

# Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet

Rikstrykdeverket avgjør om pasienter behandlet i utlandet kan få sine utgifter refundert. Eventuelle klager på avslag blir vurdert av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet. I denne artikkelen presenteres ordningen, og de erfaringer som er gjort drøftes.

Det viktigste kriteriet for bidrag er at behandling i Norge ikke kan gis på grunn av manglende medisinsk kompetanse. Dessuten skal det foreligge en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom. Det skal også foreligge uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen gjeldende fagområde. Anbefaling kreves imidlertid ikke. Som hovedregel gis det ikke bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling. Unntaksvis kan det gis bidrag til enkeltpersoner med sjeldne og/eller spesielle sykdomstilstander.

Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet har vært i virksomhet i tre år. Av 184 saker ble 21 (11 %) innvilget i perioden 1999–2001. Regelverket er ennå ikke godt nok kjent, og leger som støtter pasienter i deres ønske om å få bidrag til behandling i utlandet, bør sette seg inn i gjeldende forskrift.

Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet har vært i virksomhet fra 1. januar 1999 (1). Nemnden avgjør klager over Rikstrykdeverkets vedtak i saker om bidrag til medisinsk behandling i utlandet. Sakene har så langt hovedsakelig dreid seg om kirurgiske inngrep for ryggglidelser, langt-kommet kreft, brusktransplantasjoner og andre behandlingsformer eller indikasjoner som er omdiskutert i Norge. Ifølge forskriften er det et hovedvilkår for å få bidrag at sykdommen ikke kan behandles i Norge. Betingelsen er altså at det mangler kompetanse her i landet.

Klagenemnden har fem faste medlemmer, fem personlige varamedlemmer og er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet for fire år om gangen. Nemnden skal ha en tverrfaglig sammensetning. Lederen skal ha juridisk embetseksamen og bør ha dommererfaring. Nemnden er også pålagt å gjøre ordningen kjent.

---

## Ole Frithjof Norheim

Fagområdet medisinsk etikk og vitenskapsteori  
Seksjon for allmennmedisin  
Universitetet i Bergen  
Ulriksdal 8c  
5009 Bergen

## Jan Fougner

Wiersholm, Mellbye & Bech  
Postboks 1400 Vika  
0115 Oslo

## Odd Søreide

Senter for medisinsk metodevurdering  
SINTEF Unimed  
Postboks 124 Blindern  
0314 Oslo

## Ingebjørg Storm-Mathisen

Barneavdelingen  
Rikshospitalet  
0027 Oslo

## Ellen Strengenhagen

Odins vei 77  
3472 Bødalen

---

Norheim OF, Fougner J, Søreide O, Storm-Mathisen I, Strengenhagen E.

### Three years of experience with the Norwegian board of appeals for decision on reimbursement of expenses incurred for medical treatment abroad.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1560–3*

In Norway, a National Insurance Board decides whether patients treated abroad should have their expenses reimbursed. Its decisions may be appealed to an independent governmental board of appeals. This article presents the appeals procedure and discusses the experience gained over its first three years.

The most important criterion for reimbursement is whether there is a lack of expertise in Norway on the relevant condition, which must be severe. A statement must be sought from a tertiary-level hospital about the proposed intervention. A referral or recommendation is not required. Reimbursement will not be considered for interventions defined as experimental, except in conditions that are so rare that the number of patients in Norway will be so small that one cannot expect large-scale randomised trials organised in this country.

During its first three years, the board of appeals considered 184 cases; decisions were reversed in 21 cases (11 %). The appeals procedure remains well known among the public. Doctors should make themselves familiar with the criteria and the appeals procedure.

---

Vi beskriver i denne artikkelen hvordan ordningen fungerer og de erfaringer som er gjort så langt.

## Bakgrunn for opprettelsen

Bakgrunnen for opprettelsen av nemnden var et ønske om å styrke pasientens rettssikkerhet og samtidig sørge for raskere saksbehandling. Forutsigbarhet og likebehandling var viktige premisser. Nemnden erstattet Sosial- og helsedepartementets egen rådgivende ankenemnd, som var i funksjon i perioden 1993–98. Flere enkeltsaker ble omtalt i mediene på den tid (2). Det dreide seg blant annet om pasienter som fikk utført allogene og autologe beinmargstransplantasjoner i utlandet. Det var daværende helseminister Gudmund Hernes som i 1996 tok initiativ til opprettelsen av den nåværende ordningen. Bakgrunnen var blant annet at håndteringen av den såkalte Matheson-saken ble oppfattet av mange som problematisk (3–6). Saken dreide seg om en kvinne med brystkreft som ønsket, men ikke fikk tilbud i Norge om høydose cellegiftbehandling med påfølgende stamcellestøtte (7). Hun fikk slik behandling i Sverige. Rikstrykdeverket av slo søknaden om refusjon av utgiftene, men Hernes imøtekom hennes anke etter lang tids vurdering (8). Samtidig fremsatte han et ønske om å forbedre selve saksbehandlingen, noe som senere ble fulgt opp (9, 10).

Nemnden er nå et fritt og uavhengig domstolsliknende forvaltningsorgan som departementet ikke kan instruere. Klagenemnden ikke lenger på statsrådets bord, men avgjørelsene i nemnden kan bringes inn for domstolen.

## Om ordningen med behandling i utlandet

Reglene om bidrag til behandling i utlandet er gitt i en egen forskrift (1) som kan skaffes fra Helsedepartementet eller via Internett på nemndens hjemmeside ([www.klagenemnda.no](http://www.klagenemnda.no)).

## Kriterier for godkjent utenlandsbehandling

Det er i forskriften en rekke vilkår som må være oppfylt for at bidrag kan gis. Vilkårene er kumulative, dvs. at alle vilkår må være oppfylt for at bidrag kan ytes. Første hovedvilkår er at behandlingen ikke kan utføres i Norge på grunn av manglende medisinsk kompetanse. Annet vilkår er at det foreligger livstruende eller sterkt belastende lang-

varig sykdom eller tilstand, og at behandling ikke kan utføres i Norge etter akseptert metode. Tredje vilkår er at det foreligger uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen gjeldende område. Anbefaling kreves imidlertid ikke. Som hovedregel gis det ikke bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling. Unntaksvis kan det gis bidrag til enkeltpersoner med sjeldne og/eller spesielle sykdomstilstander.

Nemnden foretar så en skjønnsmessig vurdering etter forskriftens § 2 fjerde ledd. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på nytteverdi og hensiktsmessighet for pasienten i form av sannsynlighet for helbredelse, bedring av helsetilstand, økt livslengde og/eller bedret livskvalitet, samt omfanget av eventuelle bivirkninger. Kostnadshensyn kan også tillegges vekt.

Det viktigste kriteriet for bidrag er altså at behandling i Norge ikke kan gis på grunn av manglende medisinsk kompetanse (tab 1). Det er viktig å merke seg at manglende kapasitet ved norske sykehus ikke gir grunnlag for bidrag. Forskriften definerer «eksperimentell behandling» som udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt. «Utprøvende behandlingsforsøk» er definert som behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon i forhold til etablert behandling ennå ikke er tilfredsstillende. Unntak fra hovedregelen gjelder kun for «sjeldne sykdomstilstander», det vil si sykdommer og sykdomstilstander som forekommer så sjelden og/eller er så spesielle at det ikke er bygd opp noen nasjonal kompetanse.

### Saksbehandling

Sakene forberedes for nemnden av et sekretariat bestående av to personer. Når Riksstrygdeverket oversender saken til nemnden, får klageren tre ukers frist til å komme med ytterligere anførsler i sakens anledning. Når de tre ukene har gått, får klageren et foreløpig svar med opplysning om når saken antakelig vil komme opp for nemnden.

Sekretariatet utarbeider en innstilling til vedtak i hver sak. Innstillingen inneholder en fremstilling av sakens gang, medisinsk og forvaltningsmessig. Så følger en fremstilling av klagerens og Rikstrygdeverkets anførsler. Til slutt følger en begrunnet innstilling til vedtak. Under arbeidet med innstillingen innhenter saksbehandleren nødvendige uttalelser og sørger for at saken er godt opplyst. Nemnden møtes en gang i måneden for å fatte vedtak i enkeltsaker.

Etter at nemnden har fattet vedtak i en sak, sendes vedtaket omgående til klageren sammen med et oversendelsesbrev der vedtakets ordlyd siteres. Rikstrygdeverket får kopi av alle vedtakene fra det aktuelle nemndmøte. Når særlige forhold tilsier det

**Tabell 1** Kriterier for bidrag til behandling i utlandet (forskriftens § 2)

Bidrag kan etter søknad ytes når behandling i Norge ikke kan gis etter akseptert metode på grunn av manglende medisinsk kompetanse. Manglende kapasitet ved norske sykehus gir ikke grunnlag for bidrag

Bidrag kan ytes når:

- Det foreligger en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom eller tilstand
- behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode

Det skal foreligge uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen angjeldende område. Dette kan likevel unnlates dersom det foreligger uttalelse fra et sykehus med kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander

(hastesaker), kan vedtak fattes ved skriftlig saksbehandling og telefonmøte. Vedtaket forkynnes straks for klageren per telefon. Vedtaket i sin helhet ettersendes i posten.

Mål for saksbehandlingen er at:

- Vedtak fattes innen gjennomsnittlig to måneder etter at klagers kommentarfrist er utløpt
- Hastesaker avgjøres omgående
- Like saker behandles likt, slik at nemnden er forutsigbar
- Nemnden er kjent for brukerne og publikum
- Nemnden er oppdatert i forhold til sakene
- Klagesakene legges frem for nemnden og behandles slik at forvaltningsloven følges
- Sekretariatet fremstår som ryddig, raskt og tjenestevillig

Gjennomsnittlig behandlingstid for klagesakene var i underkant i av åtte uker i 1999 og 2000, i år 2001 var tiden omtrent ti uker.

Frem til 2002 var det slik at dersom bidrag ble innvilget, var det bostedsfylkeskommunen som skulle dekke utgiftene til behandling i utlandet. Det skulle skje i samme utstrekning som om behandlingen hadde funnet sted ved norsk sykehus. Fra og med 2002 er det de regionale helseforetak i pasientens bostedsregion som dekker utgiftene. Rikstrygdeverket dekker kun tilleggsutgiftene som følger av behandling i utlandet.

Domstolene kan prøve lovligheten av klagenemndens avgjørelser. Søksmål rettes mot staten ved klagenemnden.

### Hvilke saker har nemnden behandlet?

I løpet av de tre første årene mottok nemnden 195 saker og gjorde vedtak i 184. Sakene har dreid seg om kirurgiske inngrep for rygglidelser, brusktransplantasjoner i kne og ankel, behandling for langt kommet kreft,

sykdommer i nervesystemet, medfødte øyelidelser og andre mindre hyppige tilstander. Nemnden har blant annet behandlet klager i forbindelse med ekstrem overvekt og spiseforstyrrelser, lungetransplantasjon og bruk av kunstig hjertepumpe før hjertetransplantasjon. Noen få saker har dreid seg om diagnostikk, for eksempel om disposisjon for sykdom.

Av søksmål ble fire saker i perioden brakt inn for domstolen. En sak er trukket, en er avgjort til fordel for klagenemnden og to er under forberedelse. Tre saker ble klaget inn for Sivilombudsmannen. Sekretariatet lager et presedensarkiv hvor typiske og prinsipielt viktige saker ordnes. Disse sakene blir offentliggjort i anonymisert form via Internett på nemndens hjemmeside.

### Erfaringer så langt

Av 184 behandlede saker har nemnden avslått 163 og innvilget 21 (11 %) (tab 2). Den viktigste årsak til innvilgelse var manglende kompetanse i Norge (tab 3). Enkelte andre saker ble også innvilget fordi de var helt spesielle og eller omhandlet svært sjeldne tilstander. I en gjennomgang av alle sakene fant vi at den klart viktigste årsak til Rikstrygdeverkets avslag var manglende henvisning eller uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon. I slike tilfeller har nemnden så langt som mulig innhentet uttalelser fra riktig instans, slik at formelle feil ikke skulle få betydning for klagebehandlingen. Avslag fra nemnden skyldes i de aller fleste tilfeller at det finnes kompetanse i Norge til å behandle klagers tilstand.

Vi fant også at i noen tilfeller ble pasienten henvist til behandling i utlandet uten at vedkommende først var henvist til og hadde fått en vurdering ved et høyere nivå i kompetansekjeden. Det vil i praksis si at en del henvises direkte til utlandet fra sentralsyke-

**Tabell 2** Antall saker og utfall

|                       | 1999      | 2000      | 2001      | Totalt     |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Antall innkomne saker | 86        | 53        | 56        | 195        |
| Antall vedtatte saker | 68        | 66        | 50        | 184        |
| Antall innvilgelser   | 8 (12 %)  | 4 (6 %)   | 9 (18 %)  | 21 (11 %)  |
| Antall avslag         | 60 (88 %) | 62 (94 %) | 41 (82 %) | 163 (89 %) |

**Tabell 3** Innvilgede saker med kortfattet begrunnelse

| Saker (tilstand og tiltak)   | Begrunnelse  |
|--|--|
| Lymfekreft<br>Autolog stamcellebehandling  | Bidrag gitt basert på tidligere retningslinjer av hensyn til likebehandling  |
| Spesiell bruskskade i ankel etter fall<br>Operasjon (brusktransplantasjon)   | Manglet norsk kompetanse, ifølge uttalelse i saken   |
| Blærekreft<br>Smertelindring   | Manglet norsk kompetanse, ifølge uttalelse i saken.<br>Uttalelsen anbefaler utenlandsbehandling  |
| Hjertesvikt og lungeødem<br>Implantering av kunstig hjertepumpe med etterfølgende hjertetransplantasjon                              | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden, og uttalelse i saken anbefalte at påbegynt behandling fortsettes ved samme institusjon   |
| Artrose i kne<br>Brusktransplantasjon  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken. Spesielt sykdomsforløp, derfor bidrag til eksperimentell behandling   |
| Vitelliform maculadystrofi (øyelidelse)<br>Undersøkelse  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken  |
| Vitiligo (hudsykdom)<br>Melanocytttransplantasjon  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken  |
| Vitiligo (hudsykdom)<br>Melanocytttransplantasjon  | Manglet norsk kompetanse, henvisning til foregående sak med samme diagnose   |
| Slimposebetennelse i lysken<br>Operasjon   | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken  |
| Kronisk smertetilstand<br>Radiofrekvensbehandling  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken. Behandlingen ble vurdert som eksperimentell/utprøvende, men tilstanden så sjelden og spesiell at unntaksbestemmelsen kom til anvendelse |
| Vitelliform maculadystrofi (øyelidelse)<br>Undersøkelse  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken  |
| Ufrivillig barnløshet<br>Elektroejakulasjon  | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken. Dissens i utvalget (tre mot to)   |
| Bilateral femoropatellar smerte (smerte i knær)<br>Interkondylærplastikk m.m.  | Manglet norsk kompetanse til deler av inngrepet, ifølge nemnden og uttalelse i saken   |
| Smertes etter lyskebrokkoperasjon<br>Eksplorasjon  | Manglet norsk kompetanse til å behandle de spesielle komplikasjoner som forelå før tredje reoperasjon  |
| Sammensatt kraniofacial misdannelse<br>Laminatkroner på samtlige tenner i overkjeven   | Manglet norsk kompetanse, ifølge nemnden og uttalelse i saken. Behandlingen ble vurdert som eksperimentell/utprøvende, men tilstanden så sjelden og spesiell at unntaksbestemmelsen kom til anvendelse |
| Paroksysmal nokturnal hemoglobinuri,<br>Budd-Chiaris syndrom<br>Allogen stamcelletransplantasjon (ikke-myeloablative kondisjonering) | Behandlingen ble vurdert som eksperimentell/utprøvende, men tilstanden og en uvanlig sykdomskombinasjon var så sjelden og spesiell at unntaksbestemmelsen kom til anvendelse                           |
| Akutt lungesvikt (ARDS)<br>ECMO (kunstig oksygentilførsel)   | Øyeblikkelig hjelp-situasjon hvor norsk kompetanse ikke var tilgjengelig   |
| Diafragmahernie, redusert lungefunksjon<br>ECMO (kunstig oksygentilførsel)   | Øyeblikkelig hjelp-situasjon hvor norsk kompetanse ikke var tilgjengelig   |
| Akutt lungesvikt (ARDS)<br>ECMO (kunstig oksygentilførsel)   | Øyeblikkelig hjelp-situasjon hvor norsk kompetanse ikke var tilgjengelig   |
| Prostatakreft og ulcerøs kolitt.<br>Brakyterapi og ekstern strålebehandling  | Behandlingen ble vurdert som eksperimentell/utprøvende, men tilstanden så sjelden og spesiell at unntaksbestemmelsen kom til anvendelse  |
| Ehler-Danlos syndrom<br>Operasjon høyre skulderblad  | Anbefaling fra regionsykehusnivå, sjelden sykdom   |

hus uten å gå veien om regionsykehuset. Vi har også det inntrykk at noen ikke blir henvisning til riktig instans for vurdering av behandling eller indikasjonsstilling. Det vil si at mange avvises på feil nivå.

I et høyt antall saker mangler henvisning eller uttalelse fra regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon. Nemnden finner også ofte mangelfull argumentasjon fra klager og eller advokat. Dette kan tyde på at legene, pasientene og i noen tilfeller deres advokater ikke kjenner regelverket eller har satt seg inn i dette.

Et naturlig spørsmål er om det er pasienter som burde ha klaget, men som pga. manglende kjenskap til regelverket ikke har hatt slik mulighet. Vårt materiale kan ikke si noe om dette, men spørsmålet understreker viktigheten av å gjøre ordningen kjent.

### Spesielle forhold ved forskriften

#### *Kravet til kompetanse*

Manglende kompetanse i Norge er den viktigste forutsetningen for å få bidrag til behandling i utlandet. Det heter i forskriften at pasienten skal «benytte det behandlingstilbud som finnes i Norge, selv om det kan være utviklet et mulig mer avansert behandlingstilbud i utlandet». Manglende behandlingstilbud gir ikke rett til behandling i utlandet. Dette gjelder også dersom behandlingstilbudet er opphørt av budsjettmessige hensyn. Kravet er strengt, og mange klager oppfyller ikke dette grunnvilkåret.

Nemndens tolking av begrepet «kompetanse» innebærer at dersom en tilstand de facto behandles i Norge, finnes også kompetanse i forskriftens forstand. For eksempel gjelder dette kirurgiske inngrep for rygglidelser. Nemnden mener, bl.a. på basis av dokumentasjon fra fagmiljøene og fra Statens helsetilsyn, at det i Norge er kompetanse til å behandle rygglidelser. Uenighet om indikasjonsstilling vil ikke si det samme som manglende kompetanse.

Nemnden legger også til grunn at dersom det er opprettet et nasjonalt kompetansesenter for en sykdom eller sykdomsgruppe, så finnes kompetanse i landet. Status som kompetansesenter tildeles av Helsedepartementet og fremkommer i rundskriv.

#### *Indikasjonsstilling og kunnskapshåndtering*

Mange klager på at de blir ekskludert fra et tilbud på grunn av manglende indikasjon. Indikasjonsstilling er ikke et faglig nøytralt spørsmål. Nemnden har derfor i mange tilfeller valgt å innhente uavhengige uttalelser, enten fra Statens helsetilsyn eller fra relevante fagmiljøer ved regionsykehusene i Norge.

Kravet til kompetanse er nær knyttet til behandlingstilbudets dokumentasjon. Det ytes som nevnt ikke bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling. Det er ofte vanskelig å trekke grensen mellom etablert og eksperimentell/utprøvende behandling.

Forskriftens begrep «akseptert metode» er vanskelig å anvende fordi nemnden ikke uten videre kan ta for gitt at alle metoder som brukes i Norge er «akseptert». Mange metoder tas i bruk her i landet uten nødvendigvis å tilfredsstille de strengeste krav til dokumentasjon. For disse spørsmålene innhentes det derfor uttalelser fra Helsetilsynet eller toneangivende fagmiljøer i Norge. Nemnden ønsker likevel å påpeke at vi i Norge mangler et godt system og faglig uavhengige instanser for dokumentasjon og vurdering av nytten av ulike tiltak som benyttes i helsetjenesten.

## Diskusjon

Samlet sett gir klagesakene et bilde av at et høyt antall pasienter føler at de ikke blir godt nok tatt hånd om innen norsk helsetjeneste, særlig når det gjelder nye og lovende tilbud med usikker dokumentasjon eller tilstander hvor indikasjonene er omdiskutert. Sakene reiser dermed det mer generelle spørsmål om hvorvidt alt som kan tilbys, skal tilbys.

Et hovedinntrykk som sitter igjen etter at nemnden har behandlet 184 saker, er at pasienter ofte ikke henvises til riktig instans eller til riktig nivå i behandlingsskjeden. Kompetansekjeden i Norge fungerer ikke alltid tilfredsstillende. For eksempel er det mange leger som henviser pasienter direkte til utlandet uten å orientere seg godt nok om eksisterende tilbud andre steder i Norge. Nemnden registrerer en manglende aksept (og respekt) for andres kunnskap og en manglende bruk av den kompetanse som finnes.

I noen saker oppfatter nemnden en søknad om bidrag til behandling i utlandet som et rop om hjelp – anken burde heller vært klagesak (enten til Norsk Pasientskadeerstatning, tilsynsmyndighet eller eier). Det regelverk nemnden følger, åpner ikke for å kompensere for slike feil begått i helsetjenesten ved å støtte behandling i utlandet.

I andre saker registrerer nemnden at klager viser til ulik behandling fra fylke til fylke. Det gjelder blant annet tilbud om bruskcelletransplantasjon ved kneskader. Fylkene har ulik praksis når det gjelder kjøp av slike tjenester. Dette er forhold som ligger utenfor det regelverk nemnden følger. De enkelte fylker stod i perioden 1999–2000 fritt til å kjøpe helsetjenester andre steder uavhengig av nasjonale prioriteringer.

Nemnden registrerer at en god del kommersielle initiativ er med på å øke presset på helsetjenestens bruk av ressurser. Pasienter som ønsker omdiskuterte behandlingstilbud, ble i denne perioden til en viss grad rekruttert ved private klinikker i Norge og henvist derfra til behandling i utlandet, for eksempel Sverige. Dette gjelder ikke minst operasjoner for ryggplager.

Pasientrollen er i endring. Mange pasienter er svært godt orientert om tilbud som gis andre steder. Medisinsk informasjon er mer tilgjengelig enn før. I en del av de aktuelle sakene har legene oppfattet seg selv som

støttespillere for pasienter som ønsker seg et annet tilbud. Nemnden er i utgangspunktet positiv til at leger opptrer som advokater for sine pasienter. Problemet er at noen av disse legene ikke kjenner forskriften, slik at de henviser pasienter direkte til utlandet. Da mangler uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon, og saken blir automatisk avvist. I andre tilfeller avslår leger å gi omdiskutert behandling i sin avdeling, samtidig som de støtter pasientens søknad om refusjon til behandling i utlandet. Det viser at leger tar ansvar og viser lojalitet overfor den avdeling de har medansvar for, samtidig som de er pasientens advokat overfor Rikstrygdeverket. Dette har nemnden også forståelse for. Legen som møter pasienten ansikt til ansikt, kan lett komme i en vanskelig konflikt mellom sine to roller. Klagenemnden, på den annen side, forvalter et lovverk som er vedtatt av Stortinget, og som ideelt sett skal ivareta hensynet til hele helsetjenesten.

Et gjennomgående problem er at pasientene og en del av de henvisende legene har en annen fortolkning av hva som gir grunnlag for bidrag til behandling enn det som er angitt i forskriften og dens forarbeider. Nemnden er i tvil om hvorvidt befolkningen, legene og sentrale helsemyndigheter er klar over hvor restriktiv gjeldende forskrift er.

## Litteratur

1. Forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Karlsen K. Oslo-lege (53) for gammel for behandling. Dømt til døden av helsevesenet. Dagbladet 5.3.1993.
3. Nylenna M, Haug C, Bjørndal A. Høydosebehandling med stamcellestøtte og statsrådstøtte. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2537–9.
4. Borud H. Hernes overprøver ekspertene. Aftenposten 13.7.1996.
5. Borud H. Kreftleger raser mot Hernes. Aftenposten 14.7.1996.
6. Borud H. Krefteksperter går i protest. Aftenposten 14.7.1996.
7. Somdalen A. ... har du sett hva som står om deg i avisen i dag? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2594–5.
8. Hernes G. Brystkreftsaken og de menneskelige sider. Aftenposten 17.7.1996.
9. Ot.prp. nr. 53 (1996–97). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (bidrag til behandling i utlandet og fylkeskommunens plikt til dekning av behandlingsutgifter).
10. Ot.prp. nr. 22 (1997–98). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (bidrag til behandling i utlandet og fylkeskommunens plikt til dekning av behandlingsutgifter).

○