egen mestringsforventning i forhold til fysiske aktiviteter i en studie av Lund (37). Ungdom med barneleddgikt er mindre fysisk og sosialt aktive enn sine jevnaldrende (38). Fysisk trening er viktig for å opprettholde og bedre

leddbevegelighet, muskelstyrke og fysisk funksjon ved barneleddgikt (39,40). Bedret fysisk funksjon kan også bidra til mindre sosial tilbaketrekning og øket aksept hos jevnaldrende i en alder da fysisk kompetanse er særlig betydningsfull (37). Behandlingsreisens effekt på sykdomsaktivitet og fysisk funksjon er kun undersøkt ved rapporter om pasientens opplevelse av dette, og langtidseffekten av behandlingen er ikke undersøkt. Kontrollerte studier av behandlingseffekt hos barn og ungdom foreligger ikke.

4.6.5 Pasienttilfredshet

I følge pasientevalueringer foretatt av Rikshospitalet i 1997 og 1998 var pasientene generelt godt fornøyd med behandlingstilbudet. Gjennomsnittlig 68 prosent av pasientene var svært fornøyd, mens gjennomsnittlig fire prosent var lite eller svært lite fornøyd med behandlingen. På spørsmål om hvilken generell betydning behandlingen hadde hatt, var gjennomsnittlig skår 8.7 på en skala fra 0 (svært lite fornøyd) til 9 (svært fornøyd). Gjennomsnittlig skår for tilfredshet med leger og fysioterapeuter var 3.7 på en skala fra 1 (lite fornøyd) til 4 (svært fornøyd). Majoriteten av pasientene opplevde bedring av symptomer, fysisk funksjon og psykisk tilstand.

4.6.6 Innenlandske tilbud

Innenlandske tilbud til pasienter med revmatiske betennelsesaktige sykdommer kan omfatte innleggelse ved revmatologisk avdeling ved landets sykehus. Spesialisert fysikalsk behandling og annen tverrfaglig kompetanse finnes ved revmatologiske avdelinger i alle fylker, bortsett fra Vestfold og Finnmark som har avtale om behandlingstilbud for pasienter med revmatiske sykdommer i nabofylkene.

Opphold ved de spesielle helseinstitusjonene (Valnesfjord og Beitostølen helsesportsentre) er et annet alternativ. Kapasiteten ved denne type institusjoner er imidlertid begrenset, og er i hovedsak tilpasset pasienter uten hjelpebehov, samt pasienter som har mulighet til å gjennomføre intensiv fysikalsk aktivitet.

Opptreningsinstitusjoner kan også i enkelte tilfeller være et alternativ. Det er imidlertid store forskjeller i kvalitet og innhold i disse institusjonene (41). De fleste av institusjonene kan i liten grad tilby spesialisert fysikalsk behandling for pasienter med revmatiske sykdommer, og de kan ikke benyttes av pasienter med hjelpebehov. Opptreningsinstitusjonenes egnethet for spesialisert rehabilitering av denne pasientgruppen er uklar (42).

Poliklinisk fysikalsk behandling benyttes i stor grad av denne pasientgruppen. Smerter, stivhet og allmennsymptomer kan redusere muligheten til å gjennomføre intensiv ambulant trening for en del pasienter. Det er imidlertid geografiske variasjoner i tilgangen til fysikalsk behandling på hjemstedet.

Referanser

1. Bjerkhoel F. Evaluering av utenlandsbehandling for revmatikere. Helse- direktoratet 1993.
2. Johansson M, Sullivan L. Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 1975;suppl.9:100-180.
3. Hafstrom I. Vård i varmt klimat. Bra for reumatikern. Lakartidningen

- 1997;94(12):1094-6.
4. Hafstrom I, Hellgren M Reumatiker. I Johansson I: Utvardering av rehabilitering utomlands. Stockholms län landsting 1998:7-17.
 5. Kapstad B, Noreik K. Behandlingsreise til Syden for reumatikere- medisinsk alternativ eller alternativ medisin? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1994;114(2):187-9.
 6. Nordemar R, Ekblom B, Zachrisson L, et al. Physical training in rheumatoid arthritis. A controlled long-term study. I. Scand.J.Rheumatol. 1981;10:17-23.
 7. Stenstrom CH. Therapeutic exercise in rheumatoid arthritis. Arthr Care Res 1994;7(4):190-7.
 8. Hidding A, van der Linden S, Gielen X, et al. Continuation of group physical therapy is necessary in ankylosing spondylitis. Results of a randomized controlled trial. Arthr.Care.Res. 1994;7:90-96.
 9. Stenstrom CH. Radiologically observed progression of joint destruction and its relationship with demographic factors, disease severity, and exercise frequency in patients with rheumatoid arthritis. Physical Therapy 1994;74(1):32-9.
 10. Hansen TM, Hansen G, Langgaard AM, Rasmussen JO. Longterm physical training in rheumatoid arthritis. A randomized trial with different training programs and blinded observers. Scandinavian J Rheumatol 1993;22(3):107-12.
 11. Viitanen JV, Lehtinen K, Suni J, Kautiainen H. Fifteen months' follow-up of intensive inpatient physiotherapy and exercise in ankylosing spondylitis. Clinical Rheumatology 1995;14(4):413-9.
 12. Lyngberg K, Danneskiold-Samsøe B, Halskov O. The effects of physical training on patients with rheumatoid arthritis: changes in disease activity, muscle strength and aerobic capacity. A clinically controlled minimized cross-over study. Clin.Exp.Rheumatol. 1988;6:253-260.
 13. Minor M, Hewett J, Webel R, et al. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthr.Rheum. 1989;32:1396-1405.
 14. Bradley L, Young L, Anderson K, et al. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheum 1987;30:1105-1114.
 15. Gall V. Exercise in the spondyloarthropathies. Arthr.Care.Res. 1994;7:215-219.
 16. Helliwell P, Abbott C, Chamberlain M. A randomized trial of three different physiotherapy regimes in ankylosing spondylitis. Physiother. 1996;82:85-90.
 17. Verhagen AP, de VH, de BR, Kessels AG, Boers M, Knipschild, PG. Taking baths: the efficacy of balneotherapy in patients with arthritis. A systematic review. J Rheumatol 1997;24(10):1964-71.
 18. Oosterveld FG, Rasker JJ. Treating arthritis with locally applied heat or cold. Seminars in Arthritis Rheum 1994;24(2):82-90.
 19. Sukenik S, Neuman L, Flusser D, Kleiner-Baumgarten A, Buskila D. Balneotherapy for rheumatoid arthritis at the dead sea. Isr J Med Sci 1995;31:210-14.
 20. Sukenik S, Shoenfeld Y. The Dead sea is alive. Isr J Med Sci 1996;32suppl:S1-S3
 21. Hollander JL, Yestros SJ. The effect of simultaneous variations of humidity and barometric pressure on arthritis. Bull Am Meteorolog Soc

- 1963;44:489-94
22. Patberg WR, Nienhuis RLF, Veringa F. Relation between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. *J rheumatol* 1985;12:711-15.
 23. Dequeker J, Wuestenraed L. The effect of biometeorological factors on Ritchie articular index and pain in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1986;15:280-84
 24. Guedj D, Weinberger A. Effect of weather on rheumatic patients. *Ann Rheum Dis* 1990;49:158-59.
 25. Drane D, Berry G, Bieri D, McFarlane AC, Brooks P. The association between external weather conditions and pain and stiffness in women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1997;24:1309-16.
 26. Aikman H. The association between arthritis and the weather. *Int J Biometeorol* 1997;40(4):192-9.
 27. Sibley JT. Weather and arthritic symptoms. *J Rheumatol* 1985;12:707-10
 28. Van de Laar MAF, Bernelot Moens HJ, Van der Stadt RJ, Van der Korst JK. Assessment of inflammatory joint activity in rheumatoid arthritis and changes in atmospheric conditions. *Clin Rheumatol* 1991;19:426-33.
 29. Redelmeier DA, Tversky A. On the belief that arthritis pain is related to the weather. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1996;93:2895-6.
 30. Heath CW, Fortin PR. Epidemiologic studies of rheumatoid arthritis: Future directions. *J Rheumatol* 1991;19 suppl 32:74-7.
 31. Boyer GS, Benevolenskaya LI, Templin DW, Erdesz S, Bowler A, Alexeeva, LI, Goring WP, Krylov MY, Mylov NM. Prevalence of rheumatoid arthritis in circumpolar native populations. *J Rheumatol* 1998;25(1):23-9
 32. Hameed K, Gibson T. A comparison of the prevalence of rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases amongst Pakistanis living in England and Pakistan. *Br J Rheumatol* 1997;36(7):781-5.
 33. Wigley RD, Zhang NZ, Zeng QY, Shi CS, Hu DW, Couchman K, Duff IF, Bennett PH. Rheumatic diseases in China: ILAR-China study comparing the prevalence of rheumatic symptoms in northern and southern rural populations. *Journal of Rheumatology* 1994;21(8):1484-90.
 34. Drosos AA, Lanchbury G, Panai GS, Moutsopoulos HM. Rheumatoid arthritis in greek and british patients. A comparative clinical, radiologic and serologic study. *Arthritis Rheum* 1992;7:745-48.
 35. Ronda E, Ruiz MT, Pascual E, Gibson T. Differences between Spanish and British patients in the severity of rheumatoid arthritis: comment on the article by drosos et al. *Arthritis Rheum* 1994;37:147-48.
 36. Lærum K, Lærum E. De lykkelige øyene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994;114:208-9.
 37. Lund S. Ungdommer med juvenil revmatoid artritt-mestring og opplevelser under fire ukers behandlingsopphold på Lazarote. Hovedfagsoppgave. Norges Idrettshøgskole, Oslo 1998.
 38. Timko C, Stovel KW, Moos RH, Miller JJ3. Adaptation to juvenile rheumatic disease: a controlled evaluation of functional disability with a one-year follow-up. *Health Psychol.* 1992;11(1):67-76.
 39. Bjørnholt PG, Høyerall HM, Munthe E, Pahle J, Kogstad O, Sydnes OA, Ziesler. Fysisk aktivitet i behandlingen av inflammatoriske reumatiske lidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1980;12:856-59.
 40. Hafner R, Truckenbrodt H, Spamer M. Rehabilitation in juvenile chronic arthritis. *Bailliers Clinical Rheumatology* 1998; 12:329-61.

41. St meld nr 21 (1998-99).
42. Statens helsetilsyn (1996): Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer, Statens helsetilsyns utredningsserie 3-96.

4.7 Nærmere om psoriasisprogrammet

4.7.1 Medisinskfaglig begrunnelse

Psoriasis forekommer hos to prosent av den norske befolkning (1). Sykdomsintensiteten varierer over tid og er vanligvis mest uttalt høst, vinter og vår. De fleste pasienter blir erfaringsmessig bedre om sommeren dersom de bader og huden eksponeres for sol. Mange steder i Norge er ikke klimaet godt nok om sommeren til å oppnå en gunstig effekt på psoriasisaktiviteten.

Psoriasis er en kronisk sykdom som medfører at pasientene må ha behandling over lang tid, noen kontinuerlig. Da flere av behandlingstilbudene har potensielle langtidsbivirkninger, er det nødvendig med en strategi for å redusere risikoen for bivirkninger i løpet av et langt liv. Det er derfor økende fokus på rotasjonsbehandling der en tar ut det beste av hver behandlingsform i en begrenset periode for å minimalisere irreversible bivirkninger. For å bedre pasientenes etterlevelse av igangsatt behandling, er det også økende fokus på et skreddersydd behandlingsopplegg tilpasset pasientenes ressurser, behov og utfordringer i hverdagen. Klimabehandling kan være en del av slik rotasjonsbehandling.

4.7.2 Hvem er omfattet av ordningen?

Retningslinjer for prioritering

Det er nedfelt skriftlige retningslinjer for voksne pasienter med psoriasis som skal prioriteres til behandlingsreiser (Veiledningsskriv IK-57 (1998)):

- Diagnoser. Tilbudet omfatter pasienter med psoriasis. Pasienten må ha erfaring med at hudsykdommen bedres om sommeren.
- Alvorlighetsgrad. Sykdommen skal være så uttalt at det berettiger til behandling på dermatologisk avdeling. Pasientene må være selvhjulpne, og tåle sol- og strandbading.
- Kontraindikasjoner er lav toleranse for sol- og strandbading; lett til moderat psoriasis; irritert/ustabil psoriasis; erythrodermi; pustuløs psoriasis; psoriasisartritt som vesentligste symptom (kan eventuelt søke behandling under programmet for revmatiske sykdommer); misbruk av alkohol/medisiner; kompliserende sykdommer for eksempel diabetes mellitus, hjerte-kar sykdommer og alvorlig hypertensjon, samt epilepsi og alvorlig psykiske lidelser.
- Andre hensyn som tillegges vekt: pasienter bør være forbehandlet. I tillegg skal opphold per pasient fordeles.

Rikshospitalet viser til at disse kriteriene er revidert og at det i dag legges vekt på en samlet vurdering av følgende momenter:

- Sykdommens alvorlighetsgrad vurdert ved PASI score (Psoriasis Area and Severity Index).
- Soltoleranse.
- Erfaringer fra tidligere opphold.
- Psykososial egnethet.

- Andre sykdommer.
- Avstand til behandlingstilbud i Norge.
- Alder.
- Psoriasisartritt.

På bakgrunn av disse momentene beregnes en poengsum som bestemmer hvor pasienten kommer på prioriteringslisten. Pasienter med lang vei til behandlingstilbud i Norge forsøkes prioritert til klimabehandling. Dette medfører at det har vært en overrepresentasjon av pasienter fra Nordland, Troms og Finnmark til klimabehandling de siste årene. Kompliserende sykdommer og psykososiale forhold forsøkes eliminert i uttaket da det kan ødelegge utnyttelsen av behandlingstilbudet og medføre hjemsendelse. Pasientene bør helst ha erfart at sol hjelper på deres utslett.

Omfang

Både voksne og barn og ungdom får tilbud om behandling ved psoriasisprogrammet. De siste fem behandlingssesonger varierte samlet antall søknader fra 791 til 1119 og antall innvilgede søknader fra 391 til 562. I voksegruppen var menn noe overrepresentert (59-63 prosent). Gjennomsnittsalder i voksegruppen var 44 år.

Det gis tilbud i egne grupper for barn fram til ungdomsskole og ungdom fram til avsluttet videregående skole. De siste fem sesonger besto barnegruppen av 10-31 barn pluss ledsager, og ungdomsgruppen av 15-18 pasienter pluss egne ungdomsledere. Barnegruppen besto av omtrent like mange gutter som jenter. I ungdomsgruppen var 73-81 prosent jenter.

Deltakere fra andre nordiske land

Psoriasisprogrammet har hatt en avtale om behandling av psoriasispatienter fra Sverige, Finland og Island. Dette har vært et organisatorisk samarbeid der de respektive land har kjøpt plasser ved det norske behandlingssted på Gran Canaria. Disse pasientene tilbys samme behandlingsopplegg som de norske pasientene og bruker det samme helsepersonell. De siste fem år er omlag 200 pasienter fra Sverige tilbudt behandling årlig. Fra Finland har det vært antall pasienter økt fra 60 til 200. Island har redusert sin aktivitet fra 40 til én, men har signalisert at de igjen ønsker flere plasser.

4.7.3 Behandlingstilbudet

Behandlingstilbudet ved psoriasisprogrammet består av en kombinasjon av

- Medisinsk kontrollert behandling med sol og sjøvann.
- Ro og hvile.
- Undervisning om sykdom og behandling, samt opplæring i egenmestring. Lege underviser én time per uke. I tillegg gis individuell veiledning av lege og sykepleier.
- Organisert fysisk aktivitet.

Behandlingen varer tre uker. Personalet er skandinavisk talende og består av hudlege, oversykepleier, to sykepleiere (hvorav én finsktalende) og én fritidsmedarbeider.

Pasientene får egen veiledning i soling avhengig av hudtype og intensiteten på solen i den aktuelle behandlingsperioden. De oppfordres til hyppig

bading i saltvann. Pasienten har normalt omlag 100 soltimer i løpet av et tre ukers opphold. Det er to saltvannsbasseng på Valle Marina, hvorav ett er oppvarmet til 34 grader celcius. Fritidsmedarbeider sørger for organisert treningssopplegg, og organiserer sosiale og kulturelle aktiviteter der hensikten er å stimulere pasientene psykososialt.

Legen skriver journal på alle pasientene. De kontrolleres minimum en gang per uke. Pasientene har utskrivningssamtale med lege der det skrives epikrise til legen som har søkt om behandlingsreise. Overlegen for psoriasisprogrammet har telefonisk kontakt flere ganger i uken med personalet på behandlingsstedet, fortrinnsvis oversykepleier og ansvarlig lege. Overlegen foretar tilsynsreiser og deltar selv i legetjenesten. Det foreligger skriftlig instruks for lege som skal arbeide på stedet.

4.7.4 Behandlingseffekt

I den medisinske litteraturen foreligger flere norske, nordiske og internasjonale artikler som beskriver den gode effekten av klimabehandling på psoriasis (2-21). Det største og vitenskapelig viktigste arbeidet er gjort av hudlege Erna Snellmann, som skrev en doktoravhandling om klimabehandling og psoriasis i 1993 (19). Snellman evaluerte effekten hos 373 pasienter med fire ukers klimabehandling på Gran Canaria. Etter avsluttet behandlingen var 22 prosent helt tilhelet; 40 prosent var 90-99 prosent tilhelet; 22 prosent var 75-89 prosent tilhelet; 13 prosent var 50-74 prosent tilhelet; og 3 prosent mindre enn 50 prosent tilhelet (18). Hos 41 prosent ble 50 prosent tilbakefall observert etter to måneder; 69 prosent fikk tilsvarende tilbakefall etter fire måneder; og 78 prosent fikk tilsvarende tilbakefall etter seks måneder. De samme verdiene for 100 prosent tilbakefall var henholdsvis 23 prosent; 40 prosent; og 49 prosent.

Det er vist at behandlingseffekt kan vare i flere måneder etter endt behandling (19-21). I en tidligere studie av Snellman ble 95 pasienter fulgt opp i to år. Spesifikk antipsoriatisk behandling ble startet hos 55 prosent etter seks måneder og hos 91 prosent etter to år. Hos disse ble det påvist redusert sykdomsaktivitet i denne oppfølgingsperioden uttrykt som færre uker med antipsoriatisk behandling (17). Hos åtte pasienter ble lysbehandling (UVB-behandling) sammenliknet med klimabehandling. Alle ble tilhelet ved begge behandlingsformer, men effekten av klimabehandling kom raskere (28 dager mot 49 dager) (23). Undersøkelsen sier intet om forskjell i tilhelingens varighet. Det er også studier fra Dødehavet som rapporterer om lange remisjonstider etter klimabehandling med begynnende residiv hos 55 prosent i løpet av tre måneder, noen helt opp til 8 måneder (24,25). En artikkel konkluderer med at 41 prosent av psoriasispatientene har tilbakefall etter en måned og 42 prosent etter to til seks måneder (26).

Det er gjennom flere år gjort systematisk registreringer av behandlingseffekt knyttet til psoriasisprogrammet. For de fem siste sesongene har effekt av behandling, målt av stedets lege etter tre uker, variert mellom følgende angivelser i prosent:

Helt tilhelet: 21-33
Mye bedre: 50-67
Delvis bedre: 2-13
Uendret: 0
Verre: 1-7.

Fra 1995 ble behandlingseffekten evaluert ved såkalt PASI score (Psoriasis Area and Severity Index). PASI score er den vanligste metoden for å

beregne alvorlighetsgraden av psoriasis i kliniske forsøk. Poengsummen som beregnes reflekterer psoriasisflekkenes utbredelse, tykkelse, rødhet og grad av flassing. En høy PASI score indikerer mye utslett og høy sykdomsaktivitet. Teoretisk kan PASI score variere mellom 0 og 72, men selv en meget hissig og svært utbredt psoriasis gir sjelden mer enn PASI score lik 30. For de siste fire sesonger var PASI score ved ankomst 10,1-12,0 og ved avreise 2,5-2,9. Det blir gjort oppmerksom på at PASI score ved avreise er beregnet for høyt da full tilheling ikke alltid er registrert som 0.

4.7.5 Pasienttilfredshet

Pasientenes tilfredshet med behandlingstilbudet har vært svært god slik den er registrert ved psoriasisprogrammet, men det har kun vært gjort systematiske pasientrapporteringer for en sesong (1991-92). 41 prosent oppga at de var helt bra, 49 prosent mye bedre, 8 prosent delvis bedre, 1 prosent uforandret og ingen verre etter tre ukers opphold. Samme sesong rapporterte pasientene at de var bra i 14 uker etter behandlingen og var like syke som før behandling etter 21 uker. På en skala fra 0 (svært lite tilfreds) til 9 (svært godt fornøyd) varierte gjennomsnittlig tilfredshet som følger:

Effekt av behandlingen på utslett: 7,8-8,1

Betydning for psykisk tilstand: 7,9-8,1

Tilfredshet med legefunksjon: 7,5-8,0

Tilfredshet med pleiepersonalet: 7,8-8,0

I samme periode vurderte pasientene behandlingens optimale varighet til om lag fire uker.

4.7.6 Innenlandske tilbud

Alternative tilbud til klimabehandling for pasienter med psoriasis kan være (27):

- Lokalbehandling (steroider, ditranol, tjære, kalsipotriol) hos primærlege.
- Lysbehandling (UVB, PUVA) hos spesialist.
- Systemisk behandling (acitretin, metotreksat, ciklosporin) hos spesialist.
- Rotasjonsbehandling (der det i kortere eller lengre perioder benyttes ulike behandlingsformer for å bedre etterlevelse og redusere bivirkninger) gis av spesialist.

Referanser

1. Braathen LR et al. Prevalence og psoriasis in Norway. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1989;142:5-8.
2. Abels DJ. et al. Psoriasis treatment at the Dead Sea: a natural selective ultraviolet phototherapy. J Am Acad Dermatol. 1985 Apr; 12(4):639-43.
3. Almedal C. Climatic treatment for psoriasis in Yugoslavia. Sykepleien 1976 Sep. 5;63 (15):788-9.
4. Austad J. et al. Climate therapy of psoriasis patients. Tidsskr Nor Laegeforen. 1984 104:1548-9.
5. Avrach WW. Climatotherapy update. International Psoriasis Bulletin 1979;6:8.
6. Avrach WW et al. Psoriasisbehandling ved Det døde Hav. Ugeskr læger 1974;136:2687-90.
7. Azizi E. et al. Climate therapy for psoriasis at the Dead Sea, Israel. Isr J

- Med Sci. 1982 Feb; 18 (2):267-70.
8. Borelli S. Climate treatment of psoriasis. *Hautartz.* 1976 Oct; 27 (10):515-6.
 9. Duvic M. et al. Climatotherapy of psoriasis at the Dead Sea. *J Am Acad Dermatol.* 1986 Dec; 15 (6): 1298-301.
 10. Knudsen E.A. et al. Psoriasis treatment at the Dead Sea. *Ugeskr Laeger.* 1996 Nov 4; 158 (45): 6440-3.
 11. Kragballe K. et al. Climatotherapy at the Dead Sea stimulates vitamin D3 metabolism. *Acta Derm Venereol.* 1996 Jul; 76(4):324-5.
 12. Kushelevsky A P. et al. Intercomparison of global, ultraviolet B and A radiation measurements in the Dead Sea region (Ein Bokek) and Beer Sheva. *Isr J Med Sci.* 1996 Jul; 32 Suppl:S24-7.
 13. Lithander B. A year's experience of treating Swedish patients abroad under Swedish auspices. *Läkartidningen.* 1970 Apr 22;67 (17):1893-902.
 14. Menger W. Indications and successes of climate therapy of children. *Offentl Gesundheitswes.* 1989 Aug-Sep; 51(8-9):470-6.
 15. Molin L. Climate therapy of psoriasis. *Läkartidningen.* 1972 Feb 16;69(8):879-81.
 16. Molin L. Climate therapy for Swedish psoriatics on Hvar, Yugoslavia. *Acta Derm Venereol.* 1972;52 (2):155-60.
 17. Snellman E. et al. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1993 Oct;73:388-92.
 18. Snellman E. et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *Br J Dermatol* 1993;128:172-7.
 19. Snellman E. Heliotherapy and psoriasis. An Experimental and Clinical Study. Thesis, 1993.
 20. Svindland HB. Klimabehandling av norske psoriasispatienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1977;32:1676-8.
 21. Vocks E. et al. Dermatologic climate therapy-definition, indications and public health necessity. *Rehabilitation* 1995 Aug;34(3):148-53.
 22. Snellman E. et al. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998 Feb;138:288-92.
 23. Snellman E. Comparision of antipsoriatic efficacy of heliotherapy and ultraviolet B: a cross-over study. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1992;9:83-5.
 24. Knudsen EA, Worn AM. Psoriasis treatment at the Dead Sea. *Ugeskr Laeg* 1996;158:6440-3.
 25. Avrach WW, Niordson AM. Treatment of psoriasis at the Dead Sea. *Ugeskr Laeg* 1974;136:2687-90.
 26. Molin L. Climate therapy for Swedish psoriatics on Hvar. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1972;52:155-60.
 27. Statens legemiddelkontroll. Terapianbefaling :Behandling av psoriasis. *Nytt om legemidler* 1998;21:1-31

4.8 Nærmere om programmet for barn og unge med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem

I dag benyttes et eget internat i Gran Canarias' Los Teques, rett i nærheten av Den norske skolen, til barnegruppene med astma og kroniske lungesykdommer. Her er det totalforbud mot røyking og alkohol. En har eget diettkjøkken med norsk kokke for å ta hånd om problemer i forbindelse med fødemiddela-

llergi. Det er i tillegg kort vei til et velutstyrt og velkvalifisert sykehus som kan ta hånd om akutt sykdom. Norsk barnelege deltar alltid i disse behandlingsgruppene.

Fra 1999 gis også barn med atopisk eksem tilbud på Gran Canaria.

4.8.1 Medisinskfaglig begrunnelse

Astma og kroniske lungesykdommer

Astma skyldes et samspill mellom arv og miljøfaktorer. Klimafaktorer er viktige både for fremkalling av akutte astmaanfall og kronisk vedvarende symptomer, samt som medvirkende faktor når sykdommen starter. Klimafaktorer kan også fremkalle andre allergiske symptomer. Sykdomsaktiviteten ved astma har blant annet sammenheng med allergen eksponering hos allergiske individer (1), eksponering for respiratoriske virusinfeksjoner (2,3), eksponering for forurensning og andre miljømessige faktorer (4), fysisk aktivitetsnivå (5) og klimatiske forhold (6,7). Sykdomsaktiviteten varierer med årstid. Særlig mange astmatikere i barne- og ungdomsalder har alvorlige symptomer høst og vinter. De nevnte faktorene øker den inflammatoriske aktivitet i luftveiene og derved ømfintligheten i luftveiene (uspesifikk bronkial hyperreaktivitet) for mange forskjellige uspesifikke faktorer som for eksempel tobakksrøyk.

Gunstig klima bedrer bronkial hyperreaktivitet og symptomer ved astma. Dette er vist for pasienter med middallergisk astma (8) og annen astma (9) i forbindelse med flytting av pasienter til høyfjellsklima. Ingen vitenskaplige undersøkelser i forbindelse med effekt på astma av varmere klima er utført.

Klinisk erfaring viser at miljø- og klimaskifte kan bryte en uheldig sirkel ved kronisk vedvarende astma ved å bedre symptomer og gi en vedvarende bedring av tilstanden. Endret miljø kan redusere tilstedeværelsen av sykdomsfremkallende allergener. Klimaskifte i seg selv antas å gi bedring, idet naturlig forekommende allergener som pollen, muggsoppsspore og midd er forskjellige i forskjellig klima. For noen pasienter kan virusinfeksjoner beherskes bedre i varmt klima, mens det det motsatte er tilfelle for andre.

Omlag 70-80 prosent av barn med astma har anstrengelsesutløst astma (10). Det er dokumentert at nær en tredjedel av alle pasienter med astma opplever innskrenket fysisk aktivitet (11). Fysisk aktivitet er en del av den naturlige lek for barn og er viktig for deres naturlige utvikling, og behandlingssreisetilbudet gir mulighet til aktivitet under kontrollerte forhold.

Atopisk eksem

Det har lenge vært kjent at atopisk eksem bedres ved lysbehandling og påvirkning av sol. Sollysets antiinflammatoriske effekt bedrer både atopisk eksem og andre inflammatoriske hudsykdommer (12,13). Det er også beskrevet hvordan britiske barn med atopisk eksem som reiste til syden på ferieopphold fikk bedret sitt eksem, mens de som hadde sin ferie i England ble forverret (14).

4.8.2 Hvem er omfattet av ordningen?

Retningslinjer for prioritering

Det har vært nødvendig med meget strenge prioriteringskriterier for behandlingsreiser på grunn av den hyppige opptreden av astma og de allergiske sykdommer. For å redusere antall søkere, har det vært forsøkt å gjennomføre en fylkesvis prioritering av søknader ved den ansvarlige lege i hvert fylke. Dette har av praktiske grunner vært vanskelig å gjennomføre.

For barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem er skriftlige retningslinjer for hvem som skal prioriteres til behandlingsreiser gitt i Veiledningsskriv IK-57 (1998):

- Diagnoser. Pasienter med astma, atopisk eksem, kroniske lungesykdommer og cystisk fibrose prioriteres.
- Alvorlighetsgrad. Pasienter med moderat til alvorlig astma, grad (III) IV og V foretrekkes. For de andre gruppene er ikke alvorlighetsgrad angitt.
- Kontraindikasjoner er alvorlige anfall av anafylaksi, spesiell vanskelig fødemiddelallergi/intoleranser, og eksem som eneste diagnose.
- Andre hensyn som tillegges vekt: ledsager til barn under 12 år må ha alminnelig god helse og ikke ha problem med rusmidler; pasienter fra distrikter med problematisk klima prioriteres; sosiale/familiære problemer vektlegges.

Omfang

Våren 1998 søkte 341 barn om behandlingsreiser, inklusive 67 barn med atopisk eksem. 101 pasienter (61 gutter og 40 jenter) fikk tilbud, hvorav 96 av disse deltok for første gang.

Høsten 1998 søkte 154 pasienter, men det ble bemerket at mange søkere falt utenfor uttakskriteriene, og derfor ikke ble registrert. 73 pasienter (46 gutter og 27 jenter) fikk tilbud. 62 av disse var førstegangsdeltakere.

I 1998 var diagnosefordelingen blant pasientene som følger (samme pasient kan ha flere diagnoser): Astma (118), cystisk fibrose (7), atopisk eksem (48) og lymfoid interstitiell pneumoni (1).

Dessuten forelå følgende tilleggsdiagnoser: bronkieektasier, fødemiddelallergi, juvenil revmatoid artritt, adipositas, enuresis, kronisk pseudomonas infeksjon, multiallergier, spiseforstyrrelser, mycoplasma og clamidia infeksjoner, psoriasis.

25 av pasientene var i barnehage og 139 i skole.

4.8.3 Behandlingstilbudet

Medisinsk behandling

Dagens ordning gir daglig undersøkelse av spesialkompetent lege som foretar justering av medisiner og regelmessige lungefunksjonsundersøkelser. I følge opplysninger fra Voksentoppen arbeides det også for at alle barn med astma skal gjennomgå undersøkelse for anstrengelsesutløst astma ved start og avslutning av oppholdene. Utstyr for dette er anskaffet, likeledes utstyr for måling av lungefunksjon (flow-volum kurver).

Den klimatiske effekten kan reduseres av akutte respiratoriske virusinfeksjoner. Pasientene følges opp for å hindre infeksjoner og eventuelt redusere smittespredning.

Sykdomsmestring

For behandlingen av astma og eksem står mestringsproblemet sentralt. Astma og eksem er begge kronisk inflammatoriske sykdommer hvor vi ikke har medikamenter som kan helbrede tilstanden, kun redusere sykdomsaktivitet og symptomer. Kunnskap om sykdommen, de sykdomsfremkallende mekanismer og behandling er viktig for at pasient og foreldre skal mestre tilstanden og leve et så normalt liv som mulig. Ved behandling av slike sykdommer legges det derfor økende vekt på undervisning. For barn med astma, lungesykdom og atopisk eksem og deres foreldre er det lagt opp et undervisningsprogram tre til fire timer per uke bestående av undervisning av lege, sykepleier eller i form av gruppearbeid.

Er behandlingstilbudet lagt til skoleåret, blir det gitt et tilpasset skoletilbud.

Bedring av fysisk aktivitetsnivå

Planlagt fysisk aktivitet, inkludert vurdering av premedisinering, inngår i gjennomføringen av behandlingsreiser. Dette inngår som ledd i den rutinemessige vurdering og oppfølging av tilstedeværende barnelege ved programmet.

Som anført ovenfor, vil anstrengelsesutløst astma bedres under oppholdet slik at fysisk aktivitet mestres bedre. I tillegg gjennomføres planmessig opp trening under oppholdet for å bedre evnen til fysisk aktivitet og dermed pasientenes livskvalitet

4.8.4 Behandlingseffekt

Det foreligger foreløpig ingen publisert studie av behandlingseffekt av behandlingsreiser for barn og unge med astma og lungesykdommer. Det har vært gjennomført én evaluering av tilbudet for barn med astma. Førti barn med astma ble undersøkt over to fire-ukers opphold på Gran Canaria vintersesongen 1997-98. En rapport er under utarbeidelse for denne undersøkelsen (13). De foreløpige resultater tyder på bedring av pasientens symptomer, lungefunksjon og sykdomsaktivitet under oppholdet. Undersøkelsen inneholder imidlertid ingen kontrollgruppe, og oppfølging av pasientene etter avsluttet behandlingsreise er ikke planlagt. Det er heller ikke klarlagt omfanget av og betydningen av infeksjoner oppstått under oppholdet.

Det har lenge vært kjent at atopisk eksem bedres ved lysbehandling og påvirkning av sol. Sollysets antiinflammatoriske effekt bedrer både atopisk eksem og andre inflammatoriske hudsykdommer (14,15). Gjennom opphold på Gran Canaria er slik virkning påvist i to private, norske prøveprosjekter (16).

4.8.5 Pasienttilfredshet

De praktiske erfaringene fra behandlingsreiser tilsier at pasient- og pårørendetilfredshet med oppholdene er gjennomgående høy, og at de fleste ønsker seg nye opphold. Fra 1985 har samtlige foreldre til de yngste pasientene fylt ut evalueringsskjema etter hjemkomst. Skjemaene er oppbevart ved Voksentoppen, men det er ikke gjort noen systematisk evaluering av dette materialet som helhet. I forbindelse med denne utredningen har Voksentoppen gått gjennom skjemaer fra vår/høst 1998 for fem pasientgrupper. To av gruppene omfattet barn med kronisk lungesykdom (hovedmengden astma) og/eller

atopisk eksem med ledsagere; én gruppe omfattet ungdom med de samme sykdommer, og to grupper omfattet barn med atopisk eksem.

Denne gjennomgangen viste at av 61 pasienter ble forventningene innfridd hos 57; 60 ville anbefale andre et slikt opplegg; og 56 var interessert i en ny behandlingsreise.

4.8.6 Spesielle hensyn på grunn av alder: ledsager

Pasientenes alder varierer fra 5 til 18 år. Det deles inn i seks grupper etter alder. Barn krever en tettere oppfølging enn voksne, både medisinsk og i forhold til aktiviteter. Barn under 12 år må følges av ledsager. Fra et medisinskfaglig synspunkt blir det foretrukket at en av foreldrene følger. Av hensyn til behandlingsopplegget gis det ikke anledning til at flere familiemedlemmer deltar.

4.8.7 Innenlandske tilbud

Behandling og kontroll av barn og unge med astma skjer hovedsakelig ved barneavdelingenes poliklinikker, hos praktiserende spesialister og hos allmennpraktikere, avhengig av alvorlighetsgrad og alder. Sykehusinnleggelsene skjer i hovedsak under akutte astmaanfall. Særlig vanskelige astmatilfeller henvises til utredning ved Voksentoppen, og den videre behandling legges opp i samarbeid med behandlingsapparatet på hjemstedet. Også Geilomo barnesykehus (30 senger) har landsfunksjon og tar mot barn med behov for rehabilitering og opptrening. Geilomo barnesykehus er et spesialsykehus for barn med astma og allergi og driver aktiv rehabilitering. Barna får her opphold over fire til seks uker. Hovedhensikten med oppholdene er å oppnå kontroll med kronisk vedvarende astma ved hjelp av klima- og miljøskifte, medisinsk kontroll, systematisk fysisk aktivitet og bedring av mestringssevne. Effekt av opphold på Geilomo barnesykehus er tidligere dokumentert gjennom en evalueringundersøkelse (9).

Tidligere forelå det et tilbud om kurs for familier med astma og allergi (inkluderer atopisk eksem) ved Frambu helsesenter. Her sto undervisningen helt sentralt. Dette tilbudet var kun tilgjengelig for få pasienter. Frambu helsesenter gir ikke lenger slik undervisning da tilbudet i dag er rettet mot mer sjeldne lidelser. Hensikten var at fylkene skulle overta ansvaret for slik kursvirksomhet. Dette har foreløpig ikke skjedd, men noe av dette kan tenkes å realiseres gjennom Nasjonal Plan for Astmaskoler.

Referanser

1. Dreborg S. Impact of allergen exposure on bronchial hyperreactivity. *Pediatr Allergy Immunol.* 1996;7(Suppl.9):14S-7S.
2. Carlsen KH, Ørstavik I, Leegaard J, Høeg H. Respiratory virus infections and aeroallergens in acute bronchial asthma. *Arch Dis Child* 1984;59:310-5.
3. Johnston SL, Pattemore PK, Sanderson G, Smith S, Lampe F, Josephs L, Symington P, O'Toole S, Myint SH, Tyrrell DAJ, et al. Community study of viral infections in exacerbations of asthma in 9-11 year old children. *BMJ* 1995;310(6989):1225-9.
4. Braback L, Breborowicz A, Dreborg S, Knutsson A, Pieklik H, Bjorksten, B. Atopic sensitization and respiratory symptoms among Polish and Swed-

- ish school children. Clin Exp Allergy 1994;24(9):826-35.
5. Heir T, Larsen S. The influence of training intensity, airway infections and environmental conditions on seasonal variations in bronchial responsiveness in cross-country skiers. Scand J Med Sci Sports. 1995;5:152-9.
 6. Peat JK, Toelle BG, Gray EJ, Haby MM, Belousova E, Mellis CM, Woolcock AJ. Prevalence and severity of childhood asthma and allergic sensitisation in seven climatic regions of New South Wales [see comments]. Med J Aust 1995;163(1):22-6.
 7. Simon HU, Grotzer M, Nikolaizik WH, Blaser K, Schoni MH. High altitude climate therapy reduces peripheral blood T lymphocyte activation, eosinophilia, and bronchial obstruction in children with house-dust mite allergic asthma. Pediatr Pulmonol 1994;17(5):304-11.
 8. Boner AL, Comis A, Schiassi M, Venge P, Piacentini GL. Bronchial reactivity in asthmatic children at high and low altitude. Effect of budesonide. Am J Respir Crit Care Med 1995;151(4):1194-200.
 9. Carlsen KH, Oseid S, Sandnes T, Trondskog B, Røksund O. Asthma and mountain air (Astma og fjellluft). Tidsskr.Nor.Laegeforen. 1991;111(8):935-7.
 10. Lee TH, Anderson SD. Heterogeneity of mechanisms in exercise-induced asthma. Thorax 1985;40:481-7.
 11. Taylor WR, Newacheck PW. Impact of childhood asthma upon health. Pediatrics 1992;90:657-62.
 12. Mucke W. [Photochemical smog. Medial effects--limit values-- consequences]. [German]. Fortschr Med 1994;112(22-23):301-2.
 13. Aas K og Carlsen KH, Evaluering av Behandlingsreiser for barn med astma og kroniske lungesykdommer. Rapport under utarbeidelse.
 14. Berg M. Epidemiological studies of the influence of sunlight on the skin. Photodermatol 1989;6(2):80-4.
 15. Turner MA, Devlin J, David TJ. Holidays and atopic eczema. Arch Dis Child 1991;66(2):212-5.
 16. Rodt A. Atopisk eksem - sol og saltvann. Allergi i praksis 1997;3(6):43-8.

4.9 Sammenfatning

Dagens ordning for behandlingsreiser er en statlig rammebevilgning forvaltet av Rikshospitalet. Midlene fordeles mellom programmer og behandlingsinstitusjoner etter Stortingets forutsetninger. Voksne pasienter betaler en egenandel (100 kroner per døgn i 1999). Ordningen omfatter voksne og barn med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og psoriasis, samt barn og ungdom med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem. Felles for disse gruppene er at pasientene har kroniske betennelsesaktige sykdommer med stort behandlingsbehov, samt forventet effekt av klimabehandling. Tilbudet består av medisinsk og/eller fysikalsk behandling, tilrettelagt fysisk aktivitet, ultrafiolett stråling og/eller allergisanering, samt undervisning. I 1998 ble 2476 pasienter tilbudt behandlingsreise (inklusive prøvegrupper), og totale utgifter per pasientdøgn var 786 kroner.

Ordningen er organisert i tre programmer: Programmet for revmatiske sykdommer, psoriasisprogrammet og programmet for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Medisinsk faglig ansvar for hvert program er lagt til Rikshospitalets respektive fagavdelinger, som også har tilsynsfunksjon overfor behandlingsinstitusjonene.

Pasientene søkes inn av spesialist eller allmennpraktiker. Søknadene vurderes etter faglige retningslinjer innenfor hvert program.

Voksne pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer tilbys behandlingsopphold ved Balcova Termal i Tyrkia. Omfanget var i 1998 1183 pasienter (samt 456 pasienter ved et prøveprosjekt i Montenegro). Etter utvalgets vurdering av foreliggende materiale synes behandlingsreiser å føre til reduksjon av smerte og bedring av fysisk funksjon, generell helse og livskvalitet som vedvarer tre til seks måneder etter avsluttet behandling. Effekt av behandlingsreisene kan tilskrives intensiv fysikalsk behandling og bedret mulighet til å gjennomføre treningsterapi i et varmt og stabilt klima, selv om det synes noe uklart i hvilken grad passive øvelser vektlegges i forhold til aktiv fysikalsk behandling i dagens ordning. Den psykososiale gevinsten ved slike opphold er også medvirkende. Pasientenes tilfredshet med dagens behandlingsreiseordning er god, og majoriteten av pasientene oppgir bedring av symptomer, fysisk funksjon og psykisk tilstand. Langtidseffekt av behandlingsreise utover seks måneder etter avsluttet behandling er ikke undersøkt. Det er heller ikke gjort undersøkelser av hvilke pasienter som vil ha best nytte av behandlingen. Behandlingseffekten ved psoriasisartritt er ikke studert.

Barn og ungdom med revmatiske sykdommer tilbys behandling på Lanzarote. For disse pasientene er behandlingsreisens effekt på sykdomsaktivitet og fysisk funksjon kun undersøkt ved rapporter om pasientens egen opplevelse. Langtidseffekt av behandlingen er ikke undersøkt. Kontrollerte studier av behandlingseffekt hos barn og ungdom som mottar behandlingsreisetilbud foreligger ikke.

Psoriasisprogrammet gir tilbud om medisinsk kontrollert behandling med sol og sjøvann, hvile, undervisning og fysisk trening i en periode på tre uker. Behandlingssted er Gran Canaria. Omfanget var i 1998 om lag 600 pasienter. Etter utvalgets vurdering er effekt av behandlingstilbudet tilfredsstillende dokumentert, og kan tilskrives sollys og sjøbad. For enkelte pasienter er effekten betydelig. En etterundersøkelse har vist at effekten av behandlingsreisetilbudet synes å vedvare etter avsluttet behandling, og at pasientene er meget fornøyd. Langtidseffekt synes ikke tilstrekkelig dokumentert.

Programmet for astma, lungesykdommer og atopisk eksem gir tilbud om behandlingsopphold på Gran Canaria for barn og unge. I 1998 ble 174 pasienter tilbudt behandling. Det foreligger foreløpig ingen publisert studie av behandlingseffekt av behandlingsreise for pasienter med astma og lungesykdommer. En evaluering av tilbudet til barn med astma er under utarbeidelse, og de foreløpige resultater tyder på en positiv effekt. Pasient- og pårørendetilfredshet med behandlingsreise er gjennomgående høy. Tilbudet til barn med atopisk eksem er nytt og er ikke evaluert. For barn med atopisk eksem er det vist positiv effekt av klimabehandling i publiserte studier og i to private, norske prøveprosjekter.

Tabell 4.5: Oversikt over dagens ordning

Formål	Supplement og alternativ til norske behandlingstilbud
Grupper som er omfattet	Voksne og barn med betennelsesaktige revmatiske sykdommer
	Voksne og barn med psoriasis
	Barn og unge med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem
Behandlingssted	Programmet for revmatiske sykdommer - Balcova, Tyrkia
	Programmet for barn med rev. sykdommer - Lanzarote, Spania
	Psoriasisprogrammet - Gran Canaria, Spania
	Programmet for astma/kronisk lungesykdom og atopisk eksem - Gran Canaria, Spania
Tilbud	Programmet for revmatiske sykdommer:
	Medisinsk og fysikalsk behandling /undervisning
	Psoriasisprogrammet:
	Medisinsk behandling/kontrollert sol- og sjøbad/smøring/undervisning
	Programmet for astma/kronisk lungesykdom og atopisk eksem:
	Medisinsk behandling/tilpasset fysisk aktivitet/undervisning/smøring
Inntak	Felles nasjonale retningslinjer for hvert program
	Søknadene fra primærlege/spesialist vurderes av fagavdelinger ved RH
	Endelig uttak ved Seksjon for behandlingsreiser, Revmatologisk avdeling, RH
Administrativt og overordnet faglig ansvar	Seksjon for behandlingsreiser, Revmatologisk avdeling, RH
Reiseteknisk ansvar	NSB Reisebyrå, Oslo
Rapporteringsmyndighet	Sosial- og helsedepartementet
Finansiering	- Statsbudsjettets kap. 739 Andre utgifter, post 70
	- Egenandel

Kapittel 5

Behov og etterspørsel

I dette kapittelet gjennomgås faktorer som kan påvirke behov for og etterspørsel etter behandlingsreisetilbudet. Deretter vurderes fremtidig behov og etterspørsel etter tilbudet for de sykdomsgrupper som er omfattet av ordningen i dag. Hvorvidt ordningen bør omfatte nye grupper, er vurdert i "[Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkelt-pasienter](#)" i kapittel 8. Utvalgets forslag til dimensjonering av tilbudet, samt de tilhørende økonomiske og administrative kostnader, er gitt i punkt 2.22/2.25.

5.1 Begreper og definisjon

5.1.1 Behov og etterspørsel

Begrepet behandlingsbehov brukes på mange forskjellige måter. Ofte sideslilles behov med pasientens ønske om behandling. Flere forhold gjør det vanskelig å ta utgangspunkt i ønsker alene ved prioritering mellom pasienter og tiltak. Ved lav eller ingen egenbetaling vil pasienten kunne ønske det kvalitativt beste tilbud uavhengig av hvor store kostnader som påføres fellesskapet. Dette kan ha en kostnadsdrivende effekt som begrenser andre offentlige tilbud. Pasienten kan i andre tilfeller ønske behandling som ikke er prioritert innenfor det offentlige helsevesenet. I begge tilfeller kommer den enkelte pasients ønsker i konflikt med andre pasienters ønsker.

Behov brukes også om pasientens medisinsk behov etter legens vurdering. Primærlegens rolle blir ofte omtalt som en dobbeltrolle. På den ene siden skal legen være «sin pasients advokat» og gjøre det beste for pasienten. Legen kan mene at pasienten har behov for et tilbud dersom pasienten vil ha nytte og glede av tilbudet. På den andre siden har prioriteringsdebatten vist at legen også er en «portvakt» i forhold til spesialisthelsetjenesten. Knappe ressurser skal fordeles, og legen har også ansvar for å vurdere sin pasients behov i forhold til andres pasienters behov. Dette krever kunnskap om tilbudets karakter, hvem som søker og hvilke kriterier som brukes ved tildelingen av tilbudet.

Ressursknapphet er utgangspunktet for helseøkonomenes definisjon av behov. Her menes som regel samfunnets behov for et behandlingstilbud. I dette ligger at medisinske behov gis prioritet i forhold til tilgjengelige ressurser.

Utvalget legger til grunn at visse pasientgrupper kan ha et medisinsk behov for klimabehandling avhengig av dokumentert positiv effekt. Videre vektlegges at behov for behandlingsreiser ikke er absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud.

Etterspørsel

Etterspørselen etter et bestemt behandlingstilbud kan komme til uttrykk i form av en søknad. Etterspørselen kan være et direkte uttrykk for pasientens eller legens vurdering av pasientens behov. Imidlertid er det mange grunner til at denne sammenhengen ofte er mer sammensatt. Lave forventninger til tilbudet eller høy egenandel kan resultere i at pasienter ikke søker tilbudet, på tross av medisinsk behov. Likeledes kan legens manglende kjennskap til tilbu-

det eller en negativ oppfatning av det føre til at pasienten ikke søker om behandling

Samlet etterspørsel kan også være høyere enn hva forekomst av sykdom skulle tilsi. Tilbudet kan i seg selv skape et opplevd behov og etterspørsel. Tilbud kan eksistere uten at det er et medisinsk behov fordi tidligere kunnskap tilsa at tilbudet kunne møte behov, eller fordi tilbudets omfang er opprettholdt på tross av nye alternative tilbud.

5.1.2 Behov for og etterspørsel etter behandlingsreiser

I det følgende er det forsøkt å estimere medisinsk behov for behandlingsreiseordningen for gruppene som omfattes av dagens ordning. Med behov menes i denne sammenheng antall pasienter som årlig vil kunne ha nytte av behandlingsreise til utlandet og hvor behandlingseffekten ikke kan erstattes av behandling innenlands. Med nytte menes i denne sammenheng en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt må kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.

Med etterspørsel menes det antall pasienter som årlig søker om denne type behandling. Etterspørselen etter behandlingsreisetilbudet er målt i form av antall søknader som behandles av Seksjon for behandlingsreiser ved Revmatologisk avdeling, Rikshospitalet. Utvalget kjenner ikke til om antall søknader gir et rimelig bilde av antall pasienter som selv mener å kunne ha nytte av ordningen, men som av ulike grunner ikke registreres som søkere ved Rikshospitalet (som følge av mangelfull informasjon, egenandel, frarådning av egen lege o.a.).

5.2 Faktorer som påvirker behov for behandlingsreiser

5.2.1 Sykdomsforekomst

En rekke forhold vil påvirke det medisinske behovet for behandlingsreiser. Først og fremst vil sykdommenes forekomst (prevalens) og antallet nye med sykdommen per år (insidens) ha betydning for behov. Med sykdommens prevalens menes antallet personer som på et bestemt tidspunkt lever med en sykdom. Livstidsprevalens (kumulativ prevalens) angir antall personer som har hatt sykdommen i løpet av livet. Insidens forteller hvor hyppig sykdommen opptrer. Insidens angis vanligvis som nye tilfeller i løpet av et kalenderår i forhold til en folkemengde. Sykdomsforekomsten vil imidlertid variere med hvilke undersøkelser en legger til grunn for beregningene. Går en ut fra studier basert på antallet pasienter innlagt på sykehus med de respektive aktuelle diagnoser, vil målingene representere anslag for de alvorligst syke pasienter. Eksempelvis antas at forekomst av alvorlig Bekhterevs sykdom vil være 0,1 til 0,2 prosent basert på sykehusmaterialer, mens befolkningsundersøkelser har konkludert med prevalens på omkring 0,5-0,6 prosent av Bekhterevs sykdom. De personer som diagnostiseres gjennom slike befolkningsundersøkelser vil representere hele spekteret hva gjelder sykdomsalvorlighet, og vil også inkludere personer som før undersøkelsen ikke var diagnostisert. Beregninger foretatt ved undersøkelser hos allmennpraktiserende leger vil kunne gi forekomst av pasienter med behov for behandling.

Utvalget vil i sine beregninger ta utgangspunkt i prevalenstall som ligger noe i overkant av de anslag som studier av hospitaliserte pasienter angir. Utvalget mener at det må tas hensyn til at et ikke ubetydelig antall pasienter med moderat alvorlighetsgrad per i dag ikke er registrert som sykehuspasienter, men ved bedret diagnostikk og økt registreringshyppighet hos spesialisthelsetjenesten vil komme i betraktning for utenlandsbehandling.

Utvalget antar at sykdomsforekomst for de aktuelle sykdomsgrupper er stabil, med unntak av astma og andre allergiske sykdommer. For disse sykdommene har det vært en økning de siste 20 år.

5.2.2 Befolkningens utvikling - antall og alder

Utviklingen mot en befolkning bestående av et økende antall eldste eldre vil antakelig ha liten innvirkning på behovet for behandlingsreiser til utlandet slik ordningen er utformet idag. Tilbudet vil først og fremst være tilrettelagt for unge og middelaldrende pasienter med lite komplekse medisinske tilstander, og således ikke i vesentlig grad være påvirket av en økende andel eldre i befolkningen. Det antas at aldersgruppen aktuell for behandlingsreiser vil holde seg relativt stabil.

5.2.3 Behandlingseffekt

Kun en viss andel av pasienter med sykdommene vil ha nytte (som definert i 5.1.2) av tilbudet om klimabehandling. Noen pasienter vil, uansett behandlingens innhold og varighet, ikke oppleve positiv behandlingseffekt. For om lag 10 prosent av pasienter med psoriasis vil for eksempel ikke klimabehandling (sol) bedre sykdommen. Noen pasienter med betennelsesaktig revmatisk sykdom vil ikke ha nytte av fysikalsk behandling.

Forventet nytte vil avhenge av hvilke målsettinger en velger for behandlingen. Utvalget legger til grunn at målsettingen for behandling av pasienter med kroniske sykdommer er å lindre aktuelle plager og øke funksjonsevnen. For de fleste pasienter med kroniske sykdommer er kurativ behandling ikke tilgjengelig, og dermed unaturlig som behandlingsmålsetting.

Videre vil behov for klimabehandling estimeres ulikt avhengig av hvilke krav som stilles til dokumentasjon av behandlingseffekt. Aksepteres behandlingseffekter forårsaket av rekreasjon og endring av sosiale omgivelser som grunnlag alene, vil en lang rekke både somatiske og psykiske tilstander ha behov for tilbudet.

Utvalget mener imidlertid at det skal foreligge en dokumentert årsakssammenheng mellom medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima og effekt av behandlingsreiser. Dette vil begrense behovet for et slikt tilbud til pasientgrupper hvor en slik årsakssammenheng kan påvises eller dokumenteres (jfr "[Utfordringer](#)" i kapittel 6).

5.2.4 Definisjon av behandlingsreiser

Hvordan en definerer behandlingsreiser vil kunne ha avgjørende innvirkning på behovsestimatet. Oppfattes behandlingsreiser som erstatning for manglende innenlands behandling, vil færre pasienter enn tidligere ha behov for behandlingsreiser da det fylkeskommunale behandlingstilbudet er bygget ut de senere år. Defineres behandlingsreiser som tilleggshandling, vil det være avgjørende hvor mange pasienter som trenger et supplement til annen

behandling. Velger en å definere behandlingsreiser som et rent rehabiliteringstilbud, vil antallet rehabiliteringssenger på landsbasis være viktig.

I *"Utfordringer"* i kapittel 6 definerer utvalget behandlingsreiser som tilleggshandling (supplement) til innenlandsk medisinsk behandling og rehabilitering. Tilbudet skal inneholde sentrale elementer som medisinsk og/eller fysikalsk behandling i varmt og solrikt klima. Etter utvalgets vurdering inkluderer ikke dette tiltak som sikrer psykososial rehabilitering. For pasienter med psoriasis representerer tiltaket ikke bare en tilleggshandling, men i noen tilfeller et alternativ til medisinsk behandling. For de andre sykdomsgruppene kan ikke fire ukers medisinsk og fysikalsk behandling under andre klimatiske forhold erstatte eller være et alternativ til behandling innenlands.

5.2.5 Utvalgelse og prioritering

Uvalgskriterier angir hvor stort medisinsk behov pasientgruppen eller pasienten bør ha for å være omfattet av tilbudet, og vil dermed påvirke beregningen av behov. Slike kriterier vil kunne gi føringer for hvilke sykdomsgrupper som ansees for aktuelle for å motta tilbudet, for eksempel i form av eventuelle krav til diagnose. Videre kan valgskriteriene angi krav til alvorlighetsgrad og redusert funksjon, behandlingseffekt og dokumentasjon av disse parametrene. Kriteriene kan også angi krav til gjennomgått behandling innenlands og til eksklusjonskriterier. Disse forhold vil bli omtalt i *"Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkelt-pasienter"* i kapittel 8.

5.2.6 Andre behandlingstilbud

Selv om behandlingsreiser ikke skal erstatte manglende innenlandsk tilbud, vil behovet for behandlingsreiser også påvirkes av delvis sammenlignbare innenlandske tilbud. Et medisinskfaglig tilfredstillende tilbud innenlands uavhengig av pasientens bosted, vil kunne redusere behovet for behandlingreiser til utlandet.

For eksempel vil noen pasienter kunne få dekket sitt rehabiliteringsbehov ved innenlandske helseinstitusjoner som de spesielle helseinstitusjonene Beitostølen og Valnesfjord helsesportsentre, samt ved Sunnås sykehus. Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) ved Diakonhjemmets sykehus vil for eksempel være tilpasset rehabilitering av pasienter med langtkommen og alvorlig betennelsesaktig revmatisk sykdom. I beregningen av behov for behandlingsreiser forutsetter utvalget at pasienter med kroniske sykdommer sikres et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud innenlands.

Behov for behandlingsreiser vil på samme måte kunne påvirkes av de respektive sykehusavdelingens mulighet til å behandle pasienter med behov for opptrening og rehabilitering. Videre vil utvikling av nye behandlingsmetoder kunne representere alternativer til behandlingsreiser, og således bidra til å dempe behovet. Imidlertid vil ensidig satsning på poliklinisk behandling av kronikere slik at innleggelse reserveres for kritisk syke pasienter, øke behovet for supplerende og i noen grad alternative tilbud som behandlingsreiser. Også mangel på spesialister innenlands vil kunne påvirke behovet for behandlingsreiser. Utvalget påpeker i denne sammenheng at den forventede

reduksjon av nyutdannede spesialister vil redusere det innenlandske behandlingstilbud for de aktuelle grupper.

I behovsanslaget forutsettes at dagens innenlandske tilbud til kronisk syke pasienter ikke reduseres.

5.2.7 Sammenfatning

Behovsestimater vil kunne påvirkes av eksisterende og fremtidig sykdomsforekomst, dokumentasjon av effekt, definisjon og utforming av tilbud, samt forekomst av alternative behandlingstilbud. Det forutsettes i det følgende at sykdomsforekomst og andel pasienter med med forventet positiv effekt av klimabehandling er konstant. Videre forutsettes at det innenlandske tilbud til de aktuelle pasientgrupper ikke reduseres. Behandlingsreiser representerer et tillegg til det innenlandske tilbudet til pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og pasienter med lungesykdommer og atopisk eksem, og er både et tillegg og i noen grad et alternativt tilbud for pasienter med psoriasis.

5.3 Faktorer som påvirker etterspørselen etter behandlingsreiser

5.3.1 Kunnskap om ordningen

Kunnskap om ordningens omfang og innhold - både blant pasientene og i helsevesenet for øvrig - vil kunne påvirke etterspørselen etter behandlingsreiser. Bekjentgjørelse av tilbudet er sentralt for å sikre at pasienter som kan ha nytte av tiltaket gjøres kjent med ordningen, og økt informasjon antas å øke etterspørselen. Samtidig antas kunnskap om ordningens begrensede antall plasser å redusere etterspørselen.

5.3.2 Holdninger

Også pasientens og legens holdninger til behandlingsreiser vil kunne påvirke etterspørselen. Spesielt vil legens vurdering av tilbudet isolert og sammenliknet med innenlandske tilbud være av betydning, idet legen gir pasienten rådgivning om behandlingstilbud.

5.3.3 Tilbudets lokalisering og varighet

For mange pasienter vil et utenlandstilbud være lite attraktivt på grunn av fremmed språk og kultur. For mange er det også vanskelig å være borte fra familie og/eller jobb eller skole i flere uker.

5.3.4 Egenandel

Økt (reduisert) egenandel antas å redusere (øke) etterspørselen. Kravet om egenandel kan medvirke til at enkelte som vil kunne ha nytte av tilbudet og ville søkt dersom ordningen var gratis, lar være å søke. Høy egenandel innebærer en ekstra økonomisk belastning og kan forhindre økonomisk vanskeligstilte å etterspørre tilbudet. Høy egenandel vil dermed kunne vri etterspørselen mot billigere innenlandske tilbud. På samme måte vil lav egenandel kunne bidra til å øke etterspørselen. Er egenandelen lavere enn relevante

innenlandske tilbud, vil etterspørselen kunne vris fra innenlandske tilbud til behandlingsreiser.

5.3.5 Sammenfatning

Flere faktorer kan påvirke om medisinsk behov kommer til uttrykk som etterspørsel. Spesielt vil kunnskap og holdninger til behandlingsreiser i befolkningen og i helsevesenet være viktig. Utvalget antar at etterspørselen vil kunne øke avhengig av økt informasjon om ordningen, gitt tilbudsbestemt etterspørsel. Videre antas at økt (redusert) egenbetaling vil medføre redusert (økt) etterspørsel.

5.4 Etablerte sykdomsgruppers behov for behandlingsreiser

I dette avnittet gjennomgås behov for behandlingsreiser for de sykdomsgrupper som er omfattet av dagens ordning. Utvalget ønsker å understreke at det finner det vanskelig å anslå ulike gruppers behov for behandlingsreiser. Estimatenes er forbundet med høy grad av usikkerhet. Utvalget har benyttet estimater på sykdomsforekomst og forekomst av pasienter som antas å ha effekt av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselsetall.

5.4.1 Revmatoid artritt

Revmatoid artritt er en kronisk betennelsesaktig revmatisk sykdom som angriper både ledd og indre organer. Leddbetennelsen gir oftest de tydeligste sykdomstegn og symptomer i form av hevelse, smerter, nedsatt bevegelighet og stivhet. Ubehandlet vil en betydelig andel av pasientene utvikle feilstillinger og deformiteter av ledd.

Forekomsten av revmatoid artritt er anslått til omkring 0,4 prosent av den voksne befolkning, hvilket innebærer at det anslagsvis vil være 12 000 pasienter med denne sykdommen i Norge. Rundt 10 000 vil være diagnostisert og registrert av det offentlige helsevesen. Av disse vil omkring 20 prosent tilhøre funksjonsklasse 1 (helt selvhjelpen uten redusert funksjon), 70 prosent funksjonsklasse 2 og 3 (moderat til betydelig redusert funksjon) og 10 prosent funksjonsklasse 4 (i stor grad avhengig av hjelp fra andre).

Antas det at de minst angrepne og de mest alvorligst syke pasientene ikke vil komme i betraktning for behandlingsreiser, vil antall pasienter som er aktuelle for reise være om lag 7000 hvis anslaget baseres på funksjonsgrad alene. Imidlertid kan det antas at 10-15 prosent av disse pasientene ikke vil dra vesentlig nytte av kombinasjon klimabehandling og fysikalsk behandling, og at omkring 10 prosent vil måtte ekskluderes av andre årsaker (alkoholmisbruk, pågående medisinsk og kirurgisk behandling, tilleggssykdommer som affeksjon av vitale indre organer). I tillegg vil ytterligere 15 prosent ikke være aktuelle på grunn av liten forventet effekt som følge av tilleggskomplikasjoner som følger med høy alder.

Sykdomsaffeksjonen vil være avgjørende for hvor ofte pasientene vil ha behov for behandlingsreise. For størsteparten av pasientene antas tilbud hvert annet år å være dekkende. Om lag 20 prosent av pasientene antas å ha spesielt stort behov for intensiv fysikalsk behandling i varmt klima. Disse pasientene har behov for tilbud hvert år. Tilbys aktuelle pasienter årlig behandlingsreise, vil behovet være om lag 3200 plasser per år. Tilbys denne type behandling hvert annet år, anslås behovet til 1600 plasser per år.

5.4.2 Bekhterevs sykdom

Bekhterevs sykdom er en kronisk betennelsesaktig revmatisk sykdom som alltid angriper ryggspylenes ledd og ofte også ledd som hofter, skuldre og knær. Hovedplagene er smerter og stivhet samt redusert bevegelighet. Mange av pasientene vil etter noen års sykdom utvikle avstivning av ryggspylen, ofte med en uheldig fremoverluting.

Forekomsten (prevalens) av Bekhterevs sykdom anslås til omkring 0,4 prosent av den voksne befolkning, med høyere forekomst i de to nordligste fylker og lavest i Sør-Norge. En regner derfor med omkring 12 000 pasienter med denne sykdom i Norge. Av disse vil bare omkring 6000 (50 prosent) være diagnostisert og registrert av det offentlige helsevesen.

Pasienter med alvorlig sykdom vil utgjøre omkring 15 prosent, mens omkring 40 prosent vil ha mild til moderat sykdom uten spesielle behov for behandling utover poliklinisk fysikalsk behandling og oppfølging ved lokale sykehusavdelinger. Av pasienter som potensielt er aktuelle for behandlingsreiser, vil 10 prosent måtte ekskluderes av spesielle årsaker (se revmatoid artritt), og ytterligere 15 prosent på grunn av liten forventet effekt som følge av tilleggskomplikasjoner som følger med høy alder. Det antas at om lag 2000 pasienter kan ha behov for årlig behandlingsreise, eller om lag 1000 pasienter ved reise annenhvert år.

5.4.3 Psoriasisartritt

Psoriasisartritt er en betennelsesaktig revmatisk sykdom bestående av leddbetennelse og psoriasis. Denne gruppen inngår delvis i programmet for revmatiske sykdommer og i psoriasisprogrammet. Fem prosent av psoriasis-pasienter antas å ha psoriasisartritt, og med en forekomst av psoriasis på to prosent, vil det være om lag 3000 slike pasienter i Norge. Imidlertid vil bare 10 til 20 prosent av disse ha en sykdomstype (polyartrittpasienter) hvor det foreligger behov for tilleggsbehandling i form av behandlingsreise til utlandet. Utvalget antar derfor at om lag 400 pasienter med psoriasisartritt vil ha behov for behandling ved tilbud om årlig reise. Hvis behandlingstilbudet gis hvert annet år, vil behovet være omkring 200 plasser.

5.4.4 Barneleddgikt

Barneleddgikt (juvenil artritt) er en gruppe betennelseaktige revmatiske sykdommer som opptrer i barne- og ungdomsalderen. For de fleste av pasientene vil smerter og stivhet i ledd med påfølgende nedsatt bevegelighet være de typiske sykdomsmanifestasjoner. Redusert allmenntilstand og angrep av indre organer sees ikke sjelden.

Forekomsten av juvenile inflammatoriske revmatiske sykdommer er anslått til omkring 0,15 prosent, hvilket i Norge skulle utgjøre omkring 1500 barn under 16 år. En regner med at 900 av disse er funksjonshemmet. I tillegg til pasientens tilstand og manglende effekt av eller intoleranse for varmt klima, vil familiens situasjon, barnets skolesituasjon og tilgjengelighet av utenlandske institusjoner egnet for små barn, være bestemmende for andelen barn som vil komme i betraktning for behandling i utlandet. Utvalget antar at om lag 300 av barn og unge med alvorlig barneleddgikt vil kunne ha behov for behandlingsreise årlig hvis en regner med behandlingsreise hvert annet år.

5.4.5 Behov for behandlingsplasser til pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer vurdert utfra etterspørsel

I følge punkt 5.4.1 (revmatoid artritt), 5.4.2 (Bekhterevs sykdom), 5.4.3 (psoriasisartritt) og 5.4.4 (barneleddgikt) er anslått behov for behandlingsplasser satt til 3150 årlig hvis pasientene tilbys behandling hvert annet år (revmatoid artritt 1600, Bekhterevs sykdom 1000, psoriasisartritt 200, kronisk juvenil artritt 300 og pasienter med systemiske bindevevssykdommer 50). Gitt at enkelte pasienter har et behov for årlige behandlingsreise, men at utgangspunktet for tilbudet er hvert annet år, regnes behovet for hele gruppen pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer til 3500 plasser årlig.

Gjennomsnittlig antall søkere til programmet for revmatiske sykdommer var for årene 1990 til 1998 2693 (årlig antall søknader varierte fra 2102 til 3323), mens gjennomsnitt de tre siste år (1995-1998) var 2915 (årlige antall søkere varierte fra 2645 til 3323).

Utvalget mener at det etterspørselskorrigerede behov for behandlingsreisplasser per år ligger mellom det antall pasienter som i dag søker behandling (3000) og det beregnede behov på 3500 plasser ved behandling hvert annet år. Det antas med en ikke ubetydlig grad av usikkerhet at det er et samlet behov for 3200 plasser per år for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer.

Som anført tidligere er det forutsatt konstant sykdomsforekomst. Det anslåtte behov vil gjelde i de fremtidige år da insidensen (antallet nye syke per år) de siste 10 år ikke har endret seg. Det er videre forutsatt at det innlandske tilbud, både hva gjelder spesielle helseinstitusjoner og sykehustilbud, ikke reduseres. Dette innebærer at de lokale sykehusavdelinger fortsetter å tilby denne pasientgruppen fysikalsk behandling og medisinsk rehabilitering. For pasienter med uttalt funksjonshemming vil tilbudet fra nye rehabiliterings- og kompetansesentra være av betydning. Det er også en forutsetning for utvalgets vurderinger at antallet spesialister innen faget revmatologi økes gjennom økt spesialistutdanning for å møte den reduksjon i antallet yrkesaktive spesialister som er forutsett de kommende 10 år.

Utvalgets forslag til dimensjonering av tilbudet er gitt i punkt 2.22.

5.4.6 Psoriasis

Psoriasis er en hudsykdom karakterisert av økt omsetning av hudceller som medfører en kronisk betennelse av huden. Dette gir et rødt, skjellende utslett.

Prevalens i Norge er omkring to prosent, og en regner med at fra 60 000 til 100 000 nordmenn har denne hudsykdommen. Forekomst varierer imidlertid fra 0,5 prosent i Hedmark og Oppland til 2,8 prosent i de nordligste fylker (1). Hyppigheten er lik for de to kjønn, og høyest i aldersgruppen 30-39 år.

Når det gjelder alvorlighetsgrad av psoriasis, foreligger få studier over spredning i en uselektert psoriasispopulasjon. En helseundersøkelse i Norge fra 1985 (2) viste at 75 prosent av pasienter med psoriasis hadde kronisk sykdom, og 46 prosent anga at de brukte reseptpliktig medisin på undersøkelsestidspunktet. Ifølge en spørreundersøkelse foretatt av Norsk Psoriasisforening blant 700 medlemmer, har 27 prosent svært mye psoriasis, 37 prosent nokså mye og 34 prosent lite psoriasis (personlig meddelelse ved Jan Monsbakken i Norsk Psoriasisforening). I følge data fra Lomholts doktorgradsarbeid (3) på den færøiske befolkning, hadde 11 prosent av psoriasispopulasjonen ikke uts-

lett på undersøkelsestidspunkt, 76 prosent hadde litt utslett og 13 prosent hadde mye utslett.

Med betydelig grad av usikkerhet antas at minst 10 prosent av pasientene har en så alvorlig hudlidelse at behandlingsreise til utlandet vil være aktuelt - vurdert utfra sykdomsalvorlighet alene (personlig meddelelse ved Cato Mørk, Rikshospitalet). Imidlertid vil det foreligge kontraindikasjoner mot behandlingsreise for noen av disse, og en ikke ubetydelig andel vil også være tilfredstillende medisinsk behandlet innenlands. I tillegg forventes at omkring 10 prosent av pasientene ikke vil ha effekt av klimabehandling.

Utvalget har på grunn av manglende tilgjengelig dokumentasjon vanskeligheter med å anslå antallet pasienter aktuelle for behandlingsreise, men vil gå ut i fra at omlag fem prosent av pasienter med psoriasis vil kunne være aktuelle for denne type behandling på bakgrunn av diskusjonen over. Dette utgjør om lag 3000-5000 pasienter.

5.4.7 Behov for behandlingsplasser for pasienter med psoriasis vurdert utfra etterspørsel

Regnes fem prosent av psoriasispopulasjonen som aktuelle for behandlingsreiser, kan det ved ett årlig tilbud til hver pasient forventes 3000-5000 søknader i året. Til nå har antallet søkere per år ligget på omkring 1000. Dette antallet tilsvarer omkring 10 prosent av medlemsmassen i Norsk Psoriasisforening. Det relativt lave antall søkere kan skyldes kunnskap om at det er relativt få plasser tilgjengelig, men også at det innenlandske tilbudet til denne gruppen er forbedret de senere år ved bedre poliklinisk behandlingstilbud, bedre medikamentelle behandlingsmetoder og bedre spesialistdekning og lysbehandlingstilbud. Parallelt med en generell velstandsutvikling, er det samtidig blitt økonomisk mulig for flere pasienter å finansiere private reiser til solrike strøk.

Det kan også være forhold knyttet til selve behandlingsinnholdet som avholder aktuelle pasienter fra å søke. På grunn av dagens rammebetingelser, må to til tre pasienter dele leilighet. Pasientene har samtidig liten mulighet for å velge tidspunkt og varighet for reisen.

Utvalget antar med stor grad av usikkerhet at det etterspørselskorrigerte behovet for behandlingsreiser for denne gruppen er omlag 2000 plasser per år. Utvalgets forslag til dimensjonering av tilbudet er gitt i punkt 2.22.

Referanser

1. Braathen LR et al. Prevalence og psoriasis in Norway. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1989;142:5-8.
2. Braathen LR, Botten G, Bjerkedal T. Psoriatics in Norway. A Questionnaire study on health status, contact with paramedical professions and alcohol and tobacco consumption. Acta Derm Venereol (Stockh) Suppl. 1989;142:9-12.
3. Lomholt G. Prevalence of skin diseases in a population: a census study from Faeroe Islands. Dan Med Bull 1964;11.

5.4.8 Astma og kroniske lungesykdommer hos barn og ungdom

Om lag 600 000 norske barn er i aldersgruppen 5 til 16 år. Astma er den hyppigste kroniske sykdom i barne- og ungdomsalderen med en forekomst i

Norge på omlag 10-12 prosent i skolealder, og er likeledes den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehus blant barn i Norge (1). Astma har vist en urovekkende økning de siste tiår, også i vårt land (2,3). Omlag 15 prosent av barna med astma har alvorlig astma med kronisk vedvarende symptomer, tross bruk av tilgjengelig medikamentell behandling. Kronisk vedvarende astma fører til varige luftveisforandringer med redusert lungefunksjon og alvorlig prognose.

Det er først og fremst gruppene med kronisk vedvarende astma eller hyppige alvorlige akutte anfall som kommer i betraktning for behandlingsreiser. Utvalget antar at om lag halvparten av barna med alvorlig astma vil kunne ha nytte av behandlingsreiser gitt at behandlingsreiser kan dokumenteres å ha effekt. I tillegg til pasientens tilstand og manglende effekt av eller intoleranse for varmt klima, vil familiens situasjon, barnets skolesituasjon og tilgjengelighet av utenlandske institusjoner egnet for små barn være bestemmende for andelen barn som vil komme i betraktning for behandlingsreise. Utfra overnevnte behovsestimering vil antallet aktuelle for behandlingsreise årlig være omkring 1500 barn og unge med astma, gitt at behandlingsreiser kan dokumenteres å ha effekt.

Antallet pasienter med andre kroniske lungesykdommer er langt lavere enn antall barn med astma, sannsynligvis under 400 på landsbasis. Også kroniske lungesykdommer er inflammatoriske sykdommer, til dels med meget alvorlig forløp. Barn med cystisk fibrose inngår i denne gruppen.

Referanser

1. Carlsen KH. Epidemiology of childhood asthma. Eur Respir Rev 1994;4(17):5-9.
2. Skjøsberg OH, Clench-Aas J, Leegaard J, Skarpaas IJK, Giæver P, Bartonova A, Moseng J. Prevalence of bronchial asthma in schoolchildren in Oslo, Norway. Comparison of data obtained in 1993 and 1981. Allergy 1995;50(10):806-10.
3. Nystad W, Magnus P, Gulsvik A, Skarpaas IJ, Carlsen KH. Changing prevalence of asthma in school children: evidence for diagnostic changes in asthma in two surveys 13 yrs apart. Eur Respir J 1997;10(5):1046-51.

5.4.9 Barn med atopisk eksem

Atopisk eksem er en nesten like hyppig tilstand som astma i de første leveår, men avtar noe i hyppighet opp gjennom barnealderen. Omlag 60 prosent av barn med atopisk eksem i de to til tre første leveår utvikler astma senere. Dotterud fant tidlig på 90-tallet en livstidsprevalens av atopisk eksem blant skolebarn i Sør-Varanger på 23.6 prosent (1). I en helt fersk undersøkelse fra våre tre nordligste fylker var livstidprevalensen for atopisk eksem 26.7 prosent blant samiske skolebarn (7-13 år) og 19.2 prosent blant andre norske skolebarn. Aktiv atopisk eksem siste år ble funnet hos henholdsvis 6.7 prosent hos de samiske barna mot 5.1 prosent hos de andre norske skolebarna (2).

Utvalget antar at om lag 10 prosent av barn og unge med atopisk eksem er alvorlig angrepet. Av disse vil om lag halvparten være aktuelle for behandlingsreiser gitt at behandlingsreise kan dokumenteres å ha effekt. I tillegg til pasientens tilstand og manglende effekt av eller intoleranse for varmt klima, vil familiens situasjon, barnets skolesituasjon og tilgjengelighet av utenland-

ske institusjoner egnet for små barn være bestemmende for andelen barn som vil komme i betraktning for behandlingsreise.

Utfra overnevnte behovsestimering vil om lag 1000 pasienter per år kunne ha behov for reise, gitt at behandlingsreiser kan dokumenteres å ha effekt.

Referanser

1. Dotterud LK, Kvammen B, Bolle R, Falk ES. A survey of atopic diseases among school children in Sor- Varanger community. Possible effects of subarctic climate and industrial pollution from Russia. *Acta Derm Venereol* 1994;74(2):124-8.
2. Selnes A, Bolle R, Holt J, Lund E. Atopic diseases in Sami and Norse schoolchildren living in Northern Norway. *Pediatr Allergy Immunol* 1999;10(3):216-20.

5.4.10 Behov for behandlingsplasser for barn og ungdom med astma, lungesykdommer og atopisk eksem vurdert ut fra etterspørsel

I 1998 søkte 495 barn om behandlingsreiser for gruppene astma og kroniske lungesykdommer og 67 pasienter med atopisk eksem. Det er med andre ord betydelig lavere etterspørsel etter behandlingsreiser enn behovsanslag skulle tilsi. Utvalget kjenner ikke årsaken, men vil påpeke at det er kjent at få plasser er tilgjengelig, og at antall søknader til behandlingsreiser begrenses gjennom prioritering ved de sentrale barneavdelinger i fylkene. Utvalget antar at antall søkere med atopisk eksem vil stige når ordningen blir mer kjent. Dersom behandlingsreiser også får mulighet til å inkludere småbarn i tilbudet, vil søknadsmassen ytterligere øke.

Med dagens omfang representerer ordningen et engangstilbud til en liten gruppe barn med alvorlig sykdom. På grunn av det kroniske forløp og sykdommens varierende forløp har mange behov for gjentatte opphold.

Forutsatt at effekt av behandlingsreise kan påvises, vil utvalget med stor grad av usikkerhet anslå det etterspørselskorrigerte behovet til om lag 1000 plasser for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem.

Utvalgets forslag til dimensjonering av tilbudet er gitt i punkt 2.22.

5.5 Nye sykdomsgruppers behov for behandlingsreiser

Utvalget har henvendt seg til paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) for å kartlegge om noen av deres tilsluttede pasientorganisasjoner har ønske om å komme i betraktning for behandlingsreiser til utlandet (jfr Vedlegg 1). Utvalget mottok svar fra flere organisasjoner. Disse omfattet følgende sykdomsgrupper:

- Poliomyelitt
- Muskelsyke
- Amyotrofisk lateralsklerose
- Cerebral parese
- Multipel sklerose
- Slag
- Trafikkskader
- Lungesykdommer
- Immunsviktsykdommer

- Søvnssykdommer
- Andre grupper

I tillegg har utvalget vurdert pasientgruppen fibromyalgi. Gruppene er omtalt og vurdert i 8.8. Utvalget ønsker imidlertid å påpeke at også andre pasientgrupper vil kunne ønske å komme inn under ordningen, selv om utvalget i denne omgang ikke har mottatt noen henvendelse.

5.6 Sammenfatning

Utvalget ønsker å understreke at det finner det vanskelig å anslå ulike gruppers behov for behandlingsreiser. Anslagene er forbundet med høy grad av usikkerhet. Behovsestimater vil kunne påvirkes av eksisterende og framtidig sykdomsforekomst, dokumentasjon av effekt, definisjon og utforming av tilbud, samt forekomst av alternative behandlingstilbud. Behov for behandlingssreiser er ikke absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud. Med behov menes i denne sammenheng antall pasienter som årlig vil kunne ha nytte av behandlingsreise til utlandet og hvor behandlingseffekten ikke kan erstattes av behandling innenlands. Med nytte menes en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.

Utvalget har i sine anslag benyttet estimater på sykdomsforekomst og andel av pasienter som antas å ha effekt av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselstall. Med etterspørsel menes det antall pasienter som årlig søker om denne type behandling.

Det er tatt utgangspunkt i prevalenstall som ligger noe i overkant av de anslag som studier av hospitaliserte pasienter angir. Utvalget mener at det må tas hensyn til at et ikke ubetydelig antall pasienter med moderat alvorlighetsgrad per i dag ikke er registrert som sykehuspasienter, men ved bedret diagnostikk og økt registreringshyppighet hos spesialisthelsetjenesten vil kunne komme i betraktning for behandlingsreise.

Det er forutsatt at sykdomsforekomst og andel pasienter med forventet nytte av klimabehandling er konstant. Videre forutsettes at det innenlandske tilbud til de aktuelle pasientgrupper ikke reduseres.

Etterspørselen etter behandlingsreisetilbudet er målt i form av antall søknader som behandles av Seksjon for behandlingsreiser, Rikshospitalet. Flere faktorer kan påvirke om medisinsk behov kommer til uttrykk som etterspørsel. Spesielt vil kunnskap og holdninger til behandlingsreiser i befolkningen og i helsevesenet være viktig. Også egenbetalingens størrelse vil kunne påvirke etterspørselen. Dagens etterspørsel etter behandlingsreiser synes lav i forhold til behovsanslagene. Utvalget antar at lav etterspørsel i forhold til behovsanslag dels kan skyldes at det er kjent at ordningen tilbyr et begrenset antall plasser, og dels at oppholdets varighet er vanskelig å kombinere med arbeid eller skolegang for mange pasienter. Disse forhold gjør at framtidig etterspørsel ikke kan beregnes nøyaktig.

Med utgangspunkt i sykdomsforekomst og andel som forventes å kunne ha nytte av tilbudet, antas det et behov for om lag 3500 plasser årlig ved programmet for revmatiske sykdommer. Det er forutsatt at reise gis hvert annet år. Imidlertid har etterspørselen etter tilbudet de siste årne vært lavere og kan

forventes å synke ved tilbud om plass hvert annet år. Utvalget har derfor konkludert med et behov for om lag 3200 plasser innenfor dette programmet.

For psoriasisprogrammet antas det et behov for 3000-5000 plasser årlig med utgangspunkt i sykdomsfrekvens og andel som forventes nytte. Etterspørselen etter tilbudet har vært langt lavere de senere år og utvalget har derfor konkludert med et behov for om lag 2000 plasser innenfor dette programmet.

Som anført i "*Dagens ordning*" i kapittel 4 foreligger ikke dokumentert effekt av behandlingsreisetilbudet for barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Gitt at en slik effekt kan dokumenteres, antas det et behov for om lag 2500 plasser ut fra sykdomsfrekvens og andel som forventes nytte. Etterspørselen har vært svært lav. Utvalget har derfor konkludert med at det er behov for om lag 1000 plasser innenfor dette programmet, gitt at effekt av tilbudet kan dokumenteres.

Utvalget vil igjen peke på at estimatene er forbundet med høy grad av usikkerhet. Vurderingen av hvorvidt andre sykdomsgrupper kan ha behov for behandlingsreiser foretas i "*Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter*" i kapittel 8.

I punkt 2.22 gir utvalget sine anbefalinger om dimensjonering av plasser i ordningen.

Kapittel 6

Utfordringer

I de foregående kapitler er dagens ordning for behandlingsreiser beskrevet. Gjennomgangen har vist at enkelte pasientgrupper kan ha nytte av klimabehandling, og at behandlingsreiseordningen kan møte et behov for et slikt behandlingstilbud (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4). Gjennomgangen har videre vist at etterspørselen etter behandlingsreiser er større enn tilbudet, og at det utfra utvalgets kartlegging er et underdekket behov for klimabehandling (jfr "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5). Imidlertid framstår ordningen med et noe uklart formål (jfr "*Behandlingsreiser til utlandet - historikk*" i kapittel 3), og synes organisatorisk løsrevet fra det øvrige offentlige helsetjenestetilbudet (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4). Dette gjør det vanskelig å finne relevant sammenlikningsgrunnlag for å vurdere tilbudets kvalitet og kostnadseffektivitet, prioriteringspraksis, organisering og finansiering.

Etter utvalgets oppfatning er hovedutfordringene i en videreføring av ordningen følgende:

- Å presisere ordningens formål.
- Å plassere tilbudet i forhold til det øvrige helsetjenestetilbudet.
- Å sikre tilbudets faglige kvalitet og kostnadseffektivitet.
- Å sikre en rimelig fordeling av behandlingsopphold mellom pasientgrupper og enkeltpasienter.
- Å bestemme en hensiktsmessig organisering og finansieringsform, samt å klargjøre den administrative ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene og mellom den politiske og administrative beslutningsmyndighet.
- Å finne et rimelig omfang av ordningen.

I dette kapittelet foreslås en presisering av ordningens formål og det gis anbefalinger om hvor i helsetjenestetilbudet behandlingsreiseordningen bør plasseres. Utfordringer knyttet til tilbudets innhold, fordeling, organisering og finansiering drøftes deretter nærmere i kapitlene 7 til 9.

6.1 Behandlingsreiseordningens formål: ulike fortolkninger

Hvordan behandlingsreiseordningens formål fortolkes har betydning både for vurdering av innhold, kostnadseffektivitet, prioritering, organisering og finansiering. Som både den historiske gjennomgangen og gjennomgangen av dagens ordning har vist, har formuleringen av ordningens formål endret seg over tid. Nedenfor diskuteres ulike fortolkninger.

6.1.1 Behandlingsreiser som erstatning for manglende behandlingsskapasitet innenlands

Som vist i "*Behandlingsreiser til utlandet - historikk*" i kapittel 3 var den opprinnelige intensjonen med ordningen å øke behandlingsskapasiteten for visse kronikergrupper. Verken pasienter med revmatiske sykdommer eller psoriasis hadde et tilfredsstillende innenlandsk behandlingstilbud. Samtidig ble det i helsepolitiske dokumenter påpekt at målsetningen var å sikre disse gruppene tilbud i Norge. Etterhvert som utbyggingen av sykehussektoren tiltok, ble kapasitetsargumentet mindre vektlagt.

6.1.2 Behandlingsreiser som alternativ til sykehusbehandling

Ordningen var fra begynnelsen av ment å skulle være et alternativt tilbud til sykehusbehandling. Allerede da uttakskriteriene ble spesifisert ble det imidlertid påpekt fra medisinsk faglig hold at behandlingsreiser neppe fullt ut kunne erstatte innenlandsk sykehusbehandling (jfr "[Behandlingsreiser til utlandet - historikk](#)" i kapittel 3).

Spesielt Statens helsetilsyn var kritisk til å gi slipp på forståelsen av behandlingsreiser som alternativ til sykehusbehandling (jfr "[Behandlingsreiser til utlandet - historikk](#)" i kapittel 3), og Sosial- og helsedepartementet framhevet ordningens behandlingsaspekt ved gjentatte anledninger. I St prp nr 1 (1998-99) het det således:

«Behandlingsreiser til utlandet er et alternativ/supplement til sykehussinnleggelse [...]».

6.1.3 Behandlingsreiser som et rehabiliteringstilbud

I flere helsepolitiske dokumenter har imidlertid behandlingsreisens rehabiliteringsaspekt vært vektlagt i stadig større grad. Utviklingen av et mer spesialisert sykehusstilbud og overgangen til økt bruk av poliklinisk behandling kan ha hatt betydning for den gradvise endringen av ordningens formål. Innleggelse er blitt reservert de mest alvorlig syke pasientene, og spesialiseringen har gitt lite rom for å gi de mindre belastede i kronikergruppene et adekvat tilbud. Samtidig har det foregått en vesentlig reduksjon i liggetid på sykehusene. Dette har ført til økt behov for ulike rehabiliteringstiltak. Behandlingsreiser har fylt en rolle både for disse pasientene og for de mindre alvorlig syke pasientene.

I St meld nr 21 (1998-99), også kalt rehabiliteringsmeldingen, ble behandlingsreiseordningen presentert som en del av det landsdekkende rehabiliteringstilbudet. I en svensk utredning ble det tilsvarende svenske tilbud til pasienter med kroniske sykdommer (et tilbud som til dels gis i samarbeid med den norske behandlingsreiseordningen) beskrevet som et rehabiliteringstilbud og gitt betegnelsen «rehabilitering utomlands» (1).

Selv om ordningens rehabiliteringsaspekt har vært framhevet, er det ikke gitt hva slags type rehabiliteringstilbud det er relevant å sammenlikne ordningen med. For eksempel argumenterte Statens helsetilsyn for at ordningen skulle ansees som et opptreningstilbud heller enn et tilbud om spesialisert rehabilitering (2):

«Det ville være rimelig å klassifisere dette tilbudet på nivå med opphold i opptreningsinstitusjoner ved at det dreier seg om opptreningsopphold av selvhjulpne pasienter med funksjonsproblemer. Således dreier det seg ikke om spesialisert rehabilitering».

Stortinget har siden 1994 sammenliknet behandlingsreiser med det innenlandske opptreningstilbudet (jfr "[Behandlingsreiser til utlandet - historikk](#)" i kapittel 3). Ved behandlingen av rehabiliteringsmeldingen brukte Stortinget begrepet opptreningsbehandling om ordningen (3):

«Komiteen vil understreke at det så vel for de kronikergrupper som i dag er omfattet av ordningen med behandlingsreiser til utlandet, som for eventuelle nye grupper ikke kan forventes at klimabehandlingen skal føre til varig forbedring eller ha kurativ effekt. Spørsmålet som må evalueres, er hvorvidt opptreningsbehandling i varmere strøk har

samme eller bedre effekt enn tilsvarende behandling i Norge på vinterstid».

6.2 Dagens ordningens plassert i forhold til det øvrige helsetilbudet

Behandling og rehabilitering av pasienter med kronisk sykdom foregår på alle nivåer i behandlingsskjeden. Det meste av diagnostikk, behandling og rehabilitering av voksne utføres på fylkeskommunale sykehusavdelinger. Det synes å være en tendens til at mye av virksomheten ved sykehusavdelingene konsentreres om diagnostikk og behandling heller enn rehabiliteringsvirksomhet.

Gjennomgangen i "*Dagens ordning*" i kapittel 4 viser at ordningen for behandlingsreiser til utlandet gir et systematisk behandlingstilbud til bestemte pasientgrupper under gode klimatiske forhold og under kontroll av norsk helsepersonell. Behandlingsreiser er i dag både et supplement og et alternativ til eksisterende norske behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Nedenfor gis en kort gjennomgang av det innenlandske rehabiliterings- og behandlingstilbudet.

6.2.1 Medisinsk rehabilitering og opptrening

I rehabiliteringsmeldingen ble rehabilitering definert på følgende måte (4):

«Rehabilitering blir i denne meldinga forstått som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogelig funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

I rehabiliteringsmeldingen ble det påpekt at slike rehabiliteringstiltak bør ta utgangspunkt i individuelle mål og behov, heller enn i behovene til sykdomsgrupper. Denne målsetningen ble begrunnet i at samme funksjonssvikt kan utløse ulike behov hos ulike pasienter og behov for tiltak vil også variere over tid for samme pasient.

Kronisk syke pasienter vil ha et langvarig behov for ulike typer tiltak for å kunne vedlikeholde sin funksjonsevne. Det kan derfor stilles spørsmålsteget ved anvendbarheten av en definisjon som forutsetter tidsavgrensing. Dette ble da også påpekt i Stortingets behandling av meldingen. Videre er definisjonen avgrenset til nødvendig assistanse. Hva som ligger i begrepet nødvendig vil måtte konkretiseres. Det synes klart at unødvendig assistanse ikke bør gis, men det er mange grader av nødvendighet. En snever tolkning av nødvendighetsbegrepet vil for eksempel kunne føre til at supplerende tiltak, som behandlingsreiser i de fleste tilfeller er, faller utenfor.

Rehabilitering og habilitering

I rehabiliteringsmeldingen ble rehabilitering og habilitering avgrenset i forhold til hverandre ved å definere rehabilitering som tiltak overfor voksne pasienter med funksjonsproblemer. Begrepet habilitering ble her reservert for tiltak for barn og unge som har medfødte eller ikke medfødte funksjonshemninger.

Ved Stortingets behandling av meldingen argumenterte komiteen for at habiliteringsbegrepet ikke kunne avgrenses til kun å omfatte barn og unge,

men også måtte inkludere tiltak overfor voksne med tidlig ervervet eller medfødt funksjonshemming. På denne måten ville rehabilitering omfatte habiliteringstiltak.

Utvalget slutter seg til en forståelse av rehabilitering som også omfatter habilitering. I det følgende brukes derfor rehabilitering som en fellesbetegnelse.

Medisinsk rehabilitering

Rehabilitering kan være av både sosial, yrkesmessig og medisinsk karakter. Helsedirektoratet (nå: Statens helsetilsyn) definerte i sin tid medisinsk rehabilitering som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser (5).

Medisinsk rehabilitering foregår både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Kommunene har rehabilitering som en lovfestet oppgave i henhold til lov om kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten ved sykehusene har ansvar for rehabiliteringstiltak på fylkeskommunalt nivå, og skal imøtekomme kliniske behov som går utover kommunehelsetjenestens ansvar og kompetanse. Rehabiliteringstilbudet på kommunalt og fylkeskommunalt nivå finansieres gjennom rammeoverføringer, folketrygdtilskudd og -refusjoner, innsatsstyrt finansiering og poliklinikktilskudd. I tillegg kommer øremerkede tilskudd til konkrete tiltak.

I løpet av 1990-årene skjedde det en vesentlig utbygging av det fylkeskommunale rehabiliteringstilbudet, og samtlige fylkeskommuner har i dag et rehabiliteringstilbud for voksne og for barn og unge. Organiseringen av tilbudet er ulik og tilbudet varierer i tilgjengelighet og kvalitet. 15 av landets 19 fylkeskommuner har opprettet en egen rehabiliteringsavdeling i eller utenfor sykehusene. Resten av fylkeskommunene tilbyr rehabilitering som del av tilbudet ved andre sykehusavdelinger, som del av det polikliniske tilbudet eller gjennom tilbud ved institusjoner uten tilknytning til sykehus. 13 fylkeskommuner har i tillegg egen poliklinikk for rehabilitering (4).

De spesielle helseinstitusjonene

Det er videre landsdekkende tilbud for medisinsk rehabilitering. De landsdekkende institusjonene gis i hovedsak offentlige tilskudd over egne bevilgninger på stats- og trygdebudsjettet. Flere særskilte institusjoner er godkjent som helseinstitusjoner etter sykehuslovens §1, annet ledd. Fire av disse er finansiert over folketrygdens kapittel 2711 post 78 og kalles «spesielle helseinstitusjoner». Formålet er å gi spesialisert medisinsk rehabilitering til nærmere bestemte målgrupper - blant annet til pasienter med hjertesykdommer, smertetilstander i muskel og skjelett, revmatiske sykdommer, nevrologiske lidelser, skader og lungesykdommer. De fire er

- Attføringssentret i Rauland, som er et institutt for medisinsk rehabilitering.
- Beitostølen helsesportsenter, Oppland, som tilbyr medisinsk rehabilitering av pasienter med somatiske lidelser (herunder sansetap).
- Hernes Institutt, Hedmark, som gir medisinsk rehabilitering av somatiske lidelser.
- Valnesfjord helsesportsenter, Nordland, som gir medisinsk rehabilitering

av somatiske lidelser.

Valnesfjord og Beitostølen helsesportsentre brukes i noen grad av pasienter med revmatisk sykdom. Begge institusjonene bygger på idrettsfysiologiske prinsipper. Beitostølen helsesportsenter har som målsetning å gi mennesker med kronisk eller temporær funksjonshemming medisinsk behandling, fysisk trening og opplæring. Samtidig skal sentret bidra til informasjon, undervisning og praktisk opplæring i emner som helsesport og rehabilitering både eksternt og internt, og stimulere til studier, forskning, evaluering og videreutdanning. Valnesfjord helsesportsenter skal gi rehabiliteringstilbud først og fremst til pasienter fra de nordligste delene av Norge.

Søknad om opphold sendes til den enkelte helseinstitusjon av pasientens lege. De spesielle helseinstitusjonene har ansvar for å vurdere pasientens søknad. Institusjonene har ingen egenbetaling og fullfinansieres av staten over trygdebudsjettet. Refusjonsordningen er basert på folketrygdlovens §5-20. Den enkelte institusjon sender månedlige refusjonskrav basert på antall kurdøgn og kurdøgnpris til trygdekontoret der institusjonen er lokalisert. I 1999 var kurdøgnpris 1721 kroner ved Beitostølen helsesportsenter og 1616 kroner ved Valnesfjord helsesportsenter.

Departementet har ansvar for å definere målsetning, tildelingskriterier og beregningsregler, samt utforme retningslinjer for rapportering, kontroll og evaluering av ordningen. Også budsjettgodkjenning og oppfølging er departementets ansvar. Trygdeetaten har ansvar for utbetaling og regnskapsføring.

Andre landsdekkende institusjoner

Staten dekker 100 prosent av godkjente driftsutgifter ved Institutt for blødere og Frambu helsesenter. Disse institusjonene gir tilbud til pasienter med spesielle og sjeldne sykdommer.

Videre finansierer staten 90 prosent og fylkeskommunene de resterende 10 prosent (gjennom gjestepasientordningen) av godkjente driftsutgifter ved Glittreklubben og Granheim lungesenter. Disse tilbyr behandling og rehabilitering av pasienter med kroniske lungesykdommer. Også barnesykehusene Voksentoppen og Geilomo finansieres på denne måten. Voksentoppen mottar i første rekke pasienter fra andre universitetssykehus og sentralsykehus. Pasientene gis kortvarige opphold (gjennomsnittlig liggetid er 8 døgn) for utredning og videreføring av behandling i samarbeid med de lokale helseinstitusjonene. Geilomo barnesykehus mottar pasienter til opphold av lengre varighet for rehabilitering (fire til seks uker).

Sunnaas sykehus eies og drives av Oslo kommune. Sykehuset har regionansvar for spesialisert rehabilitering av visse sykdomsgrupper. Sunnaas gir et av de fremste tilbud i landet for medisinsk rehabilitering, blant annet for senskader av poliomyelitt. Det er også nylig opprettet et nasjonalt rehabiliterings- og kompetansesenter for pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo.

Opptreningsinstitusjonene

Landets 36 opptreningsinstitusjoner gis tilskudd dels gjennom egne stykkprisbaserte ordninger over trygdebudsjettet og dels gjennom egenbetaling fra brukerne. De er ikke-regionaliserte og skal kunne ta imot pasienter fra hele landet. Den overveiende del av disse institusjonene er privat eiet og drevet.

Disse institusjonene skal ikke erstatte tilbudet kommunene og fylkeskommunene forutsettes å dekke, men være et supplement. Institusjoner godkjent av Statens helsetilsyn får støtte til drift fra folketrygden. I tillegg betaler pasientene for oppholdet. Pasientene skal være vurdert og henvist av lege og må vanligvis være selvhjulpene.

Institusjonene reguleres av forskrift om opptreningsinstitusjoner av 7. oktober 1991 i henhold av lov om sykehus §3, annet ledd (jfr. §1, annet ledd). Institusjonenes formål er å bedre pasientenes funksjonsevne, hindre tilbakefall av sykdom eller skade og stimulere til egen omsorg ved å gi kortvarig opphold for medisinsk, fysikalsk og annen behandling og opptrening. Det skal gis aktiv behandling og opptrening av pasientene. Institusjonene er delt inn i to grupper utfra behandlingstilbudet og krav til bygninger og personell.

I dag tilhører 14 av institusjonene gruppe-I. Disse institusjonene skal ha rullestoltilgjengelighet, oppvarmet svømmebasseng og innredning og utstyr tilpasset et faglig behandlings- og opptreningstilbud til blant annet pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom. De aller fleste gir tilbud til pasienter med revmatiske sykdommer, kronisk muskel-skjelettlidelser og nevrologiske sykdommer. Fire gir også egne tilbud til pasienter med kroniske smerter.

22 institusjoner tilhører gruppe-II. For disse institusjonene stilles lavere krav til tilbud, bygninger og personell enn for gruppe I, men også disse institusjonene skal ha rullestoltilgjengelighet og innredning og utstyr til å gi tilbud til blant andre pasienter med skader i nerve-, muskel- eller skjelettsystemet.

Pasientene skal søke seg til opptreningsinstitusjonene via sin lege. Pasientens trygdekontor må godkjenne søknaden og skal sende den videre til institusjonenes inntakskontor. I 1997 var 60 prosent av pasientene henvist fra sykehus og 40 prosent var henvist fra kommunehelsetjenesten.

Utgifter til opphold dekkes etter forskrifter fastsatt med hjemmel i folketrygdlovens §5-22. Finansieringsordningen er aktivitetsbasert, og folketrygden yter støtte per oppholdsdøgn etter særskilte satser (folketrygdens kapittel 2711 post 75). Støttesatsen per døgn er de senere år fastsatt av Stortinget ved budsjettbehandlingen. For 1999 var satsen kr 559 per kurdøgn for gruppe I og kr 439 for gruppe II. Kostnadene dekkes i tillegg ved egenandeler som institusjonen fastsetter på grunnlag av driftsbudsjettet. I 1998 var egenandel i gjennomsnitt kr 280 i gruppe I og kr 240 i gruppe II, men det var store variasjoner.

I 1997 gjennomgikk Statskonsult tilskuddsordningen til opptreningsinstitusjone (6). Gjennomgangen viste at tilbudet varierte i pris og kvalitet. Det var i liten grad samordnet med den øvrige helsetjenesten, og samarbeidet mellom opptreningsinstitusjonene og det øvrige tilbudet var lite formalisert. Tilbudet var geografisk skjevfordelt (nær halvparten av plassene lå i Oppland og Buskerud fylkeskommuner), hvilket førte til store forskjeller mellom kommunene og fylkeskommunene i bruk av institusjonene. Statskonsult pekte på et mulig overforbruk idet både kommuner og fylkeskommuner kunne benytte tilbudet uten å påta seg kostnader selv. To trekk støttet denne antakelsen. For det første syntes institusjonene å dekke et behov for pleie, hvile og avlastning, hvilket ikke er i tråd med forskriften. For det andre var det stadig økende henvisning fra sykehus. Dette ble tolket som sykehusenes forsøk på å løse sitt eget plasseringsproblem.

Opphold ved opptreningsinstitusjon kan være ett av flere virkemidler innenfor medisinsk rehabilitering. Andre virkemidler kan være opphold ved sykehus eller helsesportsenter i tillegg til kommunale tiltak.

6.2.2 Behandling

Behandling kan defineres som tiltak som demper sykdomsaktiviteten, lindrer smerter, bedrer funksjonen og hindrer økende funksjonsnedsettelse. Behandling er planlagte, systematiske tiltak som fastsettes på bakgrunn av diagnose, sykdomsprosess og funksjonsnivå. Behandlingstiltak skjer i hovedsak på kommunalt og fylkeskommunalt nivå.

6.2.3 Plassering av behandlingsreiseordningen i det øvrige helsetjenestetilbudet

Det er ikke gitt hvilke norske tilbud behandlingsreiser kan erstatte eller supplere. Ordningen finansieres som opptreningsinstitusjonene ved tilskudd dels gjennom en egen stykkprisbasert ordning over stats- og trygdebudsjettet og dels gjennom egenbetaling fra brukerne, men er organisert som en tilskuddsordning forvaltet av Rikshospitalet, og etter faglige krav som går utover opptreningsinstitusjonenes tilbud. Innholdsmessig overlapper tilbudet rene behandlingstilbud og rene rehabiliteringstilbud. Dette gjør det vanskelig å plassere ordningen i forhold til det øvrige helsetjenestetilbudet for de aktuelle diagnosegruppene og vanskeliggjør dermed diskusjonen om hvilket innhold behandlingsreise bør ha, hvilke grupper og enkeltpasienter som bør gis tilbud og i hvilket omfang.

Det er lite hensiktsmessig å skille behandling fra rehabilitering for pasientgruppene som er omfattet av dagens ordning. For eksempel vil pasientenes sykdommer vanligvis ha et svingende sykdomsforløp. Viktigheten av de ulike aspekter veksler derfor i løpet av sykdommen. Dette gjør det vanskelig å vurdere behandlings- og rehabiliteringsbehov.

Behandlings- og rehabiliteringsaspektet vektlegges ulikt i de ulike programmene. For psoriasispatientene er behandlingsreiser både et supplement og i noen grad et alternativ til behandling ved sykehus. For den store gruppen brukere - pasienter med revmatiske sykdommer - er behandlingreiser i liten grad et alternativ til sykehusbehandling, men et supplement i et videre behandlingsopplegg der medikamentell behandling og rehabilitering i form av fysikalsk behandling, opptrening og undervisning inngår.

Utvalget anbefaler at behandlingsreiser plasseres som et landsdekkende spesialisthelsetjenestetiltak med tilbud om medisinsk behandling og/eller rehabilitering i form av fysikalsk behandling og planmessig tilrettelagt opptrening.

6.3 Presisering av ordningens formål, utforming og målgruppe

Uklarhet om behandlingsreisens formål kan i noen grad forklare at ordningen har framstått som et tilbud som er organisatorisk løsrevet og lite samordnet med den øvrige helsetjenesten. Utvalget foreslår at ordningens formål, utforming og målgruppe presiseres på følgende måte:

Formål

Behandlingsreiseordningens formål er å gi et supplerende tilbud til pasientgrupper som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima under forsvarlige medisinske forhold etter norske kvalitetskrav. Tilbudet bør ikke kunne erstattes av liknende tilbud i Norge.

Målsetting

Ordningens målsetting er å gi dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet som varer minst tre måneder etter endt behandling. Tilbudet er ikke forutsatt å gi varig eller forbigående helbredelse eller ha effekt i form av livsforlengelse.

Dokumentasjon

Med dokumentert nytte menes at positiv behandlingseffekt av kombinasjon av medikamentell og/eller fysikalsk behandling og varmt og solrikt klima er målt minst tre måneder etter endt behandling.

Med positiv effekt menes at tiltaket gir dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet.

Som dokumentasjon bør det foreligge minst to separate vitenskapelig akseptable undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Undersøkelsene bør være kontrollerte, og kontrollgruppen bør bestå av pasienter med samme sykdom som gjennomgår behandling ved sammenliknbare institusjoner i hjemlandet. Undersøkelsene bør være publisert i tidsskrift med referee, eller vurdert etter tilsvarende faglige krav.

Utforming

Tilbudet skal være et supplement på spesialisthelsetjenestenivå til innenlandsk medisinsk behandling og rehabilitering. Tilbudet skal inngå som et ledd i en kjede av tiltak. Tilbudets forventede effekt skal stå i rimelig forhold til tilbudets kostnader.

Målgruppe

Tilbudet skal være diagnosespesifikt og omfatte pasientgrupper av en viss størrelse som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Ordningen skal omfatte pasienter med diagnostisert somatisk, kronisk sykdom. Med kronisk sykdom menes at lidelsen har minimum seks måneders varighet, samtidig som tilstanden ikke ventes bedret uten behandling.

6.4 Utfordringer knyttet til tilbudets innhold, fordeling, finansiering og organisering

6.4.1 Hvordan bør behandlingsreiser prioriteres i forhold til andre helsetjenestetiltak?

Behandlingsreiser er definert som et supplerende tilbud til innenlandske tilbud. Hvordan bør ordningen prioriteres i forhold til andre helsetjenestetiltak? I 1987 gav Lønning-I-utvalget sin innstilling om retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Retningslinjene ble vurdert på nytt i 1997 av Lønning-II-utvalget. I "[Prioritering - et rammeverk](#)" i kapittel 7 om prioritering gjennomgås disse retningslinjene, og behandlingsreiseordningen vurderes i lys av Lønning-II-utvalgets prioriteringsforslag.

6.4.2 Hvilke pasientgrupper og enkeltpasienter bør prioriteres?

Etterspørselen etter behandlingsreiser er større enn tilbudet. Ikke bare ønsker langt flere med de aktuelle diagnosene et tilbud enn de som får, men også andre grupper som idag faller utenfor systemet ønsker å komme inn under ordningen. Det er derfor behov for retningslinjer som gir veiledning til beslutningene om hvilke grupper som bør inkluderes i ordningen og hvilke pasienter innenfor gruppene som bør få tilbud om klimabehandling.

I "*Prioritering - et rammeverk*" i kapittel 7 diskuteres hvilke etiske hensyn som bør styre valgene, hvilke hensyn fordelingsprinsipper bør avveies mot og hvordan dette kan konkretiseres til praktiske seleksjonskriterier. I "*Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter*" i kapittel 8 anbefales konkrete retningslinjer for prioritering til de ulike programmene, samt for vurdering av nye grupper.

6.4.3 Hvilke krav bør stilles til faglig kvalitet?

I "*Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter*" i kapittel 8 diskuteres krav til behandlingstilbudet og behandlingsinstitusjonen. Behandlingsreiseordningen er en del av det norske behandlingstilbudet og de samme krav til sikkerhet og kvalitetssikring som gjelder for norske helseinstitusjoner bør også ligge til grunn for ordningen. Både generelle krav til ordningens innhold og forslag til endringer under programmene gjennomgås i "*Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter*" i kapittel 8.

6.4.4 Hvordan bør ordningen finansieres og organiseres?

I dag finansieres behandlingsreiseordningen over egen post på statsbudsjettet og gjennom egenbetaling. I "*Finansiering og organisering*" i kapittel 9 diskuteres hensiktsmessigheten av en fortsatt statlig finansiering av ordningen. Spørsmålet om egenbetaling har vært et stadig tilbakevendende tema ved Stortingets gjennomgang av ordningen, og i "*Finansiering og organisering*" i kapittel 9 vurderes argumenter for og i mot egenbetaling. Utvalgets gjennomgang av ordningen har vist at det er behov for å klargjøre den administrative ansvarsdeling mellom Sosial- og helsedepartementet, tilskuddsforvalter og tilsynsmyndighet. Spesielt synes det nødvendig å presisere prosedyrer for vurdering av nye pasientgrupper og nye behandlingssteder. Disse spørsmålene tas opp i "*Finansiering og organisering*" i kapittel 9.

6.5 Sammenfatning

Etter utvalgets oppfatning er de sentrale utfordringene i en videreføring av behandlingsreiseordningen å plassere tilbudet i forhold til landets øvrige helsetjenestetilbud og på denne bakgrunn presisere ordningens formål. Dette har betydning både for vurdering av tilbudets innhold, kostnadseffektivitet, prioriteringspraksis, finansiering og organisering.

Med utgangspunkt i gjennomgangen av dagens ordning i tidligere kapitler er behandlingsreisetilbudet plassert som et landsdekkende spesialisthelsetjenestetiltak med tilbud om medisinsk behandling og/eller rehabilitering i form av fysikalsk behandling og planmessig tilrettelagt opptrening i varmt og solrikt klima.

Utvalget foreslår at ordningens formål presiseres på følgende måte:

Behandlingsreiseordningen skal gi et supplerende tilbud til pasientgrupper som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima under forsvarlige medisinske forhold etter norske kvalitetskrav. Tilbudet bør ikke kunne erstattes av liknende tilbud i Norge.

Ordningens målsetting bør være å gi dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet som varer minst tre måneder etter endt behandling. Tilbudet er ikke forutsatt å gi varig eller forbigående helbredelse eller ha effekt i form av livsforlengelse.

Det anbefales krav til dokumentasjon av nytte, utforming og målgruppe som anført i 6.3.

De videre utfordringene er etter utvalgets mening å sikre tilbudets faglige kvalitet og kostnadseffektivitet, samt en rimelig fordeling av behandlingsopphold mellom pasientgrupper og enkeltpasienter; å bestemme en hensiktsmessig organisering og finansieringsform, og å klargjøre den administrative ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene og mellom den politiske og administrative beslutningsmyndighet; samt å finne et rimelig omfang for ordningen. Disse utfordringene diskuteres nærmere i de neste kapitlene.

Referanser

1. Hafstrom I, Hellgren M: Reumatiker. I Johansson I: Utvardering av rehabilitering utomlands. Stockholms län landsting 1998:7-17.
2. Statens helsetilsyn (1996): Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer, Statens helsetilsyns utredningsserie 3-96.
3. Inn S nr 178 (1998-99).
4. St meld nr 21 (1998-99): Ansvar og meistring.
5. Helsedirektoratet (1991): Medisinsk rehabilitering, planlegging og organisering. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91.
6. Statskonsult (1997): Tilskudd til opptrening. Rapport 1997:19.

Kapittel 7

Prioritering - et rammeverk

I dette kapittelet diskuteres retningslinjer for prioritering mellom tiltak, pasientgrupper og enkeltpasienter generelt og i forhold til behandlingsreiseordningen. En slik diskusjon er nødvendig av flere grunner. For det første er det ønskelig å avklare hvordan behandlingsreiser bør prioriteres i forhold til andre (innenlandske) tiltak. Utvalget har i "*Utfordringer*" i kapittel 6 anbefalt at ordningens formål bør være å gi et supplerende tilbud til grupper av pasienter som har en kronisk somatisk sykdom. Bør et slikt supplerende tilbud finansieres av det offentlige helsetjenestetilbudet når det er knapphet på ressurser til nødvendige tiltak for mer alvorlig syke pasienter? Legger behandlingsreiser beslag på ressurser som kunne vært anvendt til innenlandske tilbud til de pasientgrupper som i dag reiser til utlandet for behandling?

For det andre har foregående kapitler vist at etterspørselen etter behandlingsreiser er større enn tilbudet. Langt flere pasienter innenfor gruppene som er omfattet av ordningen ønsker tilbud enn de som får, og også andre grupper som idag faller utenfor ordningen ønsker å bli omfattet. Det er derfor behov for retningslinjer som gir veiledning om hvilke grupper som bør inkluderes i ordningen og hvilke pasienter innenfor gruppene som bør få tilbud om utenlandsbehandling.

I det følgende diskuteres hvilke etiske hensyn som bør styre valgene - hvilke hensyn fordelingsprinsipper bør avveies mot og hvordan kan dette konkretiseres til praktiske seleksjonskriterier.

7.1 Behovet for å prioritere

Det er et generelt trekk ved de fleste vestlige lands helsevesen at forventningene til hvilke tjenester som skal ytes er større enn tilbudet som kan gis. Norge er intet unntak. Flere mekanismer kan forklare gapet mellom etterspørsel og tilbud. Ny teknologi skaper nye muligheter for tiltak i forhold til lidelser det tidligere ikke var mulig å gjøre noe for. Andelen av de eldste eldre i forhold til resten av befolkningen er økende, og med «eldrebølgen» følger også økt behov for både behandling og omsorgstjenester. Enkelte sykdommer som kreftsykdommer, allergier og sammensatte kroniske lidelser antas å øke i hele befolkningen. På tilbudssiden er det press mot rasjonalisering og effektivisering som følge av økt oppmerksomhet rundt kostnadskontroll. Samlet sett innebærer disse utviklingstrekkene større krav til omstilling og bevisste omprioriteringer.

Det er derfor et stadig tilbakevendende spørsmål om hvordan de samlede ressursene i helsevesenet skal brukes. Det er grunnleggende at samfunnet må gi trygghet for nødvendig behandling hvis alvorlig sykdom oppstår. Derfor brukes heller ikke markedsmechanismer som rasjoneringsmetode. Dette gir vanskelige prioriteringsvalg både mellom grupper av pasienter og mellom hovedtyper av tiltak.

7.1.1 Prioritering på flere nivåer

Det er vanlig å skille mellom første- og annenordens beslutninger i prioriteringssammenheng. De politisk-administrative beslutninger som bestemmer

kapasitet kalles gjerne førsteordens beslutninger. Budsjetteringsvedtak på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå, sykehusnivå og avdelingsnivå er eksempler på dette. Et annet eksempel er planvedtak på regionalt nivå. Slike beslutninger angår både prioritering mellom helsesektoren og andre samfunnssektorer, mellom ulike tiltak innenfor helsevesenet og mellom pasientgrupper.

Annenordnens beslutninger er slike som angår individuell tildeling, for eksempel når helsepersonell tar individuelle kliniske beslutninger. Slike beslutninger må foretas innenfor rammen av førsteordnens beslutninger.

Beslutninger på klinisk nivå kan igjen deles i to grupper. På det overordnede nivå foretas valg av faglige standarder for prioritering av pasienter til riktig diagnostikk, utredning eller behandling. På det praktisk-kliniske nivå tas beslutninger om enkeltpasienter - om hvem skal få tilbud og i såfall hvilket.

7.1.2 Prioritering - fordeling, balansering, rangering og rasjonering

Prioritering omfatter ulike handlinger. Ressursene fordeles mellom pasientgrupper og balanseres mellom tiltak som forebygging, øyeblikkelig hjelp-funksjoner, diagnostisering, behandling, rehabilitering og omsorg.

Å sortere pasientene i rekkefølge etter prioriteret, kan kalles rangering. En rekke pasientgrupper kan rangeres parallelt på en venteliste. En dynamisk ventelisteordning krever at det foretas justeringer innenfor og mellom rangeringen av prioritetsgrupper.

Rasjonering innebærer å avvise etterspurte tjenester - selv om tjenesten kan ha effekt og være nyttig. Det finnes mange former for rasjonering - som å holde tilbake et tilbud; forsinke tilbudet ved å la være å tilby tjenesten i rett tid; overføre pasienten til tiltak utenfor helsevesenet; gi et kvalitativt dårligere tilbud; eller sette terskelen for tilgjengelighet høyere, for eksempel ved bruk av egenbetaling.

7.2 Retningslinjer for prioritering

I de senere årene er det i økende grad blitt stilt krav om kunnskapsbasert praksis i helsevesenet. Dette, samt nasjonale målsetninger om rettferdig fordeling og kostnadskontroll, er ikke forenelig med tilfeldig og skjønnsmessig tildeling av ytelser.

Retningslinjer for å prioritere mellom ulike tiltak og mellom pasientgrupper og enkeltpasienter synes nødvendig. Disse bør både være tuftet på allment aksepterte prinsipper og kriterier, koblet til effektive styringssystemer/mekanismer, være anvendelige for konkrete prioriteringsbeslutninger, basert på tilstrekkelig informasjon og bygget på rimelige prosedyrer som skaper legitimitet (1).

7.2.1 Retningslinjer som veiledning

Retningslinjer må oppfattes som veiledende. Det er verken mulig eller ønskelig å formalisere alle vanskelige valg i detalj. Retningslinjer bør forstås som anbefalinger om valg av riktig tiltak overfor den enkelte pasient basert på vitenskapelig analyse, klinisk erfaring og kunnskap om ressursbegrensninger (2). De er ikke absolutte regler. Skjønnsvurderinger vil ha en sentral plass også innenfor et slikt system. Hensikten er å hindre at individuelt og tilfeldig skjønn får for stort spillerom. Målsetningen er at prioritering både mellom fag-

områdene og innenfor hvert fagområde skal foregå etter mer reflektert skjønn enn i dag.

7.2.2 Felles nasjonale retningslinjer

I 1985 ble det første Lønning-utvalget nedsatt av regjeringen Willoch. Utvalget skulle vurdere og foreslå kriterier og retningslinjer som kunne ligge til grunn for prioriteringer innen norsk helsevesen, samt belyse bakenforliggende prosesser som skapte behov for prioritering. Bakgrunnen var erkjennelsen av den økende ubalansen mellom den raske medisinsk-teknologiske utviklingen med stadig flere, bedre og dyrere behandlingsmetoder og de disponible økonomiske ressurser. Norge var det første industrialiserte land som satte ned et eget prioriteringsutvalg.

Utvalget avga sin innstilling i 1987 ved NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Det ble foreslått en avgrensning av det offentliges ansvar for helsetjenester og en modell for å prioritere mellom tiltak det offentlige burde tilby. Utvalget foreslo felles nasjonale retningslinjer i et prioriteringssystem med fem prioritetsnivåer. Bærebjelkene i systemet var at vurdering av prioritet skulle gjøres etter kriteriene alvorlighetsgrad og behandlingseffekt. Samtidig ble flere andre kriterier drøftet, som alder og egenansvar for sykdom.

I ettertid ble utredningen kritisert for å ikke å ha fått fram hvordan nyttekriteriet skulle vektes i forhold til alvorlighetskriteriet. Heller ikke behandlingstkostnadene ble tilstrekkelig avklart eller tillagt vekt. I andre land som fulgte med egne prioriteringsutredninger, ble alvorlighetskriteriet neddempet i forhold til det norske forslaget.

Den norske prioriteringsmodellen ble videreutviklet i St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring, også kalt helsemeldingen. Her ble det anbefalt at effekten av behandling skulle tillegges økt vekt, og både behandlingseffekt og alvorlighetskriteriet ble forsøkt nærmere definert. Det ble påpekt at fagmiljøene måtte ta ansvar for å etablere prosedyrer og utvikle retningslinjer med utgangspunkt i de generelle nasjonale retningslinjene.

I 1995 ble det andre Lønning-utvalget nedsatt for å vurdere erfaringer med retningslinjene (1). Retningslinjene hadde ikke hatt ønsket virkning med hensyn til å definere nødvendig behandling og alvorlig sykdom. Utvalget påpekte følgende:

«Antakelig er det mest korrekt å si at det er for få pasienter som får et adekvat tilbud innen noen pasientgrupper, og for mange som benytter seg av tilbud som er lite adekvate og derfor burde ha vært lavere prioritert».

Utvalget foreslo revisjoner. Det ble skissert et tredelt prioriteringssystem, der det offentlige ble forutsatt å yte grunnleggende og utfyllende helstjenester etter en vurdering av tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet, men bare unntaksvis lavt prioriterte tjenester (jfr punkt 7.7).

7.3 Organisering av prioriteringsprosessen

Lønning I-utvalget anbefalte i sin tid at det var nødvendig å gi retningslinjer for prioritering mellom fagnivåene, det vil si førsteordensprioriteringer. I Lønning II-utvalget ble denne strategien forlatt og en skisserte en et tretrinns-sys-

tem. Det ble foreslått at det ble etablert representative faggrupper som skulle gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Mandatet skulle være å klarlegge hva som bør ligge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for de ulike pasientgrupper, for dermed å kunne rangere tilstander og tiltak i prioritetsgrupper. Det ble påpekt at en ikke alltid kan forvente enighet, men at hensikten må være å få fram alternative valgmuligheter. Mens faggruppene skulle anbefale klassifisering og sortering, skulle politiskadministrative beslutningstakere treffe ressursbeslutninger. På dette grunnlaget skulle så faggruppene formulere kliniske retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandling.

Lønning II-utvalget påpekte samtidig viktigheten av skriftlige retningslinjer. Det ble påpekt at kliniske retningslinjer tydeliggjør behov for og konsekvenser av budsjettvedtak og kan bidra til å skape refleksjon og diskusjon. Videre ble det lagt vekt på at skriftlige retningslinjer bedre kan sikre likebehandling og forutsigbarhet, samt innsynsrett og påvirkning.

7.4 Fordelingsprinsipper

Det er dette utvalgets oppfatning at retningslinjer for prioritering av tiltak som behandlingsreiser til utlandet og av pasienter til dette tilbudet må være basert på de samme grunnleggende verdier og prinsipper og følge alment aksepterte kriterier for prioritering som gjelder for den norske helsetjensten.

Ofte tas det utgangspunkt i at helsetjenesten bygger på verdier som likeverd, rettferdighet og solidaritet. Det er ikke alltid like klart hva som legges i disse begrepene. Det kan derfor være mer fruktbart å vurdere fordelingsprinsippene og -kriteriene som de nasjonale retningslinjene bygger på.

I diskusjonen om hvilke fordelingsprinsipper og -kriterier som bør tillegges størst vekt i helsevesenet, har det vært framsatt en rekke alternativer. Følgende oppstilling av mulige alternativer kan tjene som eksempel (2):

- Prioritering etter alvorlighet uavhengig av kostnader.
- Prioritering etter effekt uavhengig av kostnader.
- Prioritering etter slagordet «Mest mulig helse for pengene». Dette vil si at fordelings effektivitet tillegges vekt og dermed kostnader. Effektive men kostbare tiltak vil avvises og lite effektive men billige tiltak vil fremmes.
- Prioritering etter alvorlighet gitt at kostnad per reddet liv er mindre enn en nærmere bestemt øvre grense. Kostnads-effektivitetsanalyser blir viktige.
- Prioritering etter slagordet «Mest mulig helse for pengene» gitt at sykdommen tilfredsstiller en nedre grense for alvorlighet. Også her blir kostnads-effektivitetsanalyser viktige.

Vanligvis skiller vi sjelden mellom fordelingsprinsipper og fordelingskriterier. Det kan imidlertid være analytisk nyttig å tenke fordelingskriterier som en presisering eller operasjonalisering av overordnede fordelingsprinsipper. Kriteriene uttrykker hvilke individuelle egenskaper - sosiale eller biologiske kjennetegn - som anses relevante. Måten fordelingen av tiltak iverksettes på, kan beskrives som fordelingsteknikker. Disse vil være prosedurale utvelgelsesansvisninger.

I praksis vil fordelingsprinsipper avveies mot andre hensyn som krav fra institusjonens omgivelser, private interesser eller helsevesenets kultur der skjønnsavgjørelser tillegges betydelig vekt. Det er ikke alltid klart hva som er

illeggitime hensyn, og det er derfor viktig å diskutere prinsippene og kriteriene.

Fordelingsprinsipper er normer som gir overordnede retningslinjer for hvilke egenskaper som skal vektlegges ved en fordeling. Prinsippene er gjerne vage og abstrakte og rommer mange tolkningsmuligheter. Prinsippene kan deles inn i to hovedkategorier: samfunnsrelaterte prinsipper og mottakerrelaterte prinsipper (3,4).

7.4.1 Samfunnsrelaterte prinsipper: produktivitet

Ikke-mottakerrelaterte prinsipper vektlegger egenskaper ved søkeren, men bare slike egenskaper som antas å ha betydning for en samfunnsmessig målsetning ved fordelingen. Det framtidsrettede produktivitetsprinsippet er eksempel. Prinsippet tilsier at det samfunnsmessige billigste tiltak skal iverksettes uavhengig av effekt på individnivå. Prinsippet er relevant ved diskusjonen om yrkesaktive pasienter skal prioriteres foran pasienter uten inntekt-givende arbeid.

7.4.2 Mottakerrelaterte prinsipper: behov, velferdsgevinst og velferd-sresultat

Mottakerrelaterte prinsipper vektlegger egenskaper ved søkeren uten hensyn til andre søkere. I denne kategorien finner vi velferdsprinsipper som kan ta utgangspunkt i søkerens behov, forventete velferdsgevinst eller velferdsresultat, samt fortjenesteprinsippet.

Vektlegging av søkerens behov vil si å vurdere søkerens tilstand her og nå som avgjørende. Hva som er grunnen til at tilstanden er oppstått er ikke relevant, heller ikke vurderingen av framtidige resultater. Vurdering av velferdsgevinst vil si å vektlegge den relative forskjellen mellom søkerens tilstand før og etter tiltak. Vektlegges velferdsresultat, er det bare søkerens velferdsnivå etter tiltak som er relevant. Vurderingen tar med andre ord ikke i betraktning søkerens tilstand før tiltaket iverksettes (som ved vurderingen av velferdsgevinst).

Fortjenesteprinsippet innebærer at tidligere ytelser eller innsats vektlegges (som en slags «lønn for strevet»). Dette prinsippet brukes sjelden innenfor helsesektoren, men er relevant i debatten om hvordan såkalte selvforskyldte sykdommer skal vurderes.

Det er ikke likegyldig hvilke prinsipper som brukes ved fordelingen. Prinsippene kan ha ulike konsekvenser: mens behovsvurderinger kan tilgodese de sykeste, kan vurderinger av både velferdsgevinst og velferdsresultat tilsi at de mindre syke prioriteres framfor de sykeste.

7.4.3 De nasjonale retningslinjene bygger på velferdsprinsipper

Nettopp fordi det finnes ulike oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av goder og byrder, vil fordelingsprinsippene vektlegges ulikt. I Lønning II-utvalgets innstilling, også kalt prioriteringsmeldingen, ble det framhevet et formalt likebehandlingsprinsipp: like tilfeller skal behandles likt slik at alle pasienter i samme situasjon gis et likeverdig tilbud. Likebehandling ble konkretisert ved å peke på at tre fordelingskriterier bør tillegges vekt: tilstander med samme alvorlighetsgrad og for hvilke tiltakets effekt og kostnadseffektivitet er den samme, skal behandles likt. Dette innebærer at hvis en

pasient har fått et tilbud og blitt gitt en prioritet, skal alle med samme prioritet eller høyere gis et tilbud. I innstillingen ble med andre ord en kombinasjon av ulike velferdsprinsipper benyttet.

7.5 Fordelingskriterier

Fordelingsprinsippene kan operasjonaliseres i fordelingskriterier. Fra Lønning I-utvalgets innstilling ble lagt fram i 1987 har det pågått en diskusjon om hvilke kriterier som er mest relevante å anvende i norsk helsepolitikk og hvordan disse skal vektes i forhold til hverandre. På samme måte er det diskutert hvilke kriterier som ikke under noen omstendighet bør benyttes. I helsemeldingen ble det skilt mellom tre grupper av kriterier:

- Nødvendige kriterier: alvorlighetsgrad, effekt og kostnader.
- Diskuterbare kriterier: sosiale behov, betydning for andre, produktivitet og selvforskyldthet.
- Uakseptable kriterier: kjønn, alder, religion, sosial status og bosted.

7.5.1 Tilstandens alvorlighetsgrad

Lønning I-utvalget anbefalte at tilstandens alvorlighetsgrad ble tillagt størst vekt ved prioritering. Med Lønning II-utvalget ble alvorlighetsgrad forstått som «et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes». Tilstandens alvorlighet rommer mange dimensjoner - risiko for død, varige plager, omfanget av varig funksjonsnedsettelse, styrken på smerter og liten grad av selvhjulpenhet. Det er vanskelig å sammenlikne mål på disse dimensjonene. Utvalget anbefalte at alvorlighetsgrad ble vurdert etter

- Risiko for død eller funksjonstap.
- Grad av fysisk og psykisk funksjonstap.
- Smerter og fysisk eller psykisk ubehag.

Utvalget fastslo at hensynet til de dårligst stilte ikke kan tale for at behandlingstiltak uten tilstrekkelig effekt bør ha høy prioritet. Samtidig påpekte utvalget at hensynet til alvorlighet ubetinget tilsier at alle skal gis grunnleggende pleie og omsorg. Utvalget konkluderte med at med unntak for pleie og omsorg er høy alvorlighetsgrad en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for høy prioritet. I tillegg bør tiltakets forventete effekt og kostnadseffektivitet tillegges vekt, ble det fastslått.

7.5.2 Tiltakets effekt og forventede nytte

7.5.2.1 Effekt og nytte

Både helsemeldingen og prioriteringsmeldingen anbefalte at tiltakets nytte bør tillegges større vekt enn det Lønning I-utvalget i sin tid foreslo. Begrunnelsen var at helsetjenesten skal hjelpe dem som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming, og at den som kan hjelpes mest skal ha høy prioritet. Det ble vektlagt at de pasienter som kan hjelpes minst eller ikke i det hele tatt, må forsake minst ved ikke å få hjelp. Konklusjonen var at et tiltak med stor forventet nytte bør ha høyere prioritet enn tiltak med liten forventet nytte - og tiltak som ikke har forventet nytte skal ikke prioriteres.

Det er vanlig å skille mellom medisinsk effekt og nytte. Den medisinske effekten av et tiltak kan være

- Økt sannsynlighet for overlevelse.
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
- Smertereduksjon eller reduksjon av fysiske og psykiske plager.

Tiltakets resultater - effekten - kan studeres før og etter iverksettelse ved måling av kliniske endepunkter (biologiske markører), supplert av spørre- og klassifikasjonsskjemaer. Effekt kan gis en verdi på flere ulike måter. Dette blir tiltakets nytte. Hvordan tiltakets effekt skal verdsettes og av hvem, er sentrale spørsmål innen prioriteringsdebatten. I et amerikansk lovforslag ble det for eksempel foreslått å uverksette tiltak så lenge tiltaket ikke syntes farlig («The Access to Medical Treatment Act» (2)). I norske utredninger har det vært vektlagt at målsetningen er å økt helsegevinst i form av redusert sykkelighet, uførhet, smerte og økt livskvalitet, samtidig som eventuelle negative bivirkninger, senkomplikasjoner og skader vurderes (1, 2). Med dette som bakgrunn har dette utvalget valgt å forstå nytte av behandlingsreise som dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt må kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.

Prioritering etter forventet nytte kan innebære at det settes en nedre grense for hvilke utfall som anses som nyttige avhengig av hvilken målsetning tiltaket skal møte - helbredelse, livsforlengelse, symptomforebygging eller symptomlindring.

7.5.2.2 Krav til dokumentasjon

Vektlegging av nytte som prioriteringskriterium stiller store krav til vurdering av dokumentasjonen av effekt. Tiltakets effekt skal være mulig å etterprøve gjennom kliniske forsøk. Hvordan effekt måles og dokumenteres har konsekvenser både for prioritering og for økonomi.

Effekt av tiltak kan graderes på en skala fra ingen nytte - udokumentert effekt - til sikker nytte (standard tiltak). Mellom disse ytterpunktene er det en stor gråsoner der nytteverdien er usikker. Klassifisering avhenger av kunnskapsgrunnlag. I kreftmeldingen ble det fastslått følgende (2):

«All behandling, uavhengig av intensjon, må bygge på kunnskap. Kunnskapsgrunnlaget må baseres på vitenskapelige studier publisert i anerkjente tidsskrifter med referee-system».

I kreftmeldingen ble det argumentert for at dokumentasjon av behandlingstiltak kan graderes fra ikke-dokumentert effekt til sikker effekt i et dokumentasjonshierarki. I hovedsak skilte en mellom oppfølging av pasientgrupper som har gjennomgått spesielle intervensjoner og klinisk kontrollerte forsøk. Rapportering av effekt på individnivå (case report) ble vurdert som det dårligste grunnlag for å gi generelle anbefalinger om behandlingseffekt. Det ble argumentert for at informasjon fra grupper av pasienter behandlet på en enhetlig måte gjennom for eksempel klinisk materiale (case series), er mer pålitelig. Konklusjonen var at forskjeller bare kan avklares når en gruppe sammenliknes med en tilsvarende gruppe gjennom historiske eller matchete kontroller.

Utvalget påpekte at effekten av et tiltak ideelt sett også bør vurderes utfra om studien som er gjort under kontrollerte og standardiserte betingelser også er overførbar til den kliniske virkelighet. Pasienter som deltar i kliniske forsøk

er for eksempel ofte valgt slik at de har større effekt av tiltaket enn normal-pasienten, eller det kan oppnås en egen effekt av at disse pasientene følges opp spesielt. Utvalget fastslo at det derfor kan være viktig å skille mellom effekten av en teknologi slik den fremstår under optimale forhold som i en selektert og nøye fulgt opp pasientgruppe, og effekt slik den opptrer i medisinsk praksis med mindre standardiserte betingelser. Samtidig ble det påpekt at et tiltak som har effekt for en diagnose ikke dermed nødvendigvis også vil ha effekt for en annen.

Utvalget skilte mellom objektive og subjektive målemetoder. Objektive målemetoder angir hvor stor effekt en kan oppnå på aggregert nivå, det vil si i grupper av pasienter. Det er ikke sikkert at alle pasienter som behandles med en bestemt metode oppnår den antatte effekt. Subjektive behandlingsmål, for eksempel knyttet til helserelatert livskvalitet, er ofte vanskelig å sammenlikne i det det er knyttet usikkerhet omkring registrering og analyse av subjektive mål. Dette er et forskningsfelt under utvikling. Videre påpekte utvalget at det er velkjent at mange av dagens standard behandlingsmetoder ikke har vært gjenstand for kliniske studier, og at det ofte er etterlyst strengere krav til dokumentasjon. Samtidig vil mange argumentere for at de faglige dokumentasjonsskrav er for strenge (2):

«Erfaring viser likevel at det svært ofte vil være sprik mellom det «krav» til dokumentasjon som pasientene setter, og de krav som en fra et vitenskapelig synspunkt vil bruke for å karakterisere en behandling som effektiv».

I følge kreftmeldingen kan helsevesenet lett oppfattes som mer restriktiv enn resten av samfunnet, noe som kan undergrave legitimitet og føre til at en påtar seg rolle som portvakt som ikke samsvarer med rolle som pasientens fremste talsmann.

Dette utvalget ønsker å følge hovedretningslinjene i Kreftmeldingen når det gjelder krav til dokumentasjon. Imidlertid bør det bemerkes at dokumentasjonskravene er ideelle målsetninger som i den praktiske kliniske hverdag ikke alltid kan oppfylles. Når det gjelder evaluering av behandlingsreiser, vil for eksempel kravet om blindede kontroller ikke kunne la seg gjennomføre.

7.5.2.3 Nytte som prioriteringskriterium

Å ta standpunkt til hvordan behandlingseffekt skal måles og dokumenteres i form av resultatmål og hvordan de skal vurderes, har konsekvenser for prioritering og har også økonomiske konsekvenser. Nettopp fordi det ofte er mindre vanskelig å finne mål på nytte enn alvorlighet, kan det bli en utilsiktet virkning at hensyn som ikke lett lar seg måle, tillegges mindre vekt. Det er heller ikke ukomplisert å sammenlikne ulike nyttestilstander på tvers av for eksempel diagnosegrupper.

7.5.3 Kostnader og kostnadseffektivitet

Lønning II-utvalget argumenterte for at nytteprinsippet burde stå sentralt, men at nytte bør ses i forhold til behandlingstkostnadene. I prioriteringsmeldingen ble det anbefalt at tiltakets forventete kostnad skal stå i rimelig forhold til tiltakets effekt. Fordelingseffektivitet tilsier at ressursinnsatsen bør brukes på dem som kan få størst helsegevinst, målt ved forbedret livskvalitet og forlenget levetid. Dette betyr at pasienter og pasientgrupper må settes opp

mot hverandre. Alternativkostnadene ved å behandle en pasient er den forventede gevinst eller nytte som må forsakes hvis den samme ressursinnsatsen var blitt benyttet på andre pasienter som ikke blir behandlet. Det er med andre ord en målsetning å sikre at gevinstene av behandling som tilbys er større en potensielle gevinster som må forsakes av dem som nektes behandling.

7.5.4 Avveining mellom kriteriene

I en situasjon med ressursknapphet er det med andre ord grunn til å spørre om tjenestene som tilbys er effektive og om de har bivirkninger i form av å skape utrygghet, avhengighet og økt fokusering på risiko og sykdom. Kan kunnskaper og ressurser ha større nytte om de blir brukt andre steder i helsevesenet - eller andre steder enn i helsevesenet? Det vil alltid være en grense mellom det som oppfattes som det offentliges ansvar og det som ikke skal tilbys befolkningen på det offentliges regning. Denne grensen vil være gjenstand for politisk og faglig debatt. Det er vanskelig å argumentere mot at svært nyttige behandlingstiltak for alvorlige lidelser bør prioriteres høyt. Om disse tiltakene i tillegg er billige, er det enda mindre tvil. På samme måte er det akseptabelt å nedprioritere virkningsløs behandling av minimalt belastende lidelser, særlig om behandlingen er dyr. Problemet med avveining mellom kriteriene alvorlighet, nytte og kostnad oppstår når ulike hensyn trekker i hver sin retning.

Mange vil mene at det er riktig å prioritere de mest alvorlig syke først. Alvorlig syke pasienter bør ha «rett» til behandlingstiltak uavhengig av tiltakets kostnader, ikke bare til pleie og omsorg. Imidlertid vil dette kreve at ressursene kanaliseres til dem med størst avvik fra normal helse, uavhengig av prognose og kostnader. Dette vil kreve store forsakelser fra dem som kan bli vestentlig bedret. Alle kan ikke få lik helse (resultatlikhet). Derfor har det vært argumentert for at målsetningen bør heller være at alle skal kunne oppnå så god helse som de etter sine forutsetninger har mulighet for (5).

I prioriteringsmeldingen ble det påpekt at kostnader ofte kan bli tungen på vektiskålen. Hvis tiltaket er lite kostnadskrevende, kan det være riktig å tilby moderat nyttige tiltak til alvorlig syke eller funksjonshemmede pasienter.

7.5.5 Andre kriterier

Også prioriteringsmeldingen fulgte opp skillet mellom uakseptable og diskuterbare kriterier. I henhold til denne meldingen bør de uakseptable kriteriene - kjønn, etnisk tilhørighet, livssyn, seksuell orientering og sosial status - ikke under noen omstendighet benyttes. De diskuterbare kriteriene - alder, hastegrad, sosiale behov, produktivitet og livsstil - må uansett underordnes de nødvendige kriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.

7.5.5.1 Alder

I alle helsepolitiske dokumenter fremheves at alder ikke bør ha egenverdi ved prioritering. Lønning II-utvalget foreslo at alder bare bør være relevant som prioriteringskriterium i den grad alder kan brukes som indikator på tiltakets forventede effekt, og ved spørsmål om å tilby livsforlengende behandlingstiltak for pasienter med svært høy alder.

7.5.5.2 Hastegrad

Hastegrad kan ses både som et element av alvorlighetskriteriet og av nyttekriteriet, men også uavhengig av begge kriterier. Lønning II-utvalget fastslo at tidsfaktoren kan ha betydning for prioritet dersom tilstanden er av en slik art at utsatt diagnostisering, behandling eller rehabilitering får alvorlige konsekvenser for pasientens helsetilstand.

7.5.5.3 Sosiale behov

Lønning II-utvalget anbefalte ingen systematisk prioritering etter sosiale behov i form av bo- eller arbeidsforhold, familieforhold og lignende.

7.5.5.4 Arbeidslivstilknytning

For samfunnet som sådan kan det være hensiktsmessig at arbeidsuføre hjelpes tilbake til inntektsgivende arbeid. Dette produktivitetskriteriet har for eksempel ligget bak forsøk med å bruke trygdepenger til å kjøpe behandlingssaplasser. Imidlertid kan bruk av kriteriet marginalisere dem uten arbeid, hvilket vil kunne ha utilsiktede konsekvenser på sikt i form av ulikhet. Derfor ville ikke Lønning II-utvalget anbefale systematisk prioritering etter dette kriteriet.

7.5.5.5 Livsstil

Mange har argumentert for at ansvar for fortidig og/eller fremtidig adferd bør tillegges vekt ved prioritering. Lønning II-utvalget påpekte at eget ansvar er et kriterium som bare egner seg til bruk i spesielle kliniske vurderinger.

7.6 Prioritering av tiltak for kronisk syke pasienter

Å være kronisk syk innebærer et langvarig behandlingsbehov. Dette innebærer at det kan være vanskelig å legge rene nytteetiske betraktninger til grunn for prioritering av tiltak og mellom pasientgrupper og enkeltpasienter for kronisk syke. Hvilket ansvar samfunnet har i forhold til kronisk syke pasienter, avhenger blant annet av hvordan helse- og sykdomsbegrepene fortolkes.

7.6.1 Helse og sykdom

Det kan være analytisk nyttig å skille mellom helse og sykdom. Helsetjenesten oppsøkes ved sykdom, men også ved skade og funksjonshemmning. En funksjonshemmet kan for eksempel være frisk i betydningen ikke syk, men likevel ha rett til ytelser fra helsetjenesten. Sykdom kan ofte diagnostiseres. God helse er vanskeligere å definere.

I prioriteringsmeldingen ble det fremhevet at det er skjedd en utvidelse av helsebegrepet de siste 50 årene. Tilstander som tidligere ikke ble ansett som helsevesenets ansvar er i økende grad innlemmet (1):

«I vårt moderne samfunn er det stadig press mot utvidelser i randsonen av helsevesenets arena. Dette skyldes dels at krefter utenfor helsevesenet forsøker å skyve problemer som ikke nødvendigvis hører hjemme der, inn i sektoren. Likeledes bidrar medisinske og parame-

disinske profesjoner til å sykdomsforklare og individualisere flere og flere problemer».

WHO's definisjon av helse er både vid og ambisiøs: «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære» (2). Definisjonen har vært kritisert og forkastet, blant annet fordi den legger et resultatlikhets-ideal til grunn som er umulig å oppnå. Noen vil aldri oppleve å være fri for sykdom og lyte. En kan med rette hevde å føle seg syk, men generelt være ved god helse. Eller en kan være frisk, men ha dårlig helse. Resultater fra den norske helseundersøkelsen i 1985 viste at størsteparten av dem som oppgav å ha en sykdom/diagnose, likevel var fornøyd med egen helse (1). I prioriteringsmeldingen ble det derfor argumentert for et snevrere helsebegrep (1):

«Det kan imidlertid argumenteres for en definisjon av helse som understreker mestringsbegrepet. Det innebærer at det er nødvendig å se begge sider av menneskelivet - problemer og mestringen av problemene - under ett, og at det ikke nødvendigvis finnes noe absolutt skille mellom det å ha god helse og det å være syk».

Sykdommer kan kategoriseres uten at en har et presist og veldefinert helsebegrep. Likevel vil det ligge et normalitetsbegrep til grunn for definisjoner av sykdom som er normativt ladet.

7.6.2 Et særlig ansvar for kronisk syke pasienter

I prioriteringsmeldingen ble det fastslått at samfunnet har et særlig ansvar for kronisk syke mennesker. Samtidig ble det argumentert for at også tiltak overfor denne gruppen bør avgjøres etter en samlet vurdering av tilstandens alvorlighet, og tiltakets forventete nytte og kostnadseffektivitet. I begrunnelsen ble det påpekt at kronisk sykdom betegner alle grader av sykdom - fra lette plager til fullstendig invalidisering og dødelige tilstander. Nettopp fordi ulike diagnoser rommer mange alvorlighetsgrader, kan ikke pasientene prioriteres utfra diagnose alene. Ikke alle pasienter med kronisk lidelse skal ha høy prioritet. I prioriteringsmeldingen ble det foreslått at alle pasienter i høyere prioritetsgrupper bør få tilbud om likeverdig behandling før noen i lavere gruppe får det.

7.7 Prioritering mellom tiltak: bør behandlingsreiser være et offentlig ansvar?

Mens det ikke er tvil om at tiltak overfor utsatte kronikergrupper bør prioriteres, er det likevel et spørsmål hvilke typer tiltak denne gruppen bør tilbys innenfor det offentlige helsevesenet. Det er med andre ord nødvendig å diskutere hvor grensene for det offentliges ansvar går.

7.7.1 Nødvendige, utfyllende og lavt prioriterte tiltak

I prioriteringsmeldingen ble det foreslått et prioriteringssystem der det offentliges ansvarsområde i hovedsak skulle avgrenses til grunnleggende eller nødvendige tiltak. Tiltak som kan dokumenteres effektive, ble anbefalt forrang.

Prioritetsgruppe I ble anbefalt å omfatte tilstander med høy alvorlighetsgrad og betydelig forventet nytte. I følge prioriteringsutvalget er dette tiltak det offentlige skal tilby. Eksempler på tilstander innenfor denne gruppen er varig og sterkt nedsatt evne til å utføre dagligdagse gjøremål eller invalidiserende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke reseptbelagte medikamenter. Aktuelle tiltak er tiltak som kan gjenopprette tidligere helsetilstand eller redusere smerte betydelig slik at funksjonsnivå forbedres. Samtidig ble det påpekt at kostnadene skal stå i rimelig forhold til tiltakets nytte.

I prioriteringsmeldingen ble det anbefalt at prioritetsgruppe II skal inneholde utfyllende tjenester som det offentlige bør tilby, som diagnostikk, screening, utredning, behandling og rehabilitering/habilitering for tilstander

- a) som gir forventet prognosetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter og
- b) hvor tiltak har betydningsfull nytte for pasienten og
- c) hvor forventet nytte står i rimelig forhold til kostnadene.

Videre ble det anbefalt at gruppe III skulle inneholde lavt prioriterte tiltak som det kan være rimelig at det offentlige finansierer, men som alternativt kan tilbys mot egenbetaling.

7.7.2 Behandlingsreiser som supplerende tilbud

I "*Utfordringer*" i kapittel 6 anbefalte utvalget at behandlingsreiseordningens formål bør være å gi et tilbud til pasientgrupper som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Ordningen bør omfatte pasienter som har en diagnostisert og vedvarende sykdom. Tilbudet bør være et supplement til innenlandsk medisinsk behandling og rehabilitering og inngå som et ledd i en kjede av tiltak.

7.7.2.1 Moderat alvorlige tilstander

Behandlingsreiseordningen kan ikke gi et tilbud til de mest alvorlig syke målt i forhold til fysisk funksjonsnivå, smerter eller ubehag eller til pasienter med høy risiko for sykdomsforverring (for eksempel som følge av allergisjokk). Det er derfor et spørsmål om ressursene som benyttes på ordningen, er med på å vri tilbud fra de mest alvorlig syke til de mindre alvorlig syke og om dette er en riktig prioritering (jfr 7.6.2).

Prioriteringsutvalget la opp til at alvorlighetsgrad skal være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for at det offentlige skal ha hovedansvar for pasienten. Tiltaket skal også vurderes i forhold til forventet nytte i form av forbedret funksjonsnivå eller reduksjon av smerter og i forhold til kostnader. Dette innebærer at selv om tiltaket ikke når de mest alvorlig syke, kan stor effekt og lave kostnader forsvare tiltaket.

7.7.2.2 Dokumentert effekt

Utvalget legger til grunn at behandlingsreiseordningen bør vurderes med utgangspunkt i dokumentert effekt. Utvalget finner det riktig å følge prioriteringsutvalgets krav om dokumentasjon (1):

«Det er i de store gråsonene, ved mindre alvorlige tilstander og utfyllende former for rehabiliteringstilbud, at det blir relevant å stille krav til dokumentasjon av tilsvarende type som for medisinsk behandling».

For at behandlingsreiser skal kunne sies å være et tilbud det offentlige bør bidra til, er det sentralt at det kan dokumenteres at tiltaket har effekt på sykdomsforløp. Det er ingen tvil om at reisene har stor nytte hvis vi utelukkende vurderer tiltaket utfra pasientenes subjektive opplevelse. Det er også dokumentert effekt på kort sikt for noen grupper (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4). Utvalget har konkludert med at dokumentasjonen er tilstrekkelig god når det gjelder programmet for revmatiske sykdommer og psoriasisprogrammet. Det er større usikkerhet knyttet til tiltak for barn og unge med astma, andre lungesykdommer og atopisk eksem. Produksjonsmålene som finnes sier lite om resultatene av og kvaliteten på det tilbudet pasientene mottar. Spesielt kan det være vanskelig å måle effekten av symptomforebyggende tiltak. Det kan være lettere å få et mål på effekten av symptomlindring.

7.7.2.3 Kostnadseffektivitet

Ressursene anvendt på behandlingsreiseordningen kunne alternativt vært anvendt på andre tiltak overfor samme pasientgrupper eller på samme eller andre tiltak overfor andre pasientgrupper. Det er først og fremst på sin plass å spørre om det vil være mer kostnadseffektivt for pasientene å anvende ressursene på innenlandske tiltak for den aktuelle gruppen. For pasienter med revmatiske sykdommer kan for eksempel de spesielle helseinstitusjonene være et relevant sammenlikningsgrunnlag, mens behandlingsreiser for pasienter med lungesykdommer kan sammenliknes med tilbud ved Glitre, Granheim, Hokksund og Geilomo. Behandlingsreiser for pasienter med hudsykdommer kan sammenliknes med polikliniske tilbud ved sykehusenes hudavdelinger.

Foreløpig har det ikke vært utført systematiske kostnads-effektstudier av behandlingsreiseordningens tilbud. Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon, har utvalget konkludert med at behandlingsreiseordningen gir et lite kostnadskrevende tilbud per pasientdøgn, og at effekten for pasienter med revmatiske sykdommer og hudlidelser kan være like god eller bedre enn sammenliknbare innenlandske tilbud (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4).

Hensynet til et godt og rimelig behandlingstilbud for pasientene som er omfattet i dag, må imidlertid veies mot to andre hensyn:

- Vil det være mer kostnadseffektivt for samfunnet å anvende ressursene på innenlandske tiltak? Et innenlandsk tilbud vil kunne gi kompetanseutvikling og arbeidsplasser for fagmiljøene og nærhet for pasientene.
- Vil det være mer kostnadseffektivt å anvende ressursene på andre grupper pasienter? Det vil være et spørsmål både om mer alvorlige syke pasienter og/eller andre diagnosegrupper vil nyttiggjøre seg ressursene på en bedre måte.

7.7.3 Offentlig tilbud

Behandlingsreiseordningen synes å gi et lite kostnadskrevende tilbud med god og dokumentert effekt til grupper som har et behandlingsbehov, selv om disse ikke tilhører gruppen av de mest alvorlig syke (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4). Utvalget mener derfor at det er et tilbud de offentlige med rimelighet bør tilby, men vil påpeke at hensyn til tynge pasientgrupper og styrking av innenlandsk kompetanse og behandlingstilbud ikke bør overses.

7.8 Behov for retningslinjer for prioritering mellom grupper og pasienter

Både for å sikre at rette pasienter får rette tiltak, og for å kunne vurdere omfanget av tiltaket totalt og for den enkelte pasientgruppe, er det nødvendig med retningslinjer for prioritering. Retningslinjene bør både angi kriterier for prioritering mellom pasientgrupper og for prioritering mellom pasienter innenfor gruppene. I "[Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter](#)" i kapittel 8 spesifiseres utvalgets anbefalinger for kriterier for prioritering av grupper og pasienter til behandlingsreiser.

7.9 Sammenfatning

Utvalget anbefaler at prioritering av behandlingsreiser i forhold til andre tiltak og prioritering av pasienter til behandlingsreiser bygger på etablerte verdier, prinsipper og kriterier for prioritering innen norsk helsetjeneste. Dette innebærer å ta utgangspunkt i en likhetsnorm som fastslår at like tilfeller vurdert etter tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede effekt og kostnadseffektivitet skal gis likeverdig tilbud og prioritet.

Behandlingsreiser bør tilbys innenfor det offentlige helsevesen i den grad tiltaket gis pasienter med diagnostisert somatisk, kronisk sykdom, har dokumentert effekt på pasientens grunnlidelse som følger av behandling i varmt og solrikt klima og er kostnadseffektivt i forhold til innenlandske tilbud. Foreløpig har det ikke vært utført systematiske kostnads-effektivitetstudier av behandlingsreiseordningens tilbud. Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon, har utvalget konkludert med at behandlingsreiseordningen gir et lite kostnadskrevende tilbud per pasientdøgn, og at effekten for pasienter med revmatiske sykdommer og hudlidelser kan være like god eller bedre enn sammenliknbare innenlandske tilbud. Utvalget mener derfor at det er et tilbud det offentlige med rimelighet bør tilby, men vil påpeke at hensyn til tyngre pasientgrupper og styrking av innenlandsk kompetanse og behandlingstilbud ikke bør oversees.

I de senere årene er det i økende grad blitt stilt krav om kunnskapsbasert praksis i helsevesenet. Dette, samt nasjonale målsetninger om rettferdig fordeling og kostnadskontroll, er ikke forenelig med tilfeldig og skjønnsmessig tildeling av ytelser. Behandlingsreiser anbefales som et supplerende tilbud til moderat til alvorlig syke pasienter. Det bør stilles strenge krav til dokumentasjon av tiltaket. I dette ligger blant annet at det er behov for studier som avdekker hvilke pasientgrupper som har størst nytte.

Retningslinjer for prioritering må oppfattes som veiledende. Det er verken mulig eller ønskelig å formalisere alle vanskelige valg i detalj. Retningslinjer bør forstås som anbefalinger om valg av riktig tiltak overfor riktige pasienter basert på vitenskapelig analyse, klinisk erfaring og kunnskap om ressursbegrensninger. Utvalget anbefaler at en følger de samme retningslinjer for prioritering som prioriteringsutvalget har foreslått. Det anses som nødvendig at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet vurderes. Kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, livssyn, seksuell orientering og sosial status bør ikke under noen omstendighet benyttes. Kriterier som alder, hastegrad, sosiale behov, arbeidslivstilknytning og livsstil bør diskuteres konkret i forhold til behandlingsreiseordningen. Disse kriteriene må uansett underordnes de nødvendige kriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.

I "*Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter*" i kapittel 8 spesifiseres utvalgets anbefalinger for kriterier for prioritering av grupper og pasienter til behandlingsreiser.

Referanser

1. NOU 1997:18 Prioritering på ny.
2. NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap Norsk kreftplan.
3. Elster, J (1992): Local Justice. New York: Russel Sage Fundation
4. Lorentzen H (1995): Når ikke alle kan få. Rapport 95/13. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
5. NOU 1987:23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
6. St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring.

Kapittel 8

Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter

I dette kapittelet diskuteres for det første faglige krav til behandlingsreisetilbudet, og for det andre retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og pasienter til behandlingsreiser. Deretter vurderes dagens ordning. Det anbefales endringer innenfor hvert program. Til slutt gis retningslinjer for inntak av nye grupper i ordningen, og henvendelser fra flere pasientgrupper gjennomgås.

8.1 Krav til ordningens innhold

8.1.1 Generelle krav

Utvalget anbefaler at behandlingsreiser bør gi et behandlingstilbud hvor de sentrale elementer er medisinsk behandling og/eller fysikalsk behandling og opptrening etter allment anerkjente metoder samt et stabilt, tørt, varmt og solrikt klima. De klimatiske forhold på behandlingsstedet skal skille seg vesentlig fra det norske, og tilbudet skal dermed ikke kunne erstattes av liknende behandlingsopplegg i Norge.

Det bør foreligge et skriftlig behandlingsopplegg som er godkjent av norsk medisinsk faglig ekspertise for samtlige behandlingformer. Tilbudet bør omfatte daglig behandling for de aktuelle grupper som

- Medisinsk behandling og/eller fysikalsk behandling eller medisinsk kontrollert sol- og sjøbad.
- Tilpasset fysisk aktivitet. Med tilpasset fysisk aktivitet menes aktiviteter som er tilrettelagt for den enkelte pasient med hensyn til aktuelle funksjonsnivå for å oppnå bedret utholdenhet, styrke, bevegelighet, koordinasjon, balanse og ferdighet.
- I tillegg kan tiltaket omfatte undervisning og veiledning for å bedre pasientenes mestringsevne i forhold til sin kroniske sykdom.
- Ordningen skal ikke omfatte medisinsk utredning, diagnostisering, iverksetting av ny medisinsk behandling, rehabilitering av spesielt sammensatte eller komplekse tilstander, eller psykososial rehabilitering. Imidlertid skal tilbudet gi rom for supplering og justering av behandlingsopplegget.

8.1.2 Krav om effekt og kostnadseffektivitet

Tilbudet skal kunne dokumenteres nyttig for de pasientgrupper som omfattes av ordningen. Dette kravet gjennomgås nærmere i 8.2.3. Tilbudet skal videre være kostnadseffektivt i den forstand at forholdet mellom tilbudets kostnad og behandlingens effekt er rimelig sammenliknet med norske tilbud for samme pasientgruppe jfr 8.2.4.

8.1.3 Krav til sikkerhet

Behandlingsreiseordningen er en del av det norske offentlige helsetjenestetilbudet, og de samme krav til sikkerhet og kvalitet som gjelder for norske

helseinstitusjoner bør også ligge til grunn for ordningen. Kravene vil variere noe etter hvilken type sykdom pasientene har og etter hvilken aldersklasse de tilhører.

Det bør stilles to typer sikkerhetskrav til behandlingsreiseordningen. For det første gjelder det generelle krav til sikkerhet i forbindelse med reise og opphold. For det andre bør det stilles spesifikke medisinske sikkerhetskrav.

Det er en forutsetning at akutte forverrelser av grunntilstanden eller lidelser oppstått under oppholdet kan tas hånd om på en medisinsk forsvarlig måte. Det bør derfor foreligge planer for hvordan akutte sykdomstilfeller skal behandles. Disse planene bør inkludere beredskap både blant norsk personell og ved lokal lege/sykehus. Det er derfor viktig at kapasiteten og den medisinske kvalitet ved det nærliggende lokale sykehus er vurdert på forhånd. Det bør foreligge en klar evakueringskjede og beredskap i tilfelle hjemsendelse av pasienter blir nødvendig.

Kravene til medisinsk og generell sikkerhet bør utarbeides for hver enkelt sykdomsgruppe for å ivareta disse gruppenes spesielle behov. I vurderingen bør hensyn vedrørende personell, utstyr, behandlingsrom, akuttberedskap, undersøkelse og behandling, medikamenthåndtering og bosted inngå. Er det barn i gruppen, bør de generelle regler for barn i sykehus følges. Videre bør det foreligge separate sikkerhetsrutiner for hvert enkelt reisemål som tar hensyn til de lokale forhold i landet og regionen.

8.1.4 Krav om kvalitetssikring

De siste årene er det utarbeidet retningslinjer for kvalitetssikring i norske helseinstitusjoner, både i forhold til struktur (utstyr, personell, boligforhold), prosess (den praktiske utførelse av tilbudet, inkludert reise, opphold, medisinsk omsorg og behandling, kontroll av medisiner, fysikalsk behandling) og resultat (effekten av oppholdet målt ved effektparametre). Evaluering av kvaliteten skal gi grunnlag for forbedringstiltak.

Utvalget anbefaler at det utarbeides et system for kvalitetssikring for behandlingsreiseordningen på samme måte som for norske helseinstitusjoner.

8.2 Retningslinjer for prioritering mellom pasientgrupper

8.2.1 Krav til definisjon av behandlingsbehov

Tilbud om behandlingsreise til utlandet bør kun gis hvis pasientene har et vedvarende og gjentatt behov for medisinsk og/eller fysikalsk behandling som ikke kan erstattes av liknende tilbud i Norge (jfr "[Utfordringer](#)" i kapittel 6). Tilbudet skal kun gis til pasientgrupper hvor det er dokumentert en klar sammenheng mellom klimapåvirkning og bedring av sykdommen (jfr 8.2.3).

Det bør stilles krav til at pasientene kan ha nytte av tilbudet (jfr 8.2.3), og at de har en alvorlig sykdom og/eller funksjonssvikt (jfr 8.3.1). Dette antyder et potensiale for gevinst av behandling som skal være av en slik grad at det har vesentlig betydning for pasientens daglige aktiviteter og generelle livskvalitet.

Behandlingstilbudet bør gis til pasientgrupper som talmessig er av en slik størrelse at det er mulig å gjennomføre behandlingen på en utenlandsk institusjon på permanent og kontinuerlig basis. Dette innebærer at pasientgruppene bør være av en slik størrelse at flere behandlingsreiser i løpet av året kan avvikles. Dette vil være av betydning for at institusjonen skal kunne

oppretholde et kvalitetsmessig tilfredstillende tilbud, og for at tilbudets nytteverdi kan evalueres på en tilfredstillende måte.

8.2.2 Krav om diagnosespesifikk prioritering

Tilbudet bør gis til pasienter med kroniske somatiske sykdommer som har en definert sykdomsdiagnose. Med kronisk menes i denne sammenheng sykdommer som har en sammenhengende varighet på seks måneder eller mer, og hvor kurativ behandling ikke er tilgjengelig. Med sykdomsdiagnose menes sykdomspesifikk betegnelse av tilstanden, i motsetning til symptombaserte diagnoser hvor utfall og sykdomsforløp er ukjent eller uoversiktlig variabelt. Begrepet allment godkjent tilsier at tilstanden er gjenkjennelig for majoriteten av norske leger.

Det presiseres at diagnose alene ikke gir grunnlag for prioritering da en diagnose vil omfatte pasienter med ulike grader av sykdomsalvorlighet (jfr "[Prioritering - et rammeverk](#)" i kapittel 7, samt 8.3.1).

8.2.3 Krav til dokumentasjon av behandlingseffekt

Utvalget legger til grunn at behandlingsreisetilbudets målsetting verken er å gi varig eller forbigående helbredelse eller ha effekt i form av livsforlengelse, men bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet i minst tre måneder etter endt behandling. Dette innebærer samtidig at effekt på livskvalitet alene ikke tillegges vekt.

Det skal kunne påvises en klar sammenheng mellom den behandlingsmessige positive effekt og de sentrale elementer i tilbudet. Symptomlindring og/eller funksjonsbedring og/eller generell bedring av allmenntilstanden som antas forårsaket av rekonvalesens, fritidsaktivitet og endring av sosiale omgivelser, defineres i denne sammenheng ikke som behandlingseffekt.

Utvalget har lagt seg på samme linje som skissert i Kreftmeldingen (NOU 1997:20:18) når det gjelder krav om kunnskapsgrunnlag: dokumentasjon av behandlingseffekt bør bygge på vitenskapelige studier. Som dokumentasjon bør det foreligge minst to separate vitenskapelig akseptable undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Undersøkelsene bør være publisert i tidsskrift med referee, eller vurdert etter tilsvarende faglige krav.

Verken rapportering på individnivå eller rapportering fra små pasientgrupper uten kontrollgruppe kan tillegges vesentlig verdi (jfr "[Prioritering - et rammeverk](#)" i kapittel 7). Det anbefales derfor kontrollerte undersøkelser av behandlingseffekt. Kontrollgrupper bør bestå av personer med samme sykdom som gjennomgår tilsvarende behandling i hjemlandets institusjoner. Undersøkelser av behandlingseffekt bør være foretatt av uavhengig personell og vurdert av norske helsemyndigheter. Med uavhengig personell menes helsearbeidere som ikke har økonomiske interesser eller styreverv knyttet til aktuell behandlingsinstitusjon eller pasientorganisasjon, og som ikke står i arbeidsforhold til involverte private institusjoner eller organisasjoner. Dersom behandlingseffekt ikke er undersøkt, bør det foreligge en plan for prøveordning med forsøkspersoner hvor en eventuell behandlingseffekt undersøkes.

Utvalget innser imidlertid at kontrollerte undersøkelser kan være vanskelig å gjennomføre, og at tolkningen av eventuelle forskjeller i behandlingseffekt mellom kontrollpasienter og pasienter under behandling i utlandet kan være vanskelig. Pasientenes opplevelse av bedring kan være påvirket av den

effekt rekonvalensens og endring av sosiale omgivelser kan ha. Imidlertid vil objektive mål - som for eksempel endring i antall betente ledd; reduksjon av områder angrepet av psoriasis; og lungefunksjonsmålinger og måling av bronkial hyperaktivitet (overømfintlighet) - kunne brukes for å sammenlikne behandlingseffekt mellom pasienter behandlet i utlandet og pasienter samtidig behandlet i hjemlandets institusjoner.

8.2.4 Krav om kostnadseffektivitet

I "*Prioritering - et rammeverk*" i kapittel 7 ble det påpekt at tiltakets forventede kostnad bør stå i rimelig forhold til tiltakets effekt. Behandlingsreiser bør tilbys pasientgrupper for hvilke behandlingsreiser er mer gunstig enn innenlandske tilbud ved en vurdering av forholdet mellom tiltakenes kostnader og effekt (se 8.1.2 og 7.2.2.3).

Det er tidligere påpekt at effekt av behandlingstiltak som behandlingsreiser kan være vanskelig å måle og tolke, både som følge av kroniske sykdommers svingende forløp og som følge av problemer som nevnt i 8.2.3. Utvalget vil likevel anbefale at kostnads-effektivitetsanalyser iverksettes.

8.3 Retningslinjer for prioritering mellom enkeltpasienter

Utvalget anbefaler at behandlingsreisetilbudet gis pasienter med diagnostisert somatisk, kronisk sykdom og at diagnosen tilhører sykdomsgrupper som tilfredsstiller krav spesifisert i punktene 8.2.1-8.2.4. I tillegg stilles krav til sykdommens alvorlighet og til visse tilleggskriterier.

8.3.1 Krav til sykdomsalvorlighet og funksjonsreduksjon

Det er alltid en fare for at indikasjonsgrensene senkes når tilbudet til en gitt gruppe pasienter øker. Dette innebærer at det gis tilbud til flere med lettere sykdomsgrader, og disse vil dermed ha relativt mindre nytte av tilbudet. Derfor må både diagnose, indikasjon og formål være klarlagt og veldefinert selv om det ved uttak av pasienter alltid vil råde en viss grad av skjønnsmessig vurdering. Variasjonene innen hver diagnosegruppe gjør det vanskelig å prioritere ut fra diagnose alene. Det er derfor nødvendig at det etableres kriterier for rangering innen hver diagnosegruppe.

Alvorlighet knyttes til tidspunktet personen søker om tiltak. Tilstanden skal være varig, hvilket innebærer at pasienten ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak. Med sykdommens alvorlighet forstås grad av prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes. Alvorlighetsgrad vil romme dimensjoner som grad av kronisitet, grad av funksjonsnedsettelse, intensitet og hyppighet av smerter, utbredelse av sykdomsmanifestasjoner, grad av veksthemning hos barn, samt grad av selvhjelpenhet.

Tilbudet bør gis til pasienter som har en målbar grad av sykdomsalvorlighet og/eller fysisk funksjonsnedsettelse. Dette innebærer at det foreligger medisinske funn som gjør det mulig for de som er ansvarlig for utvelgelsen å bedømme grad av alvorlighet og/eller funksjonssvikt.

Tilstandens alvorlighet må veies i forhold til kravet om effekt. Nettopp fordi behandlingsreiser innebærer lang flyreise og tilvenning til et annet miljø, kan høy alvorlighetsgrad gi mindre effekt av tiltaket. Blant pasienter som kan antas å ha stor nytte av behandlingsreise - det vil si moderat til alvorlig syke - bør de mest alvorlig syke prioriteres. Samtidig vil det måtte tas forbehold om

tilleggskostnader ved alvorlig funksjonshemmede pasienter. Disse vil kunne kreve større og mer spesialisert bemanning.

Under gis utvalgets anbefalinger for hvilke sykdomstyper, diagnoser og grad av alvorlighet som bør prioriteres innenfor programmene i dagens ordning.

8.3.1.1 Programmet for revmatiske sykdommer

Sykdomstype

Tilbudet bør gis til pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer. Dette er en sykdomsgruppe hvor sykdomsprosessene domineres av betennelse i det angrepne vev, og som av Verdens Helseorganisasjon er definert som revmatiske sykdommer gruppe I. At tilbudet fortrinnsvis reserveres til denne sykdomsgruppen, skyldes at denne type sykdomsprosess gjennom lengre tid har vist seg påvirkelig av fysikalsk behandling. Videre er det for denne sykdomsgruppe påvist at behandling i varmt klima gir tilleggseffekt (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4).

Pasienter tilhørende gruppe II Degenerative revmatiske sykdommer (som blant annet artrose), gruppe III Bløtdelsrevmatisme (som blant annet senebetennelse og fibromyalgi) og gruppe IV Revmatiske manifestasjoner forårsaket av ikke-revmatiske sykdommer, ansees ikke aktuelle da de tilhørende sykdomsprosesser ikke er vist å la seg påvirke av kombinasjonen medisinsk behandling og/eller fysikalsk behandling og klimabehandling.

Diagnoser

Tilbudet bør omfatte kronisk betennelsesaktige revmatiske sykdommer (hos voksne, barn og ungdom) som revmatoid artritt (kronisk leddgikt), Bekhterevs sykdom og kronisk juvenil artritt (barneleddgikt). Videre anbefales kronisk Reiters syndrom (pasienter med persisterende perifer artritt kombinert med uretritt og/eller konjunktivitt) og kroniske polyartritter hos pasienter med betennelsesaktig tarmsykdom (ulcerøs kolitt og Crohns sykdom). Til slutt anbefales tilbudet gitt til visse former for kronisk psoriasisartritt (som den revmatoidliknende form (samme leddaffeksjon som ved leddgikt), arthritus mutilans (uttalte leddødeleggelser i mange ledd), kronisk oligoartikulær form (kroniske betennelser i 2-5 ledd) og den Bekhterevliknende sykdomstype)). Tilbudet kan også gis til pasienter med systemiske bindevevssykdommer hvis det foreligger kronisk betennelse av muskler og/eller ledd med et objektivt verifiserbart funksjonstap.

Sykdomsalvorlighet: funksjonsklasser

For å komme i betraktning til behandlingsreise bør det foreligge en objektiv verifiserbar reduksjon av funksjon av minst seks måneders varighet. Funksjonen graderes i henhold til funksjonsklasser konstruert av den amerikanske revmatolog-forening. Funksjonsklasse I omfatter pasienter som kan utføre alle aktiviteter uten problemer. Klasse II inneholder pasienter som klarer vanlige aktiviteter, men med visse problemer. Klasse III-pasienter har klare begrensninger i sin utførelse av daglige aktiviteter, mens pasienter klassifisert i klasse IV er lite i stand til å klare seg uten hjelp av andre (betydelig redusert funksjon), ofte avhengig av rullestol, noen også av seng. Pasientene bør fortrinnsvis velges ut fra funksjonsklassene II og III, hvilket innebærer at mod-

erat til hardt angrepne pasienter vil bli foretrukket. Dersom forholdene legges til rette, kan pasienter fra funksjonsklasse IV komme i betraktning.

Pasienten må kunne nyttiggjøre seg behandlingen og tåle flyreisen og miljøskiftet. Samtidig må deres hjelpebehov kunne dekkes under reise og opphold. Dette innebærer at det tiltenkte behandlingssted må være tilrettelagt for betydelig funksjonshemmede pasienter, og at innredning av oppholdsrom og fasiliteter under flyreise er slik at hjelpebehov kan dekkes. Ved sterk funksjonshemming bør det være en mulighet for at ledsagere kan være med for å dekke personlige behov (jfr. "[Finansiering og organisering](#)" i kapittel 9). Behandling av denne type pasienter i utlandet må veies opp mot eventuell gevinst ved optimalisering av behandlingen innenlands.

Pasienter med affeksjon av bevegelsesapparatet som ikke medfører funksjonstap eller forklarlig reduksjon av livskvalitet (funksjonsklasse I), anbefales ikke behandlingsreise. Man antar at for disse pasientene vil behandlingsgevinsten være liten i forhold til det som kan oppnås ved behandling av pasienter i funksjonsklassene II og III.

8.3.1.2 Psoriasisprogrammet

Sykdomstype og diagnose

Utvalget kjenner ikke til undersøkelser av hvilke typer psoriasis som best egner seg til klimabehandling, men det bør foreligge en sikker diagnose stilt av spesialist i hudsykdommer. Tilbudet bør imidlertid ikke gis pasienter med irritert/ustabil psoriasis, psoriasis erythrodermi og pustuløs psoriasis.

Sykdomsalvorlighet

Behandlingsreiser bør kun gis pasienter med kronisk sykdomsaffeksjon, og hvor hudsykdommen er så alvorlig at pasienten har behov for fast hudlege. Sykdommens alvorlighetsgrad bør måles med PASI score (jfr. "[Dagens ordning](#)" i kapittel 4). For pasienter med psoriasis vil størst effekt av behandlingssreiseopphold forventes hos dem med høyest grad av sykdomsalvorlighet.

8.3.1.3 Programmet for barn og unge med astma, andre kroniske lungesykdommer og atopisk eksem

Spesifikasjon av sykdomstyper, diagnoser og sykdomsalvorlighet som er angitt i det følgende vil gjelde dersom det kan dokumenteres effekt av behandlingssreiser for disse sykdomsgruppene.

Sykdomstyper

Felles for sykdomsgruppene astma og atopisk eksem er kroniske inflammatoriske tilstander i henholdsvis luftveier og hud. Inflammasjonsprosessene i luftveier ved astma, og i hud ved atopisk eksem, har mange fellestrekk og domineres av allergisk inflammasjon. Også andre kroniske lungesykdommer er som regel preget av kronisk inflammasjon, men denne er som oftest uspesifikk.

Tilbudet bør generelt ikke omfatte anafylaksi, idet risiko for allergisjokk bør være kontraindikasjon til deltakelse på grunn av fare for livstruende reaksjon. Hvis tilstanden er godt kartlagt og opptrer som tilleggsstilstand til astma

eller atopisk eksem, bør pasienter kunne delta etter grundig vurdering av risiko.

Diagnoser

Gitt at effekt kan dokumenteres, bør tilbudet omfatte barn og unge med kroniske obstruktive lungesykdommer som astma og visse andre lungesykdommer med alvorlighetsgrad som anført nedenfor, samt barn og unge med atopisk eksem.

Funksjonklasser og sykdomsalvorlighet

- Astma bronkiale: Tilbudet bør omfatte barn og unge med alvorlig astma bronkiale av kronisk vedvarende type med behov for fast anti-inflammatorisk behandling. Alvorlighetsgrad tilsvarende astma grad IV-V (unntaksvis grad III) bør prioriteres. Dette inkluderer også pasienter med vedvarende astma i vinterhalvåret med mindre symptomer i sommerhalvåret.
- Andre kroniske lungesykdommer: Tilbudet kan også omfatte pasienter med andre lungesykdommer hvor det foreligger kronisk obstruksjon som også har behov for fast inhalasjonsbehandling, enten antiinflammatorisk eller fast slimmobiliserende behandling.
- Atopisk eksem: Tilbudet bør omfatte atopisk eksem som har vist seg vanskelig å behandle i Norge, med kroniske hudforandringer i form av lichenifisert fortykket hud, kloringsmerker og skorpedannelse, samt tegn på atrofiske hudforandringer.

Pasienter med svært alvorlig sykdom som kan innebære risiko for akutte og livstruende anfall og forverrelser (for eksempel allergisjokk), bør av sikkerhetsgrunner ikke delta i ordningen.

8.3.2 Anbefalte tilleggskriterier

8.3.2.1 Del av behandlingsplan

Det er en nasjonal helsepolitisk målsetning at tiltak som diagnostikk, utredning, behandling og rehabilitering koordineres bedre enn i dag. På denne bakgrunn vil utvalget foreslå at det stilles krav til at behandlingsreiseoppholdet er del av en videre behandlingsplan. Behandlingsreisetilbudet har størst nytte hvis pasienten kan følge opp behandlingen etter hjemkomst.

8.3.2.2 Forventet egeninnsats

Utvalget vil foreslå at forventet egeninnsats tillegges vekt. Behandlingen setter klare krav til medvirkning fra pasientens side. Dette gjelder særlig ansvar for egen fysisk opptrening som for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer og lungelidelser, og smøring som for pasienter med hudlidelser.

8.3.2.3 Tidligere behandlingsreise

Utvalget anbefaler at ved lik forventet nytte av behandlingstilbudet bør pasienter som ikke tidligere har fått tilbud eller har få tidligere opphold prioriteres.

8.3.3 Ikke-anbefalte tilleggskriterier

8.3.3.1 Alder

Utvalget vil avvise bruk av alder som eksklusjonskriterium (i tillegg til de kriterier som i "*Prioritering - et rammeverk*" i kapittel 7 har vært framhevet som ugyldige). Prioriteringsutvalget foreslo at alder bare bør være relevant som prioriteringskriterium i den grad alder kan brukes som indikator på tiltakets forventete effekt, og ved spørsmål om å tilby livsforlengende behandlingstiltak for pasienter med svært høy alder (jfr "*Prioritering - et rammeverk*" i kapittel 7). Dette utvalget mener at alder (høy eller lav) bare bør være eksklusjonskriterium i den grad forventet effekt av oppholdet reduseres.

8.3.3.2 Arbeidslivstilknytning

For samfunnet som sådan kan det være hensiktsmessig at arbeidsuføre hjelpes tilbake til inntektsgivende arbeid. Dette produktivitetskriteriet har for eksempel ligget bak forsøk med å bruke trygdepenger til å kjøpe behandlingss plasser ved sykehus. Imidlertid kan systematisk prioritering av pasienter med arbeidslivstilknytning bidra til å marginalisere grupper utenfor arbeidslivet (som uføretrygdte, pensjonister og studenter), hvilket vil kunne ha utilsiktede konsekvenser på sikt i form av ulikhet avhengig av arbeidslivstilknytning. Utvalget anbefaler at arbeidslivstilknytning ikke brukes i prioriteringen til behandlingsreiser.

8.3.3.3 Bosted

Bosted har vært brukt som prioriteringskriterium i behandlingsreiseordningen til nå, i det pasienter fra fylkeskommuner med manglende behandlingsskapasitet er gitt forrang. Det kan argumenteres for at et slikt forskjellsprinsipp sikrer likebehandling - pasienten sikres i det minste et behandlingstilbud. Imidlertid kan kriteriet ha utilsiktede konsekvenser, i det pasienten kanskje hadde hatt større nytte av et tilbud som bedre kunne integreres i en total behandlings- og rehabiliteringsplan. Behandlingsreiser skal være et supplement og ikke et alternativ til eksisterende tilbud - og bør ikke kunne brukes som argument for å la være å bygge opp et tilfredsstillende innenlandsk tilbud. Dette utvalget mener at vektlegging av bosted kan innebære brudd på behovsprinsippet for tildeling av behandlingsreiser, og at bosted bare bør brukes som kriterium i den grad forskjell i klima på bostedet kan ha betydning for indikationsstilling og forventet behandlingseffekt.

8.3.3.4 Sosiale forhold

Heller ikke sosiale eller familiære forhold bør tillegges vekt etter utvalgets mening. Det kan argumenteres for at ordningen kan tilby avlastning for pasienter som for eksempel har et tungt omsorgsansvar eller for pasienter som bidrar til å påføre andre familiemedlemmer/andre et slikt ansvar. Imidlertid bør det etter utvalgets mening holdes fast ved at et behandlingsreisetilbud skal gis med utgangspunkt i medisinske kriterier som forventet effekt på pasientens grunnsykdom og tilstandens grad av alvorlighet.

8.4 Krav om skriftlige retningslinjer for prioritering

Prioriteringsutvalget påpekte viktigheten av skriftlige retningslinjer (jfr kapittel 7). Retningslinjer tydeliggjør behov for og konsekvenser av budsjettvedtak og kan bidra til å skape refleksjon og diskusjon. Videre kan et slikt krav bidra til likebehandling og forutsigbarhet, samt innsynsrett og påvirkning.

Dette utvalget anbefaler at det bør foreligge skriftlige anbefalinger om hvilke pasienter som skal prioriteres til behandlingreiser for alle diagnosegrupper. Prioriteringen skal være begrunnet i medisinskfaglige forhold, jfr kriteriene nevnt ovenfor. Det bør også redegjøres for hvilke pasienter som ikke egner seg for denne type behandling (eksklusjonskriterier).

8.5 Programmet for revmatiske sykdommer: vurdering og endringsforslag

8.5.1 Hvordan møter dagens tilbud de krav som stilles

Behov

Utvalget legger til grunn at pasienter med revmatiske betennelsesaktige sykdommer kan ha et medisinsk behov for klimabehandling avhengig av dokumentert effekt. I "*Dagens ordning*" i kapittel 4 er det konkludert med effekt av klimabehandling for denne gruppen, og i "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5 er det konkludert med et underdekket behov for behandlingsreiser for disse pasientene. Som påpekt i "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5 er behovsanslagene forbundet med høy grad av usikkerhet. Behov for behandlingsreiser er ikke absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud. Utvalget har i sine anslag benyttet estimerer på sykdomsforekomst og forekomst av pasienter med antatt nytte av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselsetall. Under disse forutsetninger er det konkludert med at om lag 3200 pasienter årlig kan ha behov for behandlingreise.

Behov for et supplerende tilbud som behandlingsreiser vil, som beskrevet i "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5, påvirkes av det innenlandske tilbud, både hva gjelder kapasitet og behandlingsmetoder. Det er fortsatt en geografisk skjevhet i tilbudet og et betydelig rekrutteringsproblem av nye spesialister til faget revmatologi. Samtidig vil utvalget påpeke at tilbudet må sees i sammenheng med den mangel det er på opptreningsplasser for revmatikere i Norge. De revmatologiske avdelinger på sentral- og fylkessykehusnivå er utbygd for å dekke behovet til pasienter med relativt alvorlige revmatiske sykdommer med hensyn til utredning, diagnostikk og igangsetting av medisinsk behandling, samt revmakirurgiske tiltak. Imidlertid har den gradvis avtakende liggetid på slike avdelinger og redusert sengetall på landsbasis redusert den rent opptreningsmessige funksjon disse avdelingene tidligere hadde (jfr "*Utfordringer*" i kapittel 6).

Spesielt for de alvorlig syke pasientene bør tilbud i Norge vurderes som et alternativ til behandlingsreiser, fordi både reise og opphold i utlandet kan være vanskelig gjennomførbare av praktiske grunner. De spesielle helseinstitusjonene som Beitostølen og Valnesfjord helsesportsentre tar imot pasienter med funksjonssvikt forårsaket av ulike sykdommer. For pasienter med moderat til alvorlig grad av sykdom kan alternative tilbud innenlands innbefatte behandlingsopplegg her (jfr "*Utfordringer*" i kapittel 6). For de alvorligst angrepne pasienter med leddgikt og liknende sykdommer, kan det nye nasjo-

nale senteret for rehabilitering og kompetanseutvikling for leddgikt og beslektede sykdommer ved Diakonhjemmet sykehus være et alternativ for noen. Kapasiteten for opptrening og rehabilitering bør videre økes for pasienter med alvorlig til moderat funksjonssvikt ved å bygge ut samarbeidet mellom de forskjellige sykehusavdelinger og private opptreningsinstitusjoner gruppe I (jfr "[Utfordringer](#)" i kapittel 6). I denne sammenheng kan det vises til det allerede etablerte samarbeidet mellom revmatologisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø og Rehabiliteringssentret Nord-Norges Kurbad for pasienter med Bekhterevs sykdom.

Utvalget mener at det foreligger et behov for supplerende klimabehandling for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer, og at dette behovet er underdekket. Pasientgruppen er stor nok til å sikre et kontinuerlig behandlingsopplegg i utlandet. Utvalget forutsetter at behandlingsreiser ikke skal være til hinder for utbygning av tilstrekkelig behandlings- og rehabiliteringskapasitet på kommunalt, fylkeskommunalt, regionalt og landsdekkende nivå innenlands.

Behandlingsinnhold

Det er utvalgets oppfatning at behandlingsreisetilbudet for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer bør omfatte et opplegg for fysikalsk behandling med vekt på aktive behandlingsformer, og supplert med passive behandlingsformer. Tilbudet bør være tilrettelagt med tanke på pasienter med nedsatte funksjoner i bevegapparatet. Den medisinske ekspertise på stedet bør være kjent med de vanlige norske oppfatninger av behandling av pasienter med betennelsesaktig revmatisk sykdom og kunne videreføre den medikamentelle behandling som allerede er satt i gang av norsk lege på en forsvarlig måte.

Behandlingsinnholdet i den for tiden benyttede behandlingsinstitusjon er gjennomgått av fysioterapeut (1), Rikshospitalet (2), og delvis gjennom Bjerkhoels studie av behandlingseffekt (3). Videre har utvalget fått forelagt aktivitetstallene for de siste år, samt statistikker over avslagsprosent og hvilke diagnoser som er prioritert. Utvalget har også gjennomgått de pasientrapporter som foreligger om pasienttilfredshet.

Utvalget finner at det nåværende behandlingstilbud for pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer i hovedsak tilfredsstiller de krav en stiller til behandlingens innhold, men påpeker klare forbedringspotensialer. Utvalget finner blant annet at det er en tendens til at passive behandlingsformer benyttes mer enn tilrådelig ifølge norske faglige krav og at den aktive fysikalske behandling kan individualiseres bedre. Passive behandlingsformer skal i prinsippet inngå i behandlingsopplegget som for- og etterbehandling av aktive fysikalske øvelser.

Det idrettspedagogiske tilbudet begrenser seg til få aktiviteter. Variert, tilrettelagt fysisk aktivitet og jevnlig undervisning bør utvikles videre til å inngå som en systematisk del av behandlingstilbudet. Utvalget er kjent med at Rikshospitalet i samarbeid med Norsk Revmatikerforbund har nedsatt en prosjektgruppe som arbeider med å legge opp et utvidet, strukturert og likemannsbasert undervisningsprogram for revmatikerne.

Utvalget anbefaler en gjennomgang for reglene omkring familie og venners muligheter for reise samtidig med pasient. Samtidig reise for pasientens familie og venner kan forstyrre reisens primære formål som er behandling av

grunnlidelsen. Videre ønsker utvalget en gjennomgang av innholdet av og omfanget av sosiale aktiviteter.

Utvalget finner at de bygningsmessige forhold ved dagens behandlingssted er lite egnet for personer med betydelig redusert gangfunksjon (4). Muligheten for behandlingstilbud for disse pasientene bør sikres (jfr 8.3.1).

Ved dagens ordning er sesongen slik at første og siste pasientgruppe kan oppleve et lite gunstig klima. Gjennomsnittlig temperatur bør være over 15 grader celsius, og klimaet bør være solrikt og nedbørfattig.

Utvalget er kjent med at det er reist spørsmål om noen barn med meget alvorlig barneleddgikt (juvenil artritt) kan tenkes å ha behov for langvarige opphold i et varmt og stabilt tørt klima. Utvalget anbefaler at behandlingseffekten ved opphold av ulik varighet undersøkes slik at optimal behandlingsslengde for pasienter med ulik sykdomsgrad kan bestemmes. Utvalget forutsetter at behandlingsreiser omhandler en tidsbegrenset innleggelse i institusjon. Opphold i utlandet av flere måneders varighet vurderes ikke å falle inn under ordningen og dette spørsmålet er ikke vurdert av utvalget.

Retningslinjer for prioritering

For pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer foreligger allerede skriftlige retningslinjer for prioritering med utgangspunkt i veldefinerte diagnoser (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4), slik dette utvalget anbefaler. Imidlertid finner utvalget at det er ønskelig med revidering av retningslinjene i henhold til punkt 8.3.1-8.3.3.

8.5.2 Forslag til endringer

Dokumentasjon

Utvalget har funnet at behandlingseffekt er dokumentert, men påpeker at det finnes for få kontrollerte studier som sammenlikner effekten av behandling innenlands og i utlandet. Utvalget ser gjerne at

- Det utføres nye undersøkelser med sikte på å påvise en eventuell objektiv verifiserbar bedring av muskelstyrke og fysisk funksjon, reduksjon av smerte og stivhet.
- Pasientrapportering om bedret livskvalitet etter endt opphold av varighet på tre måneder eller lengre systematiseres.
- Det gjøres studier av hvilke pasienter innen de anbefalte diagnosegrupper som egner seg spesielt godt for denne type behandling.
- Behandlingens langtidseffekter (utover seks måneder) dokumenteres.
- Det foretas analyse av behandlingsoppholdets eventuelle innflytelse på senere sykmeldingshyppighet, uførepensjonering og forbruk av smertestillende medikamenter.
- Behandlingseffekt ved ulike undergrupper av barneleddgikt undersøkes.
- Gjennomført studier som vurderer optimal behandlingsslengde av tilbudet.

Tilbudets innhold

Utvalget vil påpeke at et avvik mellom de instruksjoner som foreligger og den praksis som følges kan indikere at behandlingsreisetilbudet ikke har funnet en veldefinert plass i den totale behandlingsskjede. I denne sammenheng vil utvalget anbefale

- En systematisk gjennomgang av rutiner for kvalitetssikring som anført i

8.1.4.

- En spesifisering av retningslinjer for behandlingstilbudets innhold.
- En gjennomgang av instruksjoner som foreligger når det gjelder behandlingstilbudets medvirkning i diagnostikk, kontroll av laboratorieparametre og justering av medikamentell terapi.
- At tilstrekkelig tilstedeværelse av kvalifisert norsk lege og fysioterapeut på behandlingsstedet sikres.
- Bedre oppfølging av stedlig personale ved norsk faglig personale.
- At det tilstrebes et forhold mellom passive og aktive behandlingsformer som tilsvarer det opplegg som gis ved innenlandske institusjoner.
- At det idrettspedagogiske tilbudet videreutvikles.
- At det foretas en gjennomgang av retningslinjer for samtidig reise for familie og venner.
- At det foretas en gjennomgang av innhold og omfang av sosiale aktiviteter.
- At bygningsmessige forhold gjennomgås og at det sikres at nødvendige hjelpemidler er tilgjengelig for å sikre tilbudet til personer med betydelig redusert forflyttingsevne.
- At sesongen ikke strekkes lenger enn at gjennomsnittlig døgntemperatur er over 15 grader celsius.

Retningslinjer for prioritering

Utvalget anbefaler at retningslinjer for prioritering revideres i henhold til punkt 8.3.1-8.3.3. I dette ligger at følgende pasienter bør omfattes:

- Pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer som revmatoid artritt (kronisk leddgikt) og Bekhterevs sykdom, kronisk Reiters syndrom og kroniske artritt hos pasienter med betennelsesaktig tarmsykdom, samt visse former for kronisk psoriasisartritt, og barneleddgikt (juvenil artritt).
- Pasienter systemiske bindevevssykdommer hvis det foreligger kronisk betennelse av muskler og/eller ledd.
- Pasienter tilhørende gruppe II Degenerative revmatiske sykdommer, gruppe III Bløtdelsrevmatisme og gruppe IV Revmatiske manifestasjoner forårsaket av ikke-revmatiske sykdommer ansees ikke aktuelle.

Følgende grad av alvorlighet bør foreligge

- En objektiv verifiserbar reduksjon av funksjon av minst seks måneders varighet
- Tilbudet bør fortrinnsvis gis til pasienter i øvre del av funksjonsklasse II og funksjonsklasse III. Dersom forholdene legges til rette, kan pasienter fra funksjonsklasse IV komme i betraktning.
- Pasienter med affeksjon av bevegelsesapparatet som ikke medfører funksjonstap eller forklarlig reduksjon av livskvalitet (Funksjonsklasse I), anbefales ikke behandlingsreise.

Henvisningsrutiner gjennomgås i "[Finansiering og organisering](#)" i kapittel 9.

Referanser

1. Mengshoel, A.M. (1997): Evaluering av fysioterapitilbudet ved behandlingsreiser for revmatikere til Igalo og Balcova. Rikshospitalet: Intern rapport.
2. Vurdering av behandlingsstedene Balcova og Igalo 1997-97. Rikshospita-

- let: Intern rapport.
3. Bjerkhoel F. (1993): Evaluering av utenlandsbehandling for revmatikere. Helsedirektoratet. Rapport.
 4. Evaluering av behandlingsstedene Balcova termal, Tyrkia og Igaloinstituttet, Montenegro 1998. Rikshospitalet: Intern rapport.

8.6 Psoriasisprogrammet: vurdering og endringsforslag

8.6.1 Hvordan møter dagens tilbud de krav som stilles

Behov

Utvalget legger til grunn at pasienter med psoriasis kan ha et medisinsk behov for klimabehandling avhengig av dokumentert effekt. I "*Dagens ordning*" i kapittel 4 er det konkludert med dokumentert effekt av klimabehandling for pasienter med psoriasis. I "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5 er det konkludert med et underdekket behov for behandlingsreiser for disse pasientene. Som påpekt i "*Behov og etterspørsel*" i kapittel 5 er utvalgets anslag for behov for behandlingsreiser for denne gruppen forbundet med høy grad av usikkerhet. Få studier belyser hvor mange pasienter med psoriasis som har alvorlig sykdom. Utvalget baserer sine beregninger på at ti prosent av pasienter med psoriasis har alvorlig sykdom og at om lag halvparten av disse kan ha behov for behandlingsreiser, men bemerker at det ikke har lyktes å skaffe tilveie dokumentasjon for sykdomsalvorlighet hos norske pasienter med psoriasis. Behov for behandlingsreiser er ikke absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud. Utvalget har i sine anslag benyttet estimerer på sykdomsforekomst og forekomst av pasienter som antas å ha effekt av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselsetall. Utvalget har under disse forutsetninger konkludert med at om lag 2000 pasienter årlig kan ha behov for behandlingreise.

Omfanget av behandlingsreiser til utlandet bør holdes opp i mot tilbudet innenlands, hvilket omfatter både aktuell innenlandsk behandlingsskapasitet og økt behandlingseffekt ved bruk av nye behandlingsmetoder. Nedbygging av institusjonsplasser for hudpasienter i Norge medfører færre og kortere opphold ved hudavdelingene for psoriasispatienter. Det er fortsatt en geografisk skjevhet i tilbudet.

Utvalget vil påpeke at det imidlertid er viktig at klimabehandling ikke blir den eneste behandling som pasienten får. Klimabehandlingen kan da virke passiviserende i forhold til egeninnsats og det å ta ansvar for behandling av egen sykdom. Konformiteten blant «likesinnede» kan være uheldig for noen. Behandlingsreiser bør inngå som en supplerende behandling til det rotasjonsbehandlingsprinsipp som i dag benyttes ved denne hudsykdommen.

Behandlingsreiser anses som et supplement i forhold til annen innenlandsk behandling, men også i noen grad et alternativ. Det foreligger etter utvalgets vurdering et underdekket behov for klimabehandling av pasienter med psoriasis. Pasientgruppen er stor nok til å sikre et kontinuerlig behandlingsopplegg i utlandet.

Behandlingsinnhold

Etter utvalgets vurdering av opplysninger fra Hudavdelingen ved Rikshospitalet, tilfredsstiller det nåværende behandlingstilbud for pasienter med psoriasis i hovedsak de krav som stilles til behandlingens innhold, men det er et klart

forbedringspotensiale. Det er både uklart hva som er optimal solingsdose, og det synes å være lagt relativt liten vekt på tilpasset fysisk aktivitet.

Retningslinjer for prioritering

For pasienter med psoriasis foreligger allerede skriftlige retningslinjer for prioritering med utgangspunkt i veldefinerte diagnoser (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4), slik dette utvalget anbefaler. Imidlertid er ikke disse kriteriene blitt oppdatert siden programmet startet og brukes bare som basis for utvikling av nye kriteriesett. PASI score (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4), ekstrapoeng for bosted, alder og artrittplager ble innført i 1995. PASI score skulle være et mer objektivt grunnlag for utvelgelse av pasientene og utgjør i dag grunnpilaren i uttaket. Etter ønske fra Psoriasisforbundet ble det også innført tilleggspoeng for førstegangsreisende, pasienter som bodde i perifere strøk med dårlig tilgang til behandling, pasienter med leddplager og pasienter under 30 år (da sykdommen ofte debuterer og det er større behov for å være sammen med «likesinnede»). Dette ble endret noe i 1999. Tilleggspoeng for førstegangsreisende falt bort og bosted endret til avstand fra behandlingssted i Norge. Det ble videre innført tilleggspoeng og minuspoeng utfra individuelle forhold for å justere for urimeligheter dersom bare PASI score ble lagt til grunn.

Utvalget finner det ønskelig at retningslinjene revideres i henhold til punkt 8.3.1-8.3.4.

8.6.2 Forslag til endringer

Dokumentasjon

Utvalget har konkludert med tilfredsstillende dokumentasjon for behandlingssreisereffekt på psoriasis, men vil påpeke at verken langtidseffekt eller optimal varighet på opphold eller optimal solingsdose er undersøkt.

Utvalget ser gjerne at

- Solingsprotokoller forbedres gjennom en kartlegging av strålingsintensiteten i løpet av behandlingssesong med sikte på å undersøke hvilke UVB-doser som pasientene eksponeres for i løpet av en behandlingsperiode.
- Hvilke solingsdoser og varighet av behandling som gir optimal effekt bedømt ved størrelsen og varighet av effekt undersøkes.
- Behandlingseffektens varighet evalueres nærmere, for eksempel ved undersøkelser av objektiv verifiserbar bedring av PASI score og selvrapportert bedret livskvalitet utover seks måneder. Framtidige effektstudier bør inkludere kontrollpasienter som mottar ulike innenlandske behandlingstilbud som inngår i rotasjonsbehandlingen.
- Behandlingens innvirkning på forbruk av medikamenter, samt dens innvirkning på hyppighet av sykmelding evalueres.

Innhold

Utvalget bemerker at ordningen bør tilrettelegges slik at klimabehandlingen inngår som et naturlig del av den totale behandlingsskjede. Samtidig ser utvalget at det er ønskelig med

- Skriftlige retningslinjer for medisinsk behandling, samt kontrollert sol- og sjøbad utformes.
- Større vektlegging av tilpasset fysisk aktivitet i behandlingstilbudet.

- Vurdering av utbedringer vedrørende bostedsforhold under oppholdet.

Retningslinjer for prioritering

Utvalget anbefaler at retningslinjene for prioritering revideres i henhold til punkt 8.3.1-8.3.4. I dette ligger at

- Hudlidelsen skal være diagnostisert av spesialist og bør være av en slik alvorlighetsgrad at pasienten har fast hudlege. Pasientene bør ha en kronisk sykdomsaffeksjon, og ha erfart manglende eller dårlig effekt av annen medisinsk behandling.
- Pasienter med psoriasisatritt bør ikke være tilleggsdiagnose da forekomst av leddplager i søkermassen indikerer at plagene representerer en rekke tilstander som gir muskel- og leddsmerter, uten at dette betyr at de har kroniske artritt.

Henvisningsrutiner gjennomgås i "[Finansiering og organisering](#)" i kapittel 9.

8.7 Programmet for barn og unge med astma, andre kroniske lungesykdommer og atopisk eksem: vurdering og endringsforslag

8.7.1 Hvordan møter dagens tilbud de krav som stilles

Behov

Som vist i "[Behov og etterspørsel](#)" i kapittel 5 er astma en hyppig sykdom blant barn og unge, mens antall barn med andre kroniske lungesykdommer (inklusive cystisk fibrose) er langt lavere enn antall barn med astma. Atopisk eksem er svært hyppig i tidlig barnealder.

Som påpekt i "[Dagens ordning](#)" i kapittel 4 foreligger dokumentasjon på at høyfjellsklima bedrer bronkial hyperreaktivitet og symptomer ved astma, samt at sollysets antiinflammatoriske effekt bedrer både atopisk eksem og andre inflammatoriske hudsykdommer. Det foreligger imidlertid ingen publisert studie av effekt av behandlingsreiser, men en rapport vedrørende barn med astma under utarbeidelse, samt evalueringer av to private prøveprosjekter for barn med atopisk eksem, kan tyde på positiv effekt av behandlingsreiser for barn med astma og atopisk eksem.

Utvalget har i "[Behov og etterspørsel](#)" i kapittel 5 konkludert med et udekket behov for behandlingsreiser blant disse pasientgruppene gitt at behandlingseffekt kan dokumenteres. Som påpekt er utvalgets anslag for behov for behandlingsreiser for disse gruppene forbundet med høy grad av usikkerhet. Behov for behandlingsreiser er ikke absolutt, men må knyttes til prioritering mellom pasientgrupper og tilbud. Utvalget har i sine anslag benyttet estimater på sykdomsforekomst og forekomst av pasienter som antas å ha effekt av klimabehandling, og har korrigert med etterspørselsetall. Utvalget har på denne bakgrunn og med forutsetning av at behandlingsreisens nytte kan dokumenteres konkludert med at om lag 1000 pasienter med astma, lungesykdommer og atopisk eksem kan ha behov for behandlingsreiser årlig.

Selv om behandlingsreiseordningen kun omfatter de mest alvorlig syke, vil dagens dimensjonering av ordningen innebære at behandlingsreiser ikke kan inngå som et planmessig behandlingsalternativ for disse barna.

Behandlingsinnhold

Sykdomsgruppene astma og allergi har mange fellestrekk, og mange pasienter lider både av astma og eksem. Hvilken behandlingsreisetype pasienten henvises til kan av og til være tilfeldig.

For gruppene astma og kroniske lungesykdommer bør oppholdet inneholde både evaluering av sykdommen og revurdering av medikamentell behandling i relasjon til behandlingsopphold og klimaeffekt. Den medikamentelle behandling bør kontinuerlig vurderes under oppholdet. Dette inkluderer undersøkelse av lungefunksjon. Vurdering av bronkial hyperreaktivitet ved hjelp av tredemølle og samtidig vurdering av anstrengelsestoleranse (anstrengelsesutløst astma) bør skje ved oppholdsstart - og igjen ved avslutning for vurdering av oppholdets effekt.

For disse pasientene er deltagelse i fysisk aktivitet og lek viktig, og oppholdet bør være lagt opp med henblikk på tilpasset fysisk aktivitet. For kronisk obstruktive pasienter bør det være daglig slimmobilisering. Også praktisk opplæring i form av opplæring i inhalasjonsteknikk, sykdomsmestring og kunnskap om sykdommene kan inngå.

Pasienter med atopisk eksem bør gis planmessig smøring med adekvate salver og kremer. Videre bør det legges opp et program for planmessig solbehandling og bruk av sjøbad. For pasienter med atopisk eksem som også har astma, bør tilsvarende sikkerhetsrutiner som for astmapasienter foreligge. Dette dekkes av det etablerte opplegg ved behandlingsreiser.

Behandlingsinnholdet er evaluert på grunnlag av muntlige opplysninger fra Voksentoppen og synes tilfredsstillende.

Utvalget er kjent med at det er reist spørsmål om noen barn med meget alvorlig astma og nedsatt funksjonsevne kan tenkes å ha behov for langvarige opphold i et varmt og stabilt tørt klima. Utvalget anbefaler at behandlingseffekten ved opphold av ulik varighet undersøkes slik at optimal behandlingsslengde for pasienter med ulik sykdomsgrad kan bestemmes. Utvalget forutsetter at behandlingsreiser omhandler en tidsbegrenset innleggelse i institusjon. Opphold i utlandet av flere måneders varighet vurderes ikke å falle inn under ordningen, og dette spørsmålet er ikke vurdert av utvalget.

Retningslinjer for prioritering

For pasienter med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem foreligger allerede skriftlige retningslinjer for prioritering med utgangspunkt i veldefinerte diagnoser, slik dette utvalget anbefaler. Imidlertid finner utvalget at det er ønskelig med revisjoner i henhold til punkt 8.3.1-8.3.3.

Henvisningsrutiner gjennomgås i "*Finansiering og organisering*" i kapittel 9.

8.7.2 Forslag til endringer

Utvalget finner det vanskelig å vurdere effekt av behandlingstilbudet for barn med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Utvalget anbefaler at programmet fortsetter, men fastslår at denne delen av ordningen ikke er evaluert med de krav til dokumentasjon som utvalget stiller.

Dokumentasjon

Det foreligger en evaluering av behandlingsreiser for pasienter med astma hvis foreløpige resultater er meddelt utvalget, samt resultater fra to private prøveturer for pasienter med atopisk eksem. Undersøkelsene sannsynliggjør kortvarig behandlingseffekt for begge grupper (jfr "*Dagens ordning*" i kapittel 4). Utvalget mener imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig dokumentasjon og foreslår derfor at programmet evalueres med de krav til dokumentasjon som er foreslått i 8.2.3. Utvalget anbefaler at det foretas en evaluering med sikte på å gjennomgå faglig innhold, samt å dokumentere effekt på kort og lang sikt. Evalueringen bør inkludere en sammenliknende studie av kontrollpasienter som mottar innenlandsk behandling for eksempel i høyfjellsklima. Det anbefales videre at effekt og kostnad ved opphold av ulik varighet studeres. Evalueringen bør gjennomføres innen september 2001.

Når evalueringen foreligger bør ordningen revurderes.

Retningslinjer for prioritering

Gitt at effekt kan dokumenteres, bør ordningen omfatte barn og unge med diagnostisert astma bronkiale med alvorlighetsgrad tilsvarende astma grad IV-V (unntaksvis grad III), andre grunnsykdommer som medfører kronisk obstruktiv lungesykdom av betydelig alvorlighetsgrad, samt atopisk eksem med kroniske hudforandringer i form av lichenisert fortykket hud, kloringsmerker og skorpedannelse, samt tegn på atrofiske hudforandringer. Pasienter med svært alvorlig sykdom som kan innebære risiko for akutte og livstruende anfall og forverrelser (for eksempel allergisjokk), bør av sikkerhetsgrunner ikke delta i ordningen.

8.8 Vurdering av nye pasientgrupper

8.8.1 Generelle retningslinjer for vurdering av nye pasientgrupper

Det anbefales at beslutninger om å utvide ordningen bør tas på grunnlag av dokumentasjon av effekt av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima for gitte diagnosegrupper. For å skaffe slik dokumentasjon, foreslår utvalget at nye pasientgrupper vurderes gjennom en prøveordning som er finansiert særskilt og utenom den ordinære bevilgning til behandlingsreiseordningen. Utvalget anbefaler at følgende krav skal være oppfylt for å komme i betraktning som prøvegruppe:

- Det skal foreligge en diagnostisert somatisk, kronisk sykdom som er så utbredt at behandlingsreiser kan gi et permanent og kontinuerlig tilbud, og hvis pasientgruppe er av en slik størrelse at kontrollerte effektstudier kan gjennomføres.
- Det skal foreligge en medisinsk begrunnet antakelse om at behandlingssreise kan gi nytte. Med nytte menes i denne sammenheng en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling.
- Det forutsettes at pasientene som omfattes av prøveordningen tåler reisen, samt at det ut fra sykdommens alvorlighet og medikamentbruk er medisinsk forsvarlig å gi behandlingsopphold i utlandet slik at forverring unngås.

- Det skal være sannsynlig at kostnadene ved behandling i utlandet står i rimelig forhold til forventet effekt for diagnosegruppen som sådan.

Det vises til en nærmere omtale av søknadsprosedyre i "[Finansiering og organisering](#)" i kapittel 9.

8.8.2 Utvalgets vurdering av nye pasientgrupper

I mandatet er utvalget bedt om å vurdere hvorvidt ordningen for behandlingssreiser bør omfatte flere grupper enn hva som er tilfellet i dag (jfr "[Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid](#)" i kapittel 1). Utvalget er kjent med at mange pasientgrupper ønsker et behandlingstilbud i varmt klima. I denne sammenheng valgte utvalget å henvende seg til paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) for å kartlegge om noen av deres tilsluttede pasientforeninger ønsket å komme i betraktning for behandlingsreiser til utlandet (Vedlegg 1). Utvalget mottok svar fra flere foreninger. Svarene kommenteres nedenfor.

I tillegg har utvalget vurdert pasientgruppen fibromyalgi da denne gruppen er tallmessig av stor betydning og fordi mange av pasientene via sin pasientorganisasjonstilhørighet er oppfattet som revmatikere.

Utvalget har gjort en vurdering av henvendelsene med utgangspunkt i kravet om at det skal foreligge en medisinsk begrunnet antakelse om pasientgruppens nytte av behandlingsreisetilbudet. Som tidligere anført innebærer dette at det er sannsynlig at det vil kunne dokumenteres positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima som varer minst tre måneder etter endt behandling.

Utvalget ønsker å presisere at vurderingen av nye grupper har vært vanskelig. For det første er få pasientgrupper i det hele tatt medisinsk evaluert med tanke på eventuelle effekter av kombinasjonen medisinsk og fysikalsk behandling og varmt og solrikt klima. For det andre er vår generelle kunnskap om klimabehandlingens virkningsmekanismer mangelfull, og vurderingen om hvilke pasientgrupper som kan tenkes å ha nytte av slik behandling blir derfor vanskelig. Utvalget vil også understreke at de angitte vurderinger er basert på tilgjengelig dokumentasjon, og at anbefalingene derfor bør revurderes hvis nye opplysninger, forskning og erfaringer bringes tilveie. Det tas forbehold om at utvalget bygger sine anbefalinger på utvalgets egen medisinske ekspertise. Det har ikke vært anledning til å innhente eksterne medisinskfaglige synspunkter.

8.8.2.1 Pasientgrupper som allerede er omfattet av prøveordninger

Pasientgruppene poliomyelitt og muskelsyke, herunder amyotrofisk lateralsklerose, er allerede omfattet av ulike prøveordninger. Under omtales hver gruppe for seg. Utvalget finner det imidlertid naturlig å avvente en vurdering av prøveprosjektene for disse gruppene før det trekkes noen konklusjon om hvorvidt disse gruppene skal anbefales omfattet av behandlingsreiseordningen.

Poliomyelitt

Pasientgruppen omfatter personer med senskader etter poliomyelitt. Senskadene skyldes angrep på perifere nerver med tilhørende funksjonssvikt i respektive muskelgrupper. Ingen kurativ behandling er kjent. På grunn av effektiv vaksinerings er antallet nye tilfeller med aktiv infeksjon svært få, og det ventes derfor få tilfeller i fremtiden av pasienter med senskader.

Landsforeningen for polioskadde søkte Sosial- og helsedepartementet om å bli vurdert for behandlingsreiser til utlandet i desember 1994. Søknaden ble avslått. Ny søknad ble fremmet i 1997, men også denne ble avslått. Det ble imidlertid planlagt en prøvegruppe i 1999 som skal evalueres i år 2000 (jfr 4.4.2).

I brev fra pasientforeningen til utvalget ble det påpekt at behandlingstilbudet for denne pasientgruppen innenlands ikke er optimalt tilrettelagt. Spesielt ble det vektlagt at opphold ved spesielle helseinstitusjoner som Beitostølen helsesportsenter krever at pasienten i stor grad er selvhjulpen, hvilket i mange tilfeller vil ekskludere pasienter med polioskade. Pasientforeningen argumenterte for at behandling i varmt klima vil bedre pasientenes livskvalitet og bedre mulighetene for å gjennomføre aktiv muskeltrening.

Utvalget mener at en vurdering av pasientgruppens egnethet for behandling i utlandet bør avvantes inntil prøveprosjektet er evaluert. Utvalget anbefaler at prøveordningen evalueres etter de retningslinjer som er gitt i utvalgets innstilling.

Muskelsyke

Foreningen for Muskelsyke representerer mange ulike diagnoser innenfor de nevromuskulære sykdommene. Fordelt på minst 125 forskjellige diagnoser regner en at det finnes opp til 6000 muskelsyke totalt sett i Norge. Et fellestrekk er at muskelfunksjonen er svekket og at sykdommen i de fleste tilfeller er progredierende.

Det er i 1999 igangsatt et pilotprosjekt i regi av Sosial- og helsedepartementet for tre av diagnosegruppene, Limb Girdle, SMA type III og amyotrofisk lateralsklerose (ALS) (jfr 4.4.2). Det skal igangsettes et oppfølgende prøveprosjekt for gruppen nevromuskulære sykdommer i 2000.

I brev fra pasientforeningen til utvalget vektla pasientforeningen at fysikalsk behandling i gunstig klima vil kunne medføre økt funksjonsnivå for pasientene. I følge pasientens egne erfaringer vil bedret funksjonsnivå bestå i lang tid etter behandlingsoppholdet. Videre ble det anført at effekten av denne type behandling vil være størst hvis tilbudet gis i vinterhalvåret.

Utvalget mener at en vurdering av pasientgruppens egnethet for behandling i utlandet bør avvantes inntil prøveprosjektet er evaluert. Utvalget anbefaler at prøveordningen evalueres etter de retningslinjer som er gitt i utvalgets innstilling.

Amyotrofisk lateralsklerose

Som nevnt over, er det igangsatt et pilotprosjekt for pasienter med amyotrofisk lateralsklerose i regi av Sosial- og helsedepartementet. Utvalget er forelagt en korrespondanse mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens Helsetilsyn og overlege/professor II Ole-Bjørn Tysnes, Nevrologisk avdeling, Haukeland Sykehus. Professor Tysnes har her konkludert med at behandlingssreiser verken har dokumentert effekt eller at det er sannsynlig at slik effekt kan forventes for denne pasientgruppe.

Utvalget mener at en vurdering av pasientgruppens egnethet for behandling i utlandet bør avvendes inntil prøveprosjektet er evaluert. Utvalget anbefaler at prøveordningen evalueres etter de retningslinjer som er gitt i utvalgets innstilling.

8.8.2.2 Pasientgrupper som ikke er omfattet av prøveordninger i dag

Cerebral parese

Foreningen for pasienter med cerebral parese omfatter pasienter med permanente hjerneskader hvor symptomene ofte domineres fra bevegapparatet. Cerebral parese kan være kombinert med andre nedsatte funksjoner som språkforsinkelser, lærevansker, sansedefekter, epilepsi og adferdsproblemer. Pasientforeningen angir at det er om lag 6000 pasienter med cerebral parese i Norge.

Pasientforeningen anførte i brev til utvalget at en i Sverige har hatt positive erfaringer med klimabehandling for pasienter som har nevrologiske sykdommer/skader. Foreningen argumenterte for at disse erfaringene kan overføres til pasientgruppen cerebral parese.

Etter utvalgets kjennskap foreligger hittil ingen vitenskapelig dokumentasjon av effekten av behandling i gunstig klima for denne pasientgruppe, og utvalget kan ikke ut fra tilgjengelig dokumentasjon finne en medisinsk begrunnelse for å anta at effekt av medisinsk og/eller fysikalsk behandling vil være større i varmere klima enn i det norske for denne gruppen.

Utvalget vil påpeke at gruppen med cerebral parese er en sammensatt pasientgruppe. Spennvidden i skade- og sykdomsalvorlighet antas å være stor. En må regne med betydelig variasjon i skade- og sykdomsmanifestasjoner. Utvalget ser at voksne/eldre personer med cerebral parese kan sammenliknes med post polio-gruppen som allerede er i gang med prøveprosjekt, men kan ikke utfra dagens kunnskap anbefale at det igangsettes en prøvegruppe for pasienter med cerebral parese. Imidlertid vil erfaringer fra prøveprosjektet med post-poliopasienter kunne ha betydning for vurderingen av pasienter med cerebral parese sin egnethet for klimabehandling.

Multipel sklerose

Multipel sklerose er en nevrologisk sykdom som angriper nervefibrene innen sentralnervesystemet. Tilstanden er ikke sjelden, og det antas en befolkningsforekomst på 7-8000 pasienter. Alvorlighetsgraden spenner fra de helt milde tilfeller uten vesentlig funksjonshemming til invalidiserende sykdom og avkortet livslengde.

I brev fra foreningen for pasienter med multipel sklerose vektla foreningen de positive erfaringer medlemmer har gjort ved opphold i varmere strøk.

Utvalget har vurdert en svensk rapport om utenlandsbehandling av pasienter med multipel sklerose (1). Utvalget finner det sannsynlig at pasientgruppen profitterer på fysikalsk behandling og rehabilitering. Imidlertid kan ikke utvalget utfra tilgjengelig dokumentasjon finne en medisinsk begrunnelse for å anta at klimabehandling skulle ha spesifikk innvirkning på sykdomsforløp og symptomatologi. På dette grunnlag kan ikke utvalget anbefale at det iverksettes en prøvegruppe for disse pasientene foreløpig.

Fibromyalgi

Fibromyalgipasienter utgjør en gruppe pasienter med generaliserte smerter i muskelskjelettsystemet og uttalt tretthet hvor det i dag ikke kan påvises spesifikke sykdomsårsaker (2). Det er både en klinisk erfaring og en dokumentert sammenheng mellom klimatiske forhold og pasientens opplevelse av smerte, stivhet og tretthet. Det er imidlertid ikke dokumentert noen årsaksmessig sammenheng mellom klimatiske forhold og utvikling av fibromyalgi.

Den type fysikalsk behandling en vil anbefale slike pasienter er heller ikke en intens behandling slik et fire ukers behandlingsreiseopphold er tenkt å gi. Pasienter med fibromyalgi anbefales en gradvis opptrening over lang tid. Effekten av denne type behandling er også meget variabel.

Utvalget finner utfra tilgjengelig dokumentasjon at pasientgruppen egner seg for gradvis fysikalsk opptrening, men at det ikke foreligger medisinsk begrunnet antakelse om at klimabehandling skulle kunne gi spesifikke effekter på sykdomsprosess og sykdomsutvikling. Utvalget kan derfor ikke anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen.

Slag

Slagrammede utgjør en stor gruppe pasienter. Hjerneskaden fører til at pasientene mister kontroll over muskelfunksjon med følgende halvsidig lamelse og forstyrrelser i talefunksjon og mentale funksjoner. Alvorlighetsgraden spenner fra de helt milde tilfeller uten vesentlig funksjonshemming til invalidiserende sykdom. Disse pasientene gis i økende grad et akutt tilbud ved landets sykehus.

I brev til Sosial- og helsedepartementet fra Landsforeningen for Slagrammede av 10.01.1999 framgikk det at slagpasienter har god effekt av fysisk aktivitet og at daglig trening bedrer livskvaliteten og hindrer stivhet i ledd og muskler.

Utvalget finner at pasientgruppen egner seg for fysikalsk opptrening, men utfra tilgjengelig dokumentasjon om denne sykdommen kan ikke utvalget finne at det foreligger medisinsk begrunnet antakelse om at klimabehandling skulle innvirke på behandlingsresultatet. Utvalget kan derfor ikke anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen.

Trafikkskader

Landsforeningen for trafikkskadde har vært i drift siden 1984. Foreningen anførte i sin henvendelse til utvalget en forekomst av trafikkskadde per år til 50 000 pasienter i Norge. I 1998 arrangerte pasientforeningen en helsetur til Igaloinstituttet i Montenegro for 30 medlemmer. I følge pasientforeningen var erfaringene med behandlingsoppholdet gode. Pasientforeningen betonte de positive effekter av bedre muligheter for å gjennomføre fysikalsk opptrening og av mulighet for samvær med personer i liknende situasjon.

Det er ikke kjent hvor mange trafikkskadde som har en funksjonsreduksjon som ville være egnet for fysikalsk behandling. Utvalget antar at et betydelig antall kan ha behov for spesialisert rehabilitering som gis ved innenlandske institusjoner som Beitostølen og Valnesfjord helsesportsentre, samt Sunnaas sykehus. Utvalget kan imidlertid ikke finne at det utfra tilgjengelig dokumentasjon foreligger medisinsk begrunnelse for å anta at klimabehandling skulle kunne gi spesifikke behandlingsgevinster. Utvalget kan derfor ikke anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen.

Lungesykdommer

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke omfatter pasienter med flere ulike hjertesykdommer og kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS). I brev til utvalget fra pasientforeningen ble det referert til de mange gode erfaringer pasienter med kroniske lungesykdommer har hatt med opphold i syden. Særlig ble det vektlagt at norske vintermånedene ofte er ille for slike pasienter.

Utvalget er ikke blitt forelagt dokumentasjon eller medisinsk begrunnelse for at behandling i varmt klima har effekter utover det som kan oppnås ved optimalisering av behandling og rehabilitering i Norge. Det kan påpekes at det på den annen side ikke foreligger dokumentasjon på at behandlingsopphold ikke har effekt. Utvalget kan imidlertid ikke anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen utfra tilgjengelig dokumentasjon.

Immunsvikt

Gruppen av pasienter med immunsvikt består av pasienter med ulike sykdomsdiagnoser. Det dominerende trekk ved sykdommene er nedsatt forsvar overfor infeksjoner, mens svikt i bevegelsesapparatet ikke er noen dominerende sykdomsmanifestasjon. I følge foreningen for pasienter med immunsvikt er det registrert 317 pasienter med immunsviktsykdommer i Norge. 100 av disse er barn.

I brev fra Norsk Immunsviktforening til utvalget fremgikk det at mange av pasientene med immunsviktsykdommer utvikler immunologiske og revmatiske sykdommer. Det ble anført at disse pasientene vil kunne ha nytte av behandlingsreiser på linje med pasienter som deltar i programmet for revmatiske sykdommer. Det ble videre referert til brev fra enkeltpasienter som beretter om bedret livskvalitet etter opphold i varmt klima.

Utvalget anbefaler at pasienter med immunsviktsykdommer som også har artritt eller lungesykdom vurderes innenfor de programmer ordningen allerede omfatter. Utvalget finner imidlertid ikke medisinsk begrunnelse for at kombinasjonen medisinsk behandling og/eller fysikalsk behandling og klimabehandling vil ha nytteverdi overfor denne sykdomsgruppe generelt. Utvalget bemerker forøvrig at denne pasientgruppen vil kunne ha økt infeksjonsrisiko, hvilket kan få negative følger for denne pasientgruppen ved utenlandsreiser. Utfra dagens kunnskap om immunsviktsykdommer kan ikke utvalget anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen.

Søvnsykdommer

Foreningen for pasienter med søvnsykdommer teller omkring 500 medlemmer, hvorav de fleste har en form for søvnforstyrrelse som narkolepsi, forsinket søvnfasesyndrom og søvnapne.

I brev fra Foreningen for Søvnsykdommer til utvalget ble det anført at dagslys har en svært positiv virkning på personer med søvnsykdommer da disse pasientene er mer slitne og uopplagte om høsten og vinteren, og bedre vår og sommer. Foreningen argumenterte for at opphold i varmere klima vil kunne ha en direkte positiv effekt på pasientenes evne til å fungere i hverdagen.

Utvalget finner ikke at det foreligger noen faglig medisinsk begrunnet antakelse for at medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med gunstig klima vil ha positiv effekt på sykdommens forløp og symptomer. Utfra

dagens kunnskap om søvn sykdommer kan ikke utvalget anbefale at det settes i gang en prøveordning for denne gruppen.

Andre grupper

Utvalget har i tillegg mottatt brev fra en forening for pasienter med lymfødem, samt fra en eldre forening som ønsker tilbud til eldre. Utvalget finner at henvendelsene ikke møter de krav utvalget stiller for å komme i betraktning til behandlingsreise da det er anbefalt at tilbudet om behandlingsreiser skal være diagnospesifikt.

8.8.3 Andre henvendelser

Utvalget har mottatt flere henvendelser fra Smerteterapi A/S. Smerteterapi A/S gir tilbud til pasienter med vedvarende smerter. Denne gruppen pasienter omfatter pasienter som opplever kronisk smerte av svært varierende kjente årsaker, og pasienter som opplever kronisk smerte av ukjent årsak. Smerteterapi A/S har rapportert resultater fra to grupper med pasienter behandlet i Porto Santo. Gruppene besto av henholdsvis 10 og 15 pasienter med Bekhterevs sykdom, fibromyalgi, nakkeslengskade og ryggplager uten nærmere diagnostisk presisering.

Utvalget finner at evalueringen ikke tilfredstiller de krav en anbefaler til slike undersøkelser. Gruppene var små, sammensatt av meget forskjellige medisinske tilstander, uten kontrollgruppe og uten angivelse av utvalgsriterier og resultater av objektive målinger. Eventuelle behandlingseffekter bør evalueres for pasientgrupper som er tilfredstillende diagnostisk homogene hva gjelder medisinsk diagnose.

Utvalget har også mottatt en henvendelse fra Scandinavian Rehab Center som har søkt departementet om godkjennelse som nytt behandlingssted. I henvendelsen refereres det til at utvalget i henhold til mandatet skal vurdere den direkte utvelgelse av geografisk egnede steder. Dette medfører ikke riktighet, og utvalget finner at vurderingen av hvorvidt Scandinavian Rehab Center bør anbefales som nytt behandlingssted faller utenfor utvalgets mandat.

Referanser

1. Hafstrom I, Hellgren M. Reumatiker. I Johansson I: Utvardering av rehabilitering utomlands. Stockholms län landsting 1998:7-17.
2. Gran JT. Årsaksforhold ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113:2799-800.

8.9 Sammenfatning

Utvalget anbefaler at behandlingstilbudet i behandlingsreiseordningen bør være en kombinasjon av medisinsk og/eller fysikalsk behandling og opptrenning etter norske standarder i stabilt, tørt, varmt og solrikt klima. Behandlingsopplegget bør være skriftlig nedtegnet og godkjent av norsk medisinsk faglig eksepertise. Som et supplement kan tilbudet omfatte undervisning og veiledning. Tilbudet bør ikke omfatte medisinsk utredning, diagnostisering, iverksetting av ny medisinsk behandling, rehabilitering av spesielt sammensatte eller komplekse tilstander, eller psykososial rehabilitering. Imidlertid skal tilbudet gi rom for supplering og justering av behandlingsopplegget.

Gjennomgangen av dagens ordning har vist at det bør utarbeides generelle krav til sikkerhet i forbindelse med reise og opphold, samt spesifikke medisinske sikkerhetskrav for hver sykdomsgruppe. Utvalget foreslår videre at det utarbeides et system for kvalitetssikring av tilbudet som for andre norske helseinstitusjoner. Videre anbefales at tilbudets innhold og omfang, personellens kompetanse, samt de bygningsmessige forhold på behandlingsstedene gjennomgås som spesifisert i 8.5-8.7.

Det anbefales at behandlingsreise kun tilbys pasientgrupper som har en diagnostisert somatisk, kronisk sykdom som innebærer et vedvarende og gjentatt behov for et supplerende tilbud. Det skal være dokumentert at pasientgruppen har nytte av tilbudet. Med nytte menes i denne sammenheng en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet av medisinsk og/eller fysikalsk behandling i kombinasjon med varmt og solrikt klima. Effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling. Symptomlindring og/eller funksjonsbedring og/eller generell bedring av allmenntilstanden som antas forårsaket av rekonvalesens, fritidsaktivitet og endring av sosiale omgivelser, defineres i denne sammenheng ikke som behandlingseffekt. Som dokumentasjon bør det foreligge minst to separate vitenskapelig akseptable undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Undersøkelsene bør være kontrollerte. De skal videre være publisert i tidsskrift med referee, eller vurdert etter tilsvarende faglige krav.

Pasientgruppen bør være stor nok til at behandlingsreise kan gjennomføres på permanent og kontinuerlig basis slik at tilbudet blir kvalitativt tilfredsstillende og slik at evaluering kan gjennomføres. Behandlingsreiser bør tilbys pasientgrupper for hvilke behandlingsreiser er mer gunstig enn innenlandske tilbud ved en vurdering av forholdet mellom tiltakenes effekt og kostnader. Utvalget anbefaler at det utføres en kostnads-effektivitetsanalyse av tilbudet.

Pasienter med diagnose som tilfredsstiller disse kravene kan tilbys behandlingsreise gitt at de er moderat til alvorlig syke. Alvorlighetsgrad må veies i forhold til kravet om effekt. Det antas at pasienter hvis tilstand er lite alvorlig og pasienter med svært alvorlig sykdom har liten effekt av tilbudet. Utvalget anbefaler at kriterier for prioritering til de enkelte program gjennomgås etter de retningslinjer som er gitt i punktene 8.3.1-8.3.4, samt i 8.5-8.7.

Det foreslås at inntak av nye grupper vurderes på bakgrunn av prøvegrupper. For å komme i betraktning som prøvegruppe bør det foreligge en medisinsk begrunnet antakelse om nytte for pasientgruppen. Det forutsettes at krav til somatisk diagnose, kronisitet og størrelse er tilfredsstillt. Prøvegruppens formål skal være å dokumentere effekt av tiltak i kombinasjon med varmt og solrikt klima som vedvarer minst tre måneder, og der kostnadene står i rimelig forhold til effekten. Dokumentasjon skal tilfredsstille kravene til vitenskapelighet og publisering. Kan det dokumenteres effekt, bør gruppen omfattes av ordningen på fast basis. Finansiering og organisering av prøveprosjekter omtales nærmere i "[Finansiering og organisering](#)" i kapittel 9.

Utvalget har gjennomgått henvendelser fra flere pasientforeninger. Utvalget presiserer at vurderingen er vanskelig på grunn av generell mangelfull kunnskap om klimabehandlingens virkningsmekanismer. Vurderingene bygger på nåværende kunnskap, og bør revurderes hvis nye opplysninger kan framlegges.

Utvalget anbefaler at en vurdering av grupper som allerede er omfattet av ulike prøveordninger avventes til prøveprosjektene er evaluert. Dette gjelder

gruppene poliomyelitt og muskelsyke, herunder amyotrofisk lateralsklerose. Utvalget har videre vurdert gruppene cerebral parese, multipel sklerose, fibromyalgi, slag, trafikkskader, lungesykdommer, immunsvikt og søvnforstyrrelser. Utvalget kan ikke anbefale at det iverksettes prøveordninger for noen av disse gruppene utfra tilgjengelig dokumentasjon.

Videre er henvendelser fra pasienter med lymfødem og en eldreforening vurdert. Utvalget finner at henvendelsene ikke møter de krav utvalget stiller for å komme i betraktning til behandlingsreise, da det er anbefalt at tilbudet om behandlingsreiser skal være diagnospesifikt.

Utvalget har mottatt flere henvendelser fra Smerteterapi A/S som gir tilbud til pasienter med vedvarende smerter. Utvalget er bedt om å vurdere om et slikt tilbud bør omfattes av ordningen på grunnlag av en evaluering. Utvalget finner at evalueringen ikke tilfredstiller de krav en anbefaler til slike undersøkelser.

Kapittel 9

Finansiering og organisering

Både finansiering, organisering og administrasjon av behandlingsreiseordningen framstår som resultat av en praksis som er historisk betinget og som er vokst fram mer eller mindre tilfeldig (jfr "[Behandlingsreiser til utlandet - historikk](#)" i kapittel 3). I dette kapitlet diskuteres hvorvidt behandlingsreiseordningen fortsatt bør være finansiert som en statlig tilskuddsordning. Deretter gjennomgås ordningens organisering og administrasjon.

9.1 Ulike modeller for finansiering

9.1.1 Statlig finansiering av ordningen*Tilskudd over egen post på statsbudsjettet*

Som beskrevet i "[Dagens ordning](#)" i kapittel 4 er dagens ordning en rammebevilgning som forvaltes av Seksjon for behandlingsreiser ved Revmatologisk Avdeling, Rikshospitalet. Tilskuddet utbetales til Rikshospitalet over statsbudsjettets kap 0739 Andre utgifter, post 70 Behandlingsreiser til utlandet. Midlene fordeles mellom programmer og behandlingsinstitusjoner etter Stortingets forutsetninger. Utbetalingene til institusjonene som forestår behandlingen skal skje i henhold til kontrakt for behandlingsopphold på grunnlag av faktura.

Rikshospitalet skal påse at pasienter som søker om behandlingsopphold tilfredsstiller søkerkriterier og at utbetalinger til behandlende institusjoner er i samsvar med faktura. Rikshospitalet skal rapportere til Sosial- og helsedepartementet med regnskap og rapport, samt gi en prognose for årsforbruk. Departementet har myndighet til å omdisponere et rapportert mindreforbruk til andre poster.

Tilskudd over egen post på trygdebudsjettet

Behandlingsreiseordningen kan i prinsippet utformes som en tilskuddsordning finansiert over statsbudsjettet eller over trygdebudsjettet. Innholdsmessig kan det synes rimelig å sammenlikne behandlingsreiseordningen med de spesielle helseinstitusjonene. Disse er finansiert over trygdebudsjettet (statsbudsjettets kap 2711 Diverse tiltak i fylkeshelsetjenesten mv, post 78 Tilskudd til Beitostølen, m fl). Ordningen omfatter tilskudd til ikke-regionaliserte institusjoner som er godkjent etter bestemmelsene i sykehuslovens §1, 2. ledd: «Loven gjelder også rekonvalensenthjem og etter Kongens bestemmelse andre helseinstitusjoner, herunder kursteder, daginstitusjoner og private forpleiningssteder».

Rikstrygdeverket forvalter tilskuddet og har ansvar for de administrative oppgaver. Tilskuddet ytes som bidrag til opphold etter fastsatte kurdøgnpriser, samt til reiseutgifter etter hjemmel i folketrygdlovens §5-22. Virksomhetene som mottar midlene har et selvstendig ansvar for at midlene brukes i tråd med forutsetningene.

Den enkelte helseinstitusjon sender budsjettforslag til Sosial- og helsedepartementet, som igjen utarbeider tildelingsbrev der både kurpris og antall kurdøgn skal inngå. Departementet sender en samlet tilskuddsoversikt til

Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket underretter de respektive oppgjørstrygdekontorer. Den enkelte helseinstitusjon sender refusjonkrav ut fra antall kurdøgn og kurdøgnpriser til oppgjørstrygdekontorene, som så foretar etterskuddsvis utbetaling. Det lokale trygdekontor der den spesielle helseinstitusjonen er lokalisert, regnes som oppgjørstrygdekontor.

Den spesielle helseinstitusjon skal avgi årsmelding og regnskap til departementet med kopi til Rikstrygdeverket.

9.1.2 Fylkeskommunal finansiering av ordningen

Hovedtyngden av statlige tilskudd til kommunesektoren overføres som ramme og fordeles etter såkalte objektive kriterier. Statlig tilskudd til behandlingsreiser kan legges inn som en del av det generelle rammetilskuddet. En slik finansieringsform innebærer at fylkeskommunene fritt kan benytte ekstramidlene til de tjenester de måtte ønske, og kan kjøpe tjenester fra behandlingsreiseordningen eller benytte andre tilbud. Utvalget ser en fare i at ressursbruk vris til egne eller andre innenlandske tilbud for de aktuelle gruppene, eller vris til tilbud for andre grupper.

Bruk av øremerkede tilskudd kan være et middel til å sikre at det statlige tilskuddet faktisk går til det området staten ønsker. Som Rattsutvalget påpekte i NOU 1996:1 kan bruk av øremerkede tilskudd ha en rekke uheldige sider: det kommunale selvstyret svekkes, ressursbruken vris i retning av de tjenester staten subsidierer, makroøkonomisk styring vanskeliggjøres, inntektsrammen blir uforutsigbar og fordelingsprosedyren kostbar.

9.1.3 Konklusjon

Etter utvalgets mening er det tre hensyn som kan tale mot statlig finansiering av ordningen. Dette gjelder for det første hensynet til effektiv bruk av tilbudet. Mens primærleger og spesialister på kommunalt og fylkeskommunalt nivå i stor grad definerer bruk av behandlingsreiseordningen, finansieres tilbudet dels av staten og dels av pasientene. Dette innebærer at fylkeskommunene og kommunene har få insitamenter til målrettet bruk, hvilket over tid kan resultere i et større antall søknader til behandlingsreiseordningen enn ønskelig utfra ordningens målsetning.

For det andre kan statlig finansiering gi få insitamenter til lokal utbygging av tilbudet til de aktuelle gruppene, i det pasientene i noen grad får dekket sitt behandlingsbehov gjennom ordningen. For det tredje kan statlig finansiering bidra til manglende integrering av behandlingsreiser i det øvrige fylkeskommunale tilbudet for de aktuelle pasientgruppene. Dette kan resultere i manglende ivaretagelse av hensynet til et helhetlig samlet behandlingsopplegg for den enkelte pasient.

Å overføre finansieringsansvar til fylkeskommunene vil kunne sikre mer effektiv ressursutnyttelse, bedre koordinering av tilbudene til de aktuelle pasientgruppene og bidra til at behandlingsreiser blir en del av det ordinære tilbudet til disse gruppene.

Imidlertid mener utvalget at variasjon i fylkeskommunal økonomi og ulikhet i det kommunale/fylkeskommunale behandlingstilbudet for de aktuelle pasientgruppene kan innebære en skjevfordeling av behandlingsreisetilbudet hvis fylkeskommunene overtar finansieringsansvaret for ordningen. I tillegg er det ønskelig med en stabil tilstrømning av pasienter innenfor de ulike programmene for å ha en effektiv og forutsigbar administrasjon av tilbu-

det og for å sikre et kontinuerlig behandlingstilbud ved de utenlandske institusjonene. Dette kan være vanskelig å oppnå ved fylkeskommunalt uttak. Utvalget anbefaler derfor at ordningen fortsetter som en statlig tilskuddsordning. Utvalget anbefaler videre at både faglig og administrativt ansvar for tilskuddsordningen tillegges en og samme tilskuddsforvalter, og vurderer det hensiktsmessig at tilskuddet fortsatt gis over egen post på statsbudsjettet.

9.2 Egenbetaling

Skattefinansiering er den grunnleggende finansieringsform for helsetjenester. Begrunnelsen har vært at belastningen ved å være syk ikke skal økes ved at personen også påføres store økonomiske belastninger. Pasienter med kroniske sykdommer har ofte lav inntekt og store utgifter på grunn av sine helseproblemer. Egenbetaling innebærer at jo mer en benytter helsevesenet, desto mer betaler en sammenlagt. Egenbetaling kan derfor resultere i mindre samlet innsparing enn forventet, en annen sammensetning av tjenesteforbruket enn forventet og uønsket mindreforbruk for lavinntektsgrupper.

Det har imidlertid alltid vært innslag av egenbetaling i det norske helsevesen. Egenbetaling kan ses dels som et virkemiddel for å øke statens inntekter og dels som en rasjoneringsmekanisme - som et alternativ til administrativ rasjonering av tjenester der det oppstår kø. Dette skyldes at noen vil unnlate å etterspørre tjenesten når egenbetaling pålegges eller økes.

Egenbetalingsordningene er som regel utformet som generelle ordninger som i stor utstrekning er regulert av staten. Det er store variasjoner i egenandeler mellom ulike typer av tilbud som gis de aktuelle kronikergruppene. For eksempel har opptreningsinstitusjonene og behandlingsreiser egenbetaling, mens dette ikke gjelder de spesielle helseinstitusjonene eller sykehus tilbudet og andre fylkeskommunale institusjoner som tilbyr medisinsk rehabilitering, opptrening eller etterbehandling. Forskjellene kan dels ha historiske årsaker, og dels skyldes de tilfeldigheter.

Argumenter som taler for egenbetaling i behandlingsreiseordningen er etter utvalget oppfatning følgende:

- Egenbetaling er allerede innført.
- Gitt konstant kurdøgnpris og bevilgning over statsbudsjettet, vil tilbudet kunne omfatte flere pasienter ved et innslag av egenbetaling enn hvis egenbetaling bortfaller.
- Egenbetaling kan skape en opplevelse av et «kundeforhold», hvilket kan gjøre det lettere å stille krav til produktet.

Argumenter som taler mot bruk av egenbetaling er etter utvalgets mening følgende:

- Egenbetaling representerer en ekstra økonomisk belastning for økonomisk vanskeligstilte grupper
- Egenbetaling kan forhindre økonomisk vanskeligstilte å ta del i tilbudet.
- Forutsatt at behandlingsreiser vurderes likestilt med tilbud ved de spesielle helseinstitusjoner og på spesialisthelsetjenestenivå, er det urimelig at behandlingsreiser skal belastes med egenbetaling når de andre institusjonene er fritatt.

Utvalgets konklusjon

Størrelsen på egenandelen vil avhenge av hvordan utenlandsbehandlingen defineres. Velger en å utforme behandlingstilbudet med utgangspunkt i psykososiale hensyn alene, vil ordningen nødvendigvis omfatte elementer av fritidsaktivitet og ferie. Det vil da være naturlig å øke egenandelen. Oppfattes utenlandsbehandling som rehabilitering, bør egenandelen sidestilles med rehabiliteringstilbud innenlands. Utvalget har anbefalt at tilbudet utformes som medisinsk tilleggshandling. Det er stilt strenge medisinske krav til tilbudet, og utvalget mener at behandlingen bør vurderes på linje med sykehus-/spesialistbehandling. Behandlingen anses å være hensiktsmessig, men ikke absolutt nødvendig. Utvalget mener at argumentene mot egenbetaling veier tyngst og at egenandelen bør bortfalle.

9.3 Støtte til reise og ledsager

Innenlands reise

Folketrygden betaler den innenlandske reisen i dagens behandlingsreiseordning. I §5-16 i folketrygdloven heter det at trygden yter stønad til dekning av nødvendige reiseutgifter når et medlem må reise for å få undersøkelse eller behandling som går inn under dette kapittelet. Det samme gjelder når et medlem må reise til en helsestasjon eller et familievernkontor, og når et medlem må reise i forbindelse med en helsetjeneste som inngår i fylkeskommunens helseplan.

Utvalget anbefaler at folketrygden fortsatt betaler reise innenlands.

Ledsager

I dag gis barn opptil 16 år anledning til å ha med ledsager ved behandlingsreise. Utvalget anbefaler at barn opptil 18 år gis anledning til å ha med ledsager hvis pasienten ønsker dette, slik at praksis følger forskrift for barn i sykehus (jfr Rundskriv 41/97 Forskrift om barn i sykehus §1-1a).

Voksne pasienter gis idag ikke mulighet til å ha med ledsager innenfor ordningens ramme. Utvalget har merket seg at det ved opphold på de spesielle helseinstitusjonene gis anledning til å ha med ledsager også for voksne pasienter i særskilte tilfelle.

Etter utvalgets mening bør også pasienter med hjelpebehov kunne gis tilbud om behandlingsreise hvis de forventes å dra nytte av tilbudet. Det antas at pasienter som i hovedsak er selvhjulpne generelt vil ha størst nytte av behandlingsreise, gitt flyreise og tilvenning til et annet miljø. I noen tilfeller vil imidlertid også pasienter med hjelpebehov kunne forventes å ha betydelig positiv effekt av behandlingsreise. Det er derfor ønskelig at det gis anledning til at ledsager får dekket reise og opphold. Utvalget anbefaler at Sosial- og helsedepartementet vurderer en ordning med tilskudd til ledsagere for voksne pasienter med særskilt hjelpebehov.

9.4 For- eller etterundersøkelse i forbindelse med behandlingsreise

Videre anbefaler utvalget at Sosial- og helsedepartementet vurderer en ordning med stønad til dekning av nødvendige utgifter til reise, undersøkelse og

behandling ved behov for for- eller etterundersøkelse hos spesialist i forbindelse med behandlingsreise.

9.5 Organisering

Statlige tilskuddsordninger er regulert gjennom statens økonomiregelverk. Økonomiregelverket setter krav til

- Utformingen av ordningen (etablering av mål, tildelingskriterier, oppfølgingskriterier, rapporteringsrutiner, kontrollrutiner).
- Forvaltningen (rutiner i forhold til kunngjøring, stønadsbehandling, tilsagnsbrev, utbetaling, dokumentasjon).
- Oppfølging (rapportering fra mottaker til Stortinget, tilskuddsforvalters kontroll, evalueringer).

I det følgende klargjøres ansvars- og rollefordelingen mellom Sosial- og helsedepartementet, tilskuddsforvalter og tilsynsmyndighet.

9.5.1 Sosial- og helsedepartementets forvaltningsansvar

Sosial- og helsedepartementet har overordnet ansvar for å påse at rutiner og systemer i forhold til administrative oppgaver i forbindelse med tilskuddets forvaltning er etablert. Dette innebærer blant annet ansvar for å definere målsetning med tilskuddet, samt utforme retningslinjer for rapportering, kontroll og evaluering av ordningen.

Med mellomrom bør departementet foreta evaluering av ordningen for å få informasjon om hvorvidt man oppnår de fastsatte målsettinger for tilskuddsordningen (med særlig vekt på de samfunnsmessige effekter). Utvalget vil anbefale at evaluering foretas hvert femte år på bakgrunn av årsrapporter som utarbeides for hvert program.

I dagens ordning har departementet tilsynsmyndighet i tillegg til oppgaver nevnt over. Utvalget finner dette lite hensiktsmessig og foreslår en organisering der faglig tilsynsmyndighet for ordningen tillegges Statens helsetilsyn.

9.5.2 Tilskuddsforvalters ansvar

Utvalget anbefaler at Rikshospitalet fortsetter som tilskuddsforvalter. Dette følger av utvalgets anbefaling om å samle faglig og administrativt ansvar hos en og samme institusjon. Det er sentralt å sikre at kriteriene for prioritering av pasienter blir rimelig likt vurdert innen det enkelte program. Dette ivaretas best ved et sentralt uttak av aktuelle kandidater, forutsatt at antall søkere innen hvert program lar seg administrere av én enhet. Utvalget kan ikke se at antall program og antall søkere vil stige vesentlig. På denne bakgrunn anbefaler utvalget et sentralt uttak.

I det følgende presiseres utvalgets anbefalinger for hvilke oppgaver som bør tillegges tilskuddsforvalter utover utvelgelse av pasienter.

9.5.2.1 Bekjentgjøring av tilbudet

Tilbudet må kjentgjøres slik at aktuelle brukere blir informert. Kunnskap om ordningen, både blant potensielle pasienter og i helsevesenet, vil påvirke etterspørselen etter behandlingsreiser. En vid kjentgjøring av tilbudet er

sentralt for å sikre at pasienter som kan ha nytte av behandlingsreise søker. Jo bedre kunnskapen om ordningen er, desto mer relevante søknader vil forventes.

En vid bekjentgjøring kan oppnås ved annonser i brukerorganisasjonenes trykksaker, annonser i medisinske tidsskrifter, ved opplysninger til spesialavdelingene i fylkene og til landets primærleger. Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter gjennomgår dagens rutiner for bekjentgjøring i henhold til dette.

Brukerorganisasjonene må ivareta brukernes rolle ved samarbeid med det sentrale uttak. Samhandlingen mellom tilskuddsforvalter og brukerorganisasjonene må formaliseres på systemnivå ved blant annet å sikre at ordningens tilbud og innhold gjøres kjent. Tilskuddsforvalter bør årlig gi brukerorganisasjonene tilbakemelding om hvordan pasientgruppene søker og benytter tilbudet. Brukerorganisasjonene bør gi resultater av evalueringer som er gjennomført. Brukerorganisasjonene bør på sin side ha ansvar for å gi tilbakemelding til tilskuddsforvalter om hvorvidt kunnskap om tilbudet når fram til aktuelle kandidater.

9.5.2.2 Henvisningsrutiner

Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter reviderer dagens standardiserte søknadsskjema. Skjemaets utforming må ivareta ordningens formål, de overordnede kriterier, faglige kriterier og kravet til kontroll samtidig som saksbehandling må holdes på et rimelig nivå. Skjema bør fylles ut av pasient og primærlege eller spesialist. Utvalget anbefaler at alle søknader sendes sentralt uttak via den spesialavdeling som yter spesialisthelsetjeneste innen det aktuelle medisinske felt eller via privatpraktiserende spesialist.

Søknadsskjema må utformes slik at det klart framgår at formålet med å tilby behandlingsreiser er fagligmedisinsk og ikke sosialt. Kriteriene for hvilke pasienter som skal prioriteres til behandling må balansere hensynet til ordningens formål og hensynet til kontroll. Omfattende og detaljerte kriterier kan sikre at formålet følges og at de høyest prioriterte pasienter får et tilbud, men kan samtidig medføre store krav til søknadsbehandlingen. Utvalget anbefaler at kriterier for prioritering som spesifisert i "[Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter](#)" i kapittel 8 følges. Kriteriene som skal brukes ved uttak innenfor disse rammene bør innholdsbestemmes av de respektive spesialistforeninger. Det sentrale uttak bør etter utvalgets mening ha ansvar for at spesialistforeningene utformer slike kriterier og at disse blir revidert ved behov.

Videre anbefaler utvalget at behandlingsreisen er en del av et helhetlig behandlingsopplegg og at det i søknaden skal gjøres rede for forbehandling og oppfølging etter hjemkomst.

Søknaden skal inneholde informasjon som er tilstrekkelig for å klarlegge diagnose, aktuelt funksjonsnivå, nåværende medikamentforbruk, tilbud på hjemstedet av fysikalsk behandling eller annen relevant behandling, samt forhold av betydning for pasientens muligheter for å dra nytte av behandlingstilbudet, eller som medfører at pasienten ikke er egnet for denne type behandlingsreise.

Ved behov skal primærlege eller faglig ansvarlig for behandlingsreiseordningen henvise til for- eller etterundersøkelse hos spesialist i hjemfylket. Faglig ansvarlig for behandlingsreiseordningen kan også innkalle pasienter til for- eller etterundersøkelse ved Rikshospitalet når dette er nødvendig.

Denne prosedyren vil sikre kontinuitet i behandlingsskjeden da både pasientens primærlege, spesialist i hjemfylke og sentral institusjon involveres. Videre vil en slik fremgangsmåte bidra til å sikre korrekt diagnosesetteng, vurdering av rehabiliteringspotensiale og etterkontroll for vurdering av behandlingseffekt.

9.5.2.3 Prosedyre for vurdering av nye grupper

I "[Krav til ordningens innhold og retningslinjer for prioritering av pasientgrupper og enkeltpasienter](#)" i kapittel 8.1 har utvalget anbefalt at nye grupper initieres gjennom en prøveordning og har gitt generelle retningslinjer for vurdering av nye grupper. Det anbefales at prøveordningen finansieres særskilt og utenom den ordinære bevilgning til behandlingsreiseordningen. Det skal foreligge en prosjektbeskrivelse som oppfyller vitenskaplige krav til undersøkelse av behandlingstiltakets effekt. Etter innstilling fra tilskuddsforvalter er det anbefalt at tilsynsmyndighet vurderes innstillingen. Departementet skal godkjenne prøveordningen. Tilskuddsforvalter skal innhente ekstern faglig vurdering av dokumentasjon fra prøvegruppens opphold. Utvalget anbefaler at denne vurderingen foretas i henhold til de krav til dokumentasjon som er anbefalt i utredningen. Tilsynsmyndighet vurderer om prøvegruppen skal tas inn i ordningen som nytt program før departementet foretar endelig godkjenning.

9.5.2.4 Krav og prosedyre for vurdering av behandlingssted

Nye behandlingsinstitusjoner kan foreslås av brukerorganisasjonene, eller gjennom henvendelse fra institusjonene selv. Tilskuddsforvalter kan også selv aktivt undersøke markedet. Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter utarbeider objektive kriterier for behandlingsinstitusjon etter de retningslinjer som følger under.

Institusjonen skal tilfredstille norske krav til sikkerhet og kvalitet. Driften bør være organisert som en del av det norske helsevesen. Institusjonen skal ha tilgang på medisinsk personell som leger, fysioterapeuter og sykepleiere, og at utvelgelsen av pasienter skal skje ut fra medisinskfaglig baserte kriterier og gjennom pasientuavhengige prosedyrer. Det må også stilles krav i forhold til økonomisk soliditet og administrativ og juridisk ryddighet. Foruten faglig-medisinske krav og myndighetskrav bør man også vurdere brukerkrav i forhold til service og pasienttilfredshet.

Da kravene vil variere for de ulike pasientgrupper, vil det i tillegg til de generelle krav være aktuelt å stille spesifikke krav ut fra gruppenes spesielle egenskaper. Klimatiske forhold som antall soltimer, gjennomsnittstemperatur og fuktighet må avklares før godkjenning. For de aktuelle pasientgruppene vil også omgivelseshygiene (fare for smittsomme sykdommer) være av betydning.

Videre må bygningsmessige forhold på behandlingsstedet og innkvartering vurderes før endelig godkjenning. Det er spesielt viktig at det tas hensyn til redusert fysisk yteevne. Vurderingen må knyttes til den pasientgruppe tilbudet er ment å omfatte. For pasienter med fysisk funksjonshemming vil dette også omfatte fasiliteter for fysikalsk behandling og opptrening. For pasienter med hudlidelser vil tilgangen til saltvann og bademuligheter ha avgjørende betydning. Pasienter med sykdommer i åndedretsorganer må sikres mot ugunstige hygieniske faktorer. For pasienter med næringsmiddelallergi (som er vanlig ved atopisk eksem og astma) bør det stilles krav til kjøkken og diett.

Likeldes må språk og kultur, reisetekniske forhold, behandlingsstedets omgivelser, fritidsaktiviteter og kulturelle tilbud være med i den endelige vurderingen.

Tilskuddsforvalter bør i samarbeid faglig ansvarlig for det enkelte program gjør en faglig og økonomisk utredning av de aktuelle institusjoner i henhold til kravsspesifikasjoner som annonsert av tilskuddsforvalter. Brukerorganisasjonene har en sentral plass i dette arbeidet. Ved vurdering av behandlingssted må kriterier som er satt for tildeling av behandlingsreise følges opp. Utvalget vil påpeke at dette spesielt gjelder tilgang for sterkt bevegelseshemmede.

Utvalget vil anbefale at innstilling fra tilskuddsforvalter vurderes av faglig tilsynsmyndighet før endelig beslutning om valg av behandling sinstitusjon foretas av Sosial- og helsedepartementet.

9.5.2.5 Oppfølging og kontroll

Tilskuddsforvalter skal forestå økonomirapportering til departementet i henhold til regelverket for tilskuddsordninger. Faglig rapportering bør gjøres til tilsynsmyndighet. Utvalget vil anbefale at tilskuddsforvalter utarbeider årlige rapporter over faglig drift til tilsynsmyndighet med kopi til Sosial- og helsedepartementet. Årlige rapporter bør utarbeides som i dag på grunnlag av rapporter fra programmene i ordningen, samt årlig rapportering fra reisebyråets side.

9.5.3 Tilsynsmyndighets ansvar

9.5.3.1 Faglig tilsyn

Behandlingstilbudet er anbefalt å tilfredsstillende krav til innhold som er godkjent av norsk medisinsk faglig ekspertise. Det er videre ansatt norsk personell i ordningen. Utvalget anbefaler derfor at Statens helsetilsyn bør ha faglig tilsynsmyndighet, jfr §3 i sykehusloven: For at befolkningen til enhver tid skal kunne få tilfredsstillende medisinsk undersøkelse og behandling innenfor rammen av landets totale helsetjeneste, skal planleggingen og utbyggingen av og den medisinske virksomhet ved helseinstitusjoner etter Kongens nærmere bestemmelse være undergitt Statens helsetilsyns overordnede faglige tilsyn.

Utvalget anbefaler at tilsynsmyndighet evaluerer diagnosegrupper og faglig tilbud hvert femte år på bakgrunn av årlig dokumentasjon som skal utarbeides for hvert program.

Videre anbefaler utvalget at tilsynsmyndighet vurderer tilskuddsforvalters innstilling til prøvegrupper og nye behandlingssteder.

9.5.3.2 Klageadgang

Utvalget mener at pasientene har klageadgang til fylkeslegen/Statens helsetilsyn vedrørende norsk helsepersonell som er ansatt i tilbudet og vedrørende tilbudets innhold. Dette er en ikke lovfestet klagerett som fylkeslegen/Statens helsetilsyn bruker i sitt tilsynsarbeid for å sikre pasientenes rettsikkerhet og heve kvaliteten i helsetjenesten. Fylkeslegen behandler klagen og gir, der det er påkrevet, individuell kritikk til helsepersonell eller kritikk for manglende kvalitetssikring til ansvarlig for driften. Dersom strengere reaksjoner overfor helsepersonell som advarsel eller autorisasjonstap skal vurderes, oversendes saken til Statens helsetilsyn.

Ifølge «Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning» § 2 ytes erstatning ved fysisk skade forårsaket av undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie eller informasjonssvikt. I følge §1 har ordningen følgende dekningsområde:

- Offentlige somatiske sykehus og deres poliklinikker, samt pasienter som behandles i ambulanse av sykehusets personale
- Offentlige psykiatriske sykehus/poliklinikker
- Pasienter behandlet av kommunalt ansatte leger, pasienter behandlet ved kommunal legevakt
- Private sykehus og privatpraktiserende leger forutsatt at de omfattes av fylkeskommunale eller kommunale helseplaner og får sine driftsutgifter dekket over statsbudsjettet.

I NOU 1992:6, Erstatning ved pasientskader/Ot prp nr 31 1998-99 Om lov om erstatning ved pasientskader anbefales at ordningen skal utvides til å gjelde hele helsetjenesten. Det vil heller ikke lenger være noe vilkår at en er påført fysisk skade. Avgjørende for rett til erstatning er at det foreligger feil ved eller svikt i helsetjenesten, selv om ingen kan lastes. Dersom klageadgangsordningen utvides til å gjelde hele helsetjenesten i Norge, mener utvalget at det er rimelig at den også skal gjelde behandlingstilbud i utlandet der norsk personell er ansatt og er faglig ansvarlig for tilbudet.

9.5.4 Brukerorganisasjonenes ansvar

I tillegg til brukerorganisasjonens ansvar for aktiv deltakelse i bekjentgjøring av ordningen (jfr 9.3.2), skal brukerorganisasjonene sikre sine medlemmer et faglig godt og riktig dimensjonert tilbud. Brukerorganisasjonene skal medvirke ved utforming, godkjenning og dimensjonering av tilbudet. Organisasjonene bør ha en aktiv rolle ved vurdering av nye tilbud og ved eventuell avslutning av eksisterende tilbud.

Fordelingen av behandlingstilbudet etter søknad skal bygge på medisinske kriterier. I det arbeidet har organisasjonene ingen plass.

9.6 Sammenfatning

Utvalget ser at statlig finansiering av behandlingsreiseordningen ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til effektiv ressursutnyttelse, stimulering av lokal utbygging av tilbudet til de aktuelle grupper og integrering av behandlingsreisetilbudet i det øvrige fylkeskommunale behandlingstilbudet. Imidlertid mener utvalget at fylkeskommunal overtakelse kan innebære en skjevfordeling av behandlingsreisetilbudet som følge av variasjon i fylkeskommunal økonomi og ulikhet i det kommunale/fylkeskommunale behandlingstilbudet for de aktuelle pasientgruppene. Utvalget anbefaler derfor at ordningen fortsetter som en statlig tilskuddsordning og vurderer det hensiktsmessig at tilskuddet fortsatt gis over egen post på statsbudsjettet.

Etter utvalgets mening bør egenandelen bortfalle.

Utvalget anbefaler at barn opptil 18 år gis anledning til å ha med ledsager hvis pasienten ønsker dette. Det anbefales videre at Sosial- og helsedepartementet vurderer en ordning med tilskudd til ledsagere for voksne pasienter med særskilt hjelpebehov.

Departementet bør etter utvalgets mening også vurdere en ordning med stønad til dekning av nødvendige utgifter til reise, undersøkelse og behan-

dling ved behov for for- eller etterundersøkelse hos spesialist i forbindelse med behandlingsreise.

Utvalget finner det nødvendig at organiseringen av ordningen klargjøres og at det presiseres hvilke roller og ansvar Sosial- og helsedepartementet, tilskuddsforvalter og tilsynsmyndighet bør ivareta. Departementet skal se til at ordningen følger de krav Økonomiregelverk for staten stiller til utforming, forvaltning og oppfølging av statlige tilskudd. Departementet har beslutningsmyndighet i avgjørelser om tilbudet skal utvides til å omfatte nye grupper og nye behandlingsinstitusjoner.

Utvalget anbefaler at både faglig og administrativt ansvar for tilskuddsordningen tillegges en og samme tilskuddsforvalter og vurderer det som hensiktsmessig at Rikshospitalet fortsetter å ha dette ansvar. I dette ligger både ansvar for daglig drift, uttak av pasienter og oppfølging av behandlingsinstitusjoner og reisebyråvirksomheten, samt vurdering av søknader om nye grupper etter foreslåtte prosedyre, samt nye behandlingsinstitusjoner. Utvalget anbefaler at tilskuddsforvalter utarbeider objektive kriterier for valg av behandlingsinstitusjoner etter nærmere angitte retningslinjer.

Utvalget anbefaler at Statens helsetilsyn har faglig tilsynsmyndighet og at pasientene gis klageadgang til fylkeslegen/Statens helsetilsyn vedrørende norsk helsepersonell som er ansatt i tilbudet og vedrørende tilbudets innhold. Utvalget anbefaler at tilsynsmyndighet evaluerer diagnosegrupper og tilbud hvert femte år. Tilsynsmyndighet bør vurdere innstilling fra tilskuddsforvalter angående nye behandlingsinstitusjoner og nye pasientgrupper. Brukerorganisasjonene skal medvirke i dette arbeidet.

Vedlegg 1

Brev av 20. april 1999 til Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) fra utvalget.

Sosial- og helsedepartementet har nedsatt et offentlig utvalg for å vurdere ulike sider ved behandlingsreiser til utlandet. Utvalget er ledet av prof. Jan Tore Gran. I mandatet er utvalget bedt om å

1. Gjennomgå dagens ordning.
2. Vurdere om denne omfatter grupper som har størst behov.
3. Vurdere om behandlingsopplegget står i forhold til forventete behandlingssresultater.
4. Gi anbefalinger om hvordan ordningen bør være i fremtiden.
5. Vurdere om dagens prioritering av grupper er hensiktsmessig.
6. Vurdere om andre grupper som ikke faller inn under dagens ordning bør prioriteres.
7. Vurdere den medisinske nytteverdi behandlingsopplegget har for ulike pasientgrupper.
8. Vurdere hvilket omfang tilbudene i utlandet skal ha i forhold til den behandling som foregår i Norge.
9. Vurdere prinsipper for prioritering mellom pasientgrupper.
10. Vurdere prinsipper for prioritering mellom enkeltpasienter.
11. Foreslå modeller for prioritering mellom pasientgrupper.
12. Vurdere nivået for egenandel, samt sammenlikne denne med egenandeler for tilsvarende behandling innenlands.
13. Utrede økonomiske og administrative kostnader ved foreslåtte modeller.

Utvalget vil med dette invitere pasientorganisasjonene til å komme med innspill i form av en kort redegjørelse for synspunkter på

- i. dagens ordning
- ii. fremtidig behov
- iii. behov for eventuelle endringer i allerede eksisterende tilbud.

FFO og SAFO bes om å vurdere hvilke organisasjoner som kan være aktuelle, samt formidle henvendelsen til disse. Utvalget ønsker synspunkter både fra grupper som allerede er omfattet av ordningen og grupper som ønsker å være omfattet.

Innspill fra brukerorganisasjonene bør komme så tidlig som mulig i utvalgets arbeidsperiode, slik at vi kan ta hensyn til synspunktene allerede fra starten av. *Fristen for innspill er derfor satt til 20. mai 1999.*

På et senere tidspunkt vil utvalget eventuelt komme tilbake med en forespørsel om representanter for gruppene vil gjøre rede for sine syn på et av utvalgets møter.