

RTV- rapport 06/2004

## **Bidrag til behandling i utlandet etter § 5-22** kan ytes når:

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



**Informasjon fra RTV, Utredningsavdelingen**



## **Innholdsfortegnelse:**

Innledning.....	3
Regelverk .....	3
Datagrunnlag .....	5
Hva skyldtes den store økningen i kostnadene ?.....	6
Flere behandlinger i utlandet.....	6
Dyrere behandling .....	8
Dyrere reiser og oppholdskostnader.....	8
Henvissende instans .....	9
Hvilke tjenester ble kjøpt i utlandet ?.....	10
Hvem mottok bidrag og hvor ble de sendt ? .....	13
Kjønn.....	14
Alder.....	15
Diagnose.....	16
Administrering av ordningen .....	19
Diskusjon.....	20
Referanser.....	23



**En kraftig økning i antall personer fordelt på et bredt spekter av diagnoser kombinert med flere spesielt kostbare behandlinger, ga en stor utgiftsvekst i bidrag til utenlandsk behandling i 2003.**

**Endringen i lovverket 01.09.2004 vil åpne opp for utvidede muligheter til behandling i utlandet. Mulighetene begrenses fortsatt ut fra en kost/nytte-vurdering. Det innebærer at helseforetakenes økonomi vil kunne spille en utslagsgivende rolle.**

## Innledning

I 2003 ble det utbetalt 56,1 mill. kroner til behandling i utlandet hjemlet i folketrygdlovens §5-22. Det var en fordobling av utgiftene fra året før.

Et av formålene med denne undersøkelsen er å se om dette var en tilfeldig økning som skyldtes store, kompliserte behandlinger etc. nettopp dette året, eller om det var andre faktorer som påvirket pris og volum.

2003 var det siste året som trygdeetaten hadde ansvaret for denne ordningen. Fra og med 01.01.2004 ble midlene overført til de regionale helseforetak som tilskudd. Folketrygdlovens § 5-22 om bidrag til behandling i utlandet vil bli erstattet av pasientrettighetslovens §2-1 (1) fra og med 1. september 2004.

Et annet formål med undersøkelsen er å se generelt på hvordan ordningen fungerte det siste året hvor den var en del av folketrygden. Dette er så vidt viten den første undersøkelsen som er gjort mht. bidrag til sykebehandling i utlandet.

## Regelverk

I lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd er bidrag til sykebehandling i utlandet regulert i § 5-22 annet ledd:

”Det kan ytes bidrag til dekning av utgifter også når et medlem reiser til utlandet for å få behandling i sykehus når dette er en følge av manglende kompetanse i Norge.”

Bestemmelsen gir ikke den trygdede noen rettigheter til å få dekket sykebehandling i utlandet. Trygden kan foreta en skjønsmessig vurdering av om det skal ytes bidrag. 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.



I forskrift gitt av Sosial- og helsedepartementet 14. januar 1999 er det fastsatt følgende vilkår for at det kan ytes bidrag:

- Det må foreligge en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom eller tilstand.
- Det forutsettes at behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode.
- Det skal foreligge en uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen angjeldende område. Uttalelsen skal være fra spesialavdeling innen sykdommens fagfelt. Dette kan likevel unnlates dersom det foreligger uttalelse fra et sykehus med kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander.

Vilkårene er kumulative.

Det ytes ikke bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling. Bidrag kan likevel unntaksvis ytes til enkeltpersoner med sjelden sykdomstilstander, såfremt de øvrige vilkår i §2 er oppfylt.

§5-22 i folketrygdloven vil gjelde fram til 1. september 2004. Det har til nå vært Rikstrygdeverket som har administrert ordningen, men fra 1. september vil dette overtas av de regionale helseforetakene.

Fra og med 1. september 2004 vil ordningen med bidrag til behandling i utlandet fjernes fra folketrygden. Ordningen vil ivaretas i pasientrettighetslovens §2-1, og de regionale helseforetakene overtar også administrasjonen. Målet med overføringen er en samordning og forenkling av regelverket.

Forslaget til lovendring i denne forbindelse er som følger (2):

”Dersom det regionale helseforetak ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelp innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.”

Lovendringen gir m.a.o. de trygdede en betinget rettighet, men fortsatt gjelder visse begrensninger:

” Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.”

Ved brudd på behandlingsfristen kan pasienten henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et behandlingstilbud (1).



Lovendringen vil åpne opp for muligheter til bidrag også når det gjelder eksperimentell eller utprøvende behandling. I tillegg får man bidrag til behandling i utlandet ikke bare ved manglende kompetanse, men også ved manglende kapasitet.

## Datagrunnlag

Samtlige søknader om stønad til behandling i utlandet ifølge folketrygdlovens §5-22, har til nå blitt behandlet i Rikstrygdeverket. Bidraget har gitt full dekning av spesifisert behandling. For eventuell senere undersøkelse, behandling eller kontroll i utlandet som ikke er spesifisert i opprinnelig søknad, måtte det søkes på nytt. Det innebar at en person kunne få innvilget mer enn én søknad i løpet av et år for behandling av samme sykdom. Det kunne altså være noe tilfeldig hvor mange søknader som var knyttet til behandlingen. I noen søknader var det spesifisert behov for undersøkelse, eventuelt operasjon og kontroll. Andre søknader omfattet bare en av disse aktivitetene.

I denne undersøkelsen er det derfor valgt ikke å bruke antall søknader som grunnlag, men antall personer som fikk innvilget en eller flere behandlinger i utlandet i løpet av kalenderåret.

Det er tatt utgangspunkt i vedtaksdato selv om enkelte behandlinger eller deler av disse kan finne sted i påfølgende år. Utgifter er satt lik trygdeetatens regnskapsførte kostnader i gitt år<sup>i</sup>. Innvilget behandling i 2002 kan imidlertid ha kommet til utbetaling i 2003, og innvilget behandling i 2003 kan ha kommet til utbetaling i 2004. Bruk av vedtaksdato og regnskapsførte utgifter medfører en svakhet i undersøkelsen. Fordi det kontinuerlig har vært forskyvninger fra år til år, antar vi at effekten blir uten avgjørende betydning for konklusjonen.

Årsaken til at vedtaksdato og regnskapsførte utgifter ble benyttet, er at tallmaterialet av praktiske grunner ble begrenset til det materialet som befinner seg i Rikstrygdeverket. Sentralt er det mangelfull informasjon om behandlingstidspunkt, kostnader etc. knyttet til enkeltperson. Slik informasjon befinner seg i de respektive trygdekontor. Det var trygdekontorene som var behjelpelig med bestilling av /rekvisisjon til reise for medlemmet og eventuell ledsager. Trygdekontorene utbetalte eventuelt forskudd til medlemmet og depositum til det utenlandske sykehuset, og de foretok sluttoppgjøret til det utenlandske sykehuset/Utenriksdepartementet/medlemmet.

Med verdifull hjelp fra Dokumentasjonssenteret i Rikstrygdeverket, har det vært mulig å gå igjennom sakene til alle personer (395) som fikk tilstått bidrag i 2003. Tall for 2002 (216 personer) er tilrettelagt av Dokumentasjonssenteret ut fra journalføringssystemet i Rikstrygdeverket.

Samtlige diagnoser er kodet etter den internasjonale statistiske klassifikasjon ICD-10 for videre bearbeiding og sammenligning. Det er i hovedsak brukt ICD - kapitler som diagnosekodeinndeling. ICD-10 er inndelt i 21 kapitler. Når diagnosen ikke kobles mot andre personopplysninger, brukes også en mer spesifikk inndeling i form av diagnosegrupper og enkeltdiagnoser. I de tilfellene hvor det er oppgitt mer enn en diagnose, er det brukt den

---

<sup>i</sup> Regnskapstall for 2002 er korrigeret for krediteringer som gjaldt utgifter i 2001.



diagnosen som er relatert til behandlingen. Relatering og koding av kompliserte diagnoser er gjort med bistand fra kode-ekspertene i Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket.

Behandlingsspesifikasjonen som er brukt, er identisk lik den som er oppgitt i søknadspapirene fra sykehus. I flere tilfeller har denne vært noe mangelfull. Det er mulig å foreta visse utfyllende antagelser om type behandling ut fra den beskrivende delen av søknaden, men det vil være en del usikkerhet knyttet til slike antagelser. Det er av den grunn at ikke gjort her.

## Hva skyldtes den store økningen i kostnadene ?

Bidrag har omfattet behandlingkostnader i utlandet samt reise og oppholdsutgifter for pasient og eventuelle ledsagere. Medlemmets regionale helseforetak har dekket 1/3 av regningens pålydende for behandlingen, men bare når medlemmet hadde vært innlagt i sykehus i utlandet i 2003. (I 2002 betalte helseforetakene en døgnpris tilsvarende den for gjestepasienter ved sammenlignbar avdeling i Rikshospitalet.) Helseforetakenes kostnader er ikke med i utgiftstallene i denne undersøkelsen.

Pasienten fikk dekket alle utgifter i forbindelse med behandling og reise. (Oppholdsutgifter utenfor sykehus ble dekket etter gitte satser. Det samme gjaldt tapt arbeidsgodtgjørelse for ledsager.) Det var ingen egenandel for behandling i poliklinikk og lignende.

I 2003 utbetalte trygdeetaten 56,1 millioner kroner i bidrag til behandling i utlandet (§5-22).

I tidligere år har utgiftene ligget på mellom 10 og 20 millioner kroner.

Hvilke faktorer fikk utgiftene til å øke så sterkt i 2003?

Følgende faktorer kan medføre utgiftsøkning:

- at flere får behandling i utlandet
- at behandlingene blir dyrere
- mer kostbare reiser, lengre opphold, mer behov for ledsagere.
- at flere får behandling i utlandet uten innleggelse på sykehus i forhold til tidligere (slik at helseforetaket ikke dekker noen andel av kostnadene.) Dette er ikke målbart ut fra tilgjengelig grunnlagsmateriale.

### **Flere behandlinger i utlandet**

Bidrag til behandling i utlandet etter § 5-22 kan ytes når det foreligger en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom eller tilstand, og behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode. Det ytes bidrag til full dekning av spesifisert behandling. For eventuell senere undersøkelse, behandling eller kontroll i utlandet, må det som nevnt søkes på nytt.

Det var 395 personer som fikk innvilget en eller flere behandlinger i utlandet i 2003 (ihht. vedtaksdato). I følge journalføringssystemet i Rikstrygdeverket, var det 216 personer som fikk innvilget en eller flere søknader i 2002. En tilsynelatende økning på 83 prosent gir imidlertid



ikke et helt riktig bilde. Fordi henviser ikke alltid spesifiserer behov for tilleggsoperasjon, kontroll, etc. i opprinnelig søknad, må det i flere tilfeller søkes på nytt. Av materialet i 2003 går det fram at minst 41 av de innvilgede søknadene omfattet kontroll, viderebehandling etc., dvs. en videreføring av behandling innvilget i tidligere år. Det kan være enda flere slike saker hvor dette som ikke framkommer under spesifisering av behandling. Av de 104 sakene i 2002 hvor behandling var registrert, var det ni innvilgede saker som omfattet kontroll.

I 2000 bevilget Stortinget 1 milliard kroner til ny ordning med behandling av pasienter i utlandet. Hovedformålet med bevilgningen var å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetiden for utsatte pasientgrupper. 31.12.02 ble prosjektet "Kjøp av helsetjenester i utlandet" avsluttet. Det innebar ikke at nye pasienter i 2003 som tidligere ville ha fått midler fra prosjektet, nå fikk bidrag etter §5.22. Manglende kapasitet ved norske sykehus har ikke gitt grunnlag for bidrag etter §5-22. Det var kun manglende medisinsk kompetanse som lå til grunn for innvilgning av bidrag i 2003. I noen tilfeller mente norske sykehus at de ikke hadde kompetanse til å viderebehandle pasienter som allerede hadde fått behandling i utlandet. Disse pasienten fikk da bidrag etter §5-22 til nødvendig ferdigbehandling. Det kan være nærliggende å tro at informasjon og mediadekning rundt prosjektet gjorde bidragsordningen mer kjent og dermed mer brukt.

Vårt datagrunnlag er ikke tilstrekkelig til å kunne gi forklaringer på hvorfor økningen i antallet i 2003 ble så stor.

Journalføringsystemet for 2002 oppgir diagnoser bare i vel halvparten av sakene. Behandling er oppgitt i 49 prosent av sakene. Det er trolig ikke helt tilfeldig hvilke behandlinger og diagnoser som er registrert. Fordeling av diagnoser på kapitler i de to årene var som følger:

Diagnosekapitler	2002 (53,7 prosent av sakene)	2003 (samtlige saker)
Svulster	28,4	24,6
Sykdommer i nervesystemet	20,7	20,0
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	15,5	19,2
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	15,5	13,4
Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsaker	2,6	5,8
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	4,3	4,1
Andre kapitler med ti eller færre personer	12,9	12,9
Sum	100	100

Det er noe variasjon. Men ut fra en liten populasjon og spesielle kriterier må man forvente en viss variasjon fra år til år.

Det har vært økende etterspørsel etter PET-undersøkelser (se omtale under avsnitt om tjenester). Økningen i PET-undersøkelser alene, kan likevel bare forklare 17 av 83 prosent økning i antallet.

At det generelt har vært en økning i livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom som ikke kan behandles i Norge, virker lite sannsynlig. Det er ingen kjente faktorer som skulle tilsi dette. Det kan dermed være et spørsmål om økningen i 2003 var tilfeldig.

Som nevnt vil imidlertid økt informasjon om sykebehandling i utlandet, kunne gi økning i antall behandlinger. Prosjektet Kjøp av helsetjenester i utlandet i 2001-2002 gjorde at flere fikk kjennskap til at det var mulig å bli behandlet i andre land. I tillegg fjernet man kanskje



noe av skepsisen til slike behandlinger. Internett har også gjort det mye enklere for pasienter til å få tilgang til informasjon om behandlingsmuligheter på verdensbasis.

### ***Dyrere behandling***

Regningene for behandlingene ble sendt til de respektive trygdekontorene, og det er der informasjonen om kostnader knyttet til den enkelte behandling befinner seg. I noen tilfeller har trygdekontorene sendt inn oversikt over utgifter knyttet til den enkelte pasient. Det kan være samtlige utgifter eller utgifter til deler av behandlingen. Vi har altså ikke fullstendig grunnlag til å vurdere om det er snakk om dyrere behandling.

Fra regnskapssystemet kan vi hente ut enkeltposter. Disse vil i hovedsak være knyttet til én behandling, men sier ingen ting om type behandling. I 2003 hadde trygdekontorene 19 utbetalinger til behandling på mer enn 500 000 kroner. Disse representerte 42 prosent av totalutgiften inklusive reiser, etc. I 2002 var tilsvarende tall 7 utbetalinger og 27 prosent. Svært kompliserte behandlinger synes mao. å gi store utslag i utgiftene. En enkelt utbetaling i 2003 utgjorde vel fire prosent av totalutgiftene.

Trekker vi ut enkeltutbetalinger på mer enn 500 000 kroner og tilsvarende antall personer, får vi gjennomsnittlige behandlingsutgifter på:

- 45 000 kroner per person for 2002
- 30 500 kroner per person for 2003.

Gjennomsnittskostnaden gikk ned fra 2002 til 2003. Det er dermed økningen i antallet totalt og i antall kostbare (kompliserte, langvarige) behandlinger som ga økning i utgiftene. Sannsynligvis er antallet kostbare behandlinger noe tilfeldig og vil variere fra år til år. I saksmaterialet for 2003 er det spesifiserte opplysninger om syv kostbare behandlinger. For samtlige av disse tilfellene er det registrert ulik behandling og ulik diagnose. (Spesifikasjon knyttet til de andre kostbare behandlingene befinner seg i de respektive trygdekontorene.)

### ***Dyrere reiser og oppholdskostnader***

Kostnadene påvirkes av spesielle behov. Reiseutgiftene vil i det minste dobles ved behov for ledsager. I et fåtall tilfeller er det også nødvendig med bistand fra helsepersonell under reise. Ordinært brukes det vanlige transportmidler, men i prekære tilfeller er ambulansefly det eneste brukbare alternativet. I regnskapet er det registrert reisekostnader på rundt to millioner kroner.

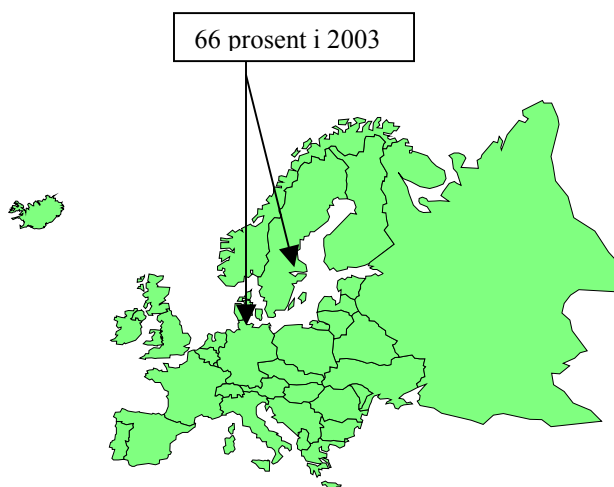
Det er selvsagt en relasjon mellom reisekostnader og behandlingssted.





Innvilget behandling i 2002 og 2003 viser følgende prosentvise fordeling på behandlingsland:

Behandlingsland	2002	2003
Sverige	51,9 %	45,1 %
Danmark	14,8 %	21,2 %
Finland	1,9 %	0,7 %
Tyskland	7,4 %	8,5 %
England	7,4 %	7,5 %
Frankrike	3,2 %	6,5 %
Benelux-landene	1,9 %	1,5 %
Østerrike	1,4 %	0,2 %
Sveits	1,9 %	2,2 %
USA	5,6 %	5,5 %
Andre	2,8 %	1,0 %



Andelen av behandling lagt til skandinaviske land var 67 prosent i 2002 og 66 prosent i 2003.

Regnskapsførte utgifter i 2002 til reise, opphold og ledsagere var gjennomsnittlig 52 000 kroner per person som fikk innvilget bidrag til behandling. I 2003 var tilsvarende tall 53 000 kroner.

Det er tilsynelatende ikke dyrere reiser, lengre opphold eller mer behov for ledsagere som er årsaken til utgiftsøkningen i 2003.

## Henvissende instans

Det skal foreligge uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen angjeldende område om manglende behandlingskompetanse i Norge for det enkelte tilfelle. Også uttalelse fra et sykehus med kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander aksepteres. Heretter brukes benevnelsen henvisere for disse enhetene.

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.



I 2003 var innvilgede søknader fordelt på følgende henvisere:

Helseforetak:	Andel av innvilgede søknader:
Rikshospitalet	32,4 %
Ullevål universitetssykehus	12,9 %
Haukeland Universitetssykehus	12,2 %
Spesialsykehuset for epilepsi	11,6 %
St. Olavs hospital Universitetssykehuset i Trondheim	11,6 %
Det norske radiumhospital	5,8 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	4,1 %
Andre (20 ulike henvisere)	9,4 %



Det er altså fem helseforetak som står for vel 80 prosent av alle søknadene.

Ikke uventet var det Rikshospitalet som henviste hver tredje pasient av dem som fikk innvilget bidrag. Helseforetaket innesto for mer enn halvparten av alle godkjente søknader knyttet til sykdommer i sirkulasjonssystemet og til medfødte misdannelser, deformiteter, etc.

Ullevål universitetssykehus hadde 51 pasienter fordelt på 11 diagnosekapitler. En tredjedel hadde svulst som diagnose. Haukeland Universitetssykehus hadde 48 pasienter også fordelt på 11 diagnosekapitler. Den største gruppen av disse på 10 personer hadde diagnosen medfødte misdannelser, deformiteter, etc. St. Olavs hospital hadde 46 pasienter hvorav 14 hadde diagnose svulst, og 15 hadde sykdommer i sirkulasjonssystemet.

Seks av ti behandlinger av personer med sykdom i nervesystemet var ikke uventet henvist av Spesialsykehuset for epilepsi. Behovet var i og for seg ikke behandling, men spesialundersøkelser (PET) for å diagnostisere epileptiske foci i hjernen.

Over halvparten av pasientene som var henvist fra Det norske radiumhospital, foretok PET-undersøkelser (se neste kapittel).

## Hvilke tjenester ble kjøpt i utlandet ?

Det kan ytes bidrag til behandling i utlandet når dette er en følge av manglende kompetanse i Norge. Det gjelder også for undersøkelse og utredning som ledd i gjennomføring av en behandling. Det har hittil ikke kunnet ytes bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling. Bidrag kunne likevel unntaksvis ytes til enkeltpersoner med sjeldne sykdomstilstander, såfremt de øvrige vilkår var oppfylt.

Behandlingstype er registrert eksakt lik behandlingsspesifikasjonen oppgitt i søknadsskjema (oversendelsesbrev) som henvisende innstans har sendt inn. Spesifikasjon av behandling varierer noe mellom henvisere og gjør det til dels vanskelig å sammenligne behandlingene i etterkant. For eksempel ble fire gravide kvinner med diagnose tvilling til tvilling transfusjonssyndrom behandlet i Hamburg i Tyskland. I to tilfeller var det i søknaden oppgitt operasjon. I de to andre tilfellene var det oppgitt behandling. Det fins minst fem mulige behandlingsformer for denne type diagnose.(3) Det hadde vært mulig å presisere type behandling noe mer ved å benytte henvisers beskrivelse av sykdom etc. Årsaken til at dette ikke er gjort, er at en slik presisering nødvendigvis ville ha måttet bygge på en del antagelser som kan gi feil.



I 13 prosent av sakene er behandling angitt med en generell spesifisering i form av utredning, operasjon, undersøkelse, vurdering, behandling etc. En av årsakene til dette er trolig at henviser ved utfylling av søknad ikke er sikker på hvilken type behandling som vil kunne være aktuell. Det kan finnes flere alternative behandlingsformer, og i spesielle tilfeller vil utenlandske spesialister måtte overveie om det i det hele tatt fins aktuelle behandlingsmuligheter.

Kompetansen ved norske helseforetak vil i de fleste sykdomstilfeller være mer enn tilstrekkelig. Bidragsordningen er ment å fange opp sjeldne, enkeltstående behandlingsbehov hvor det er uaktuelt å etablere/oppretholde kompetanse i Norge. Det er derfor ikke uventet at for mange spesifiserte behandlingstyper er det bare registrert ett til tre tilfeller i året. Det gjelder for tre av ti personer som fikk tilstått bidrag i 2003.

### PET-CT

Den største gruppen med samme behandlingsform er på 105 personer (26,6 prosent).

Disse gjennomgikk ikke i og for seg en behandling, men en PET- undersøkelse.

Detter er tilfeller hvor undersøkelser i utlandet skyldes manglende teknisk utstyr i norske helseforetak.

De viktigste anvendelsesområdene for PET er innen onkologi, nevrologi og kardiologi.( 4)

PET står for positronemisjonstomografi. Det sprøytes en radioaktiv forbindelse inn i blodårene. Forbindelsen tas opp i celler og vev og inngår der i pågående biokjemiske prosesser. Denne aktiviteten kan måles ved hjelp av et PET- apparat. PET gir i seg selv en dårlig anatomisk bildeoppløsning og brukes derfor ofte kombinert med en CT-maskin.

Innenfor onkologi anvendes PET-CT ved stadieinndeling av ikke-småcellet lungekreft, solitære lungesvulster, Hodgkins sykdom og ved påvisning av metastaser og ved funn av tumor i hode/hals. (4) Den diagnostiske nøyaktighet ved en slik undersøkelse vil kunne ha betydning for terapivalg og behandlingssopplegg. En undersøkelse publisert i The Lancet 2002, viste at bruk av PET kunne forebygge unødige kirurgi hos en av fem pasienter med ikke-småcellet lungekreft.(5)

I vårt materiale hadde 51 prosent svulst som diagnose av de 105 personene som skulle ha en PET-undersøkelse. De fordelte seg med følgende andeler:

Lungekreft, mulig lungekreft	11 %
Hodgkins sykdom	11 %
Metastaser	30 %
Ondartet svulst i fordøyelsesorganene	24 %
Andre krefttyper	24 %

Det var kun to tilfeller med oppgitt diagnose som anga tumor (mulig tumor) i hode/hals.

Innen neurologi brukes PET-CT ved diagnostikk av epileptiske foci i hjernen og en mulig forbedret differensialdiagnose for Alzheimer.(4) 47 prosent av de som fikk bidrag til PET-CT hadde epilepsi som diagnose.



Innen kardiologi kan det være en fordel å bruke PET-teknologi for å sjekke blodstrømning i hjertet og bestemmelse av hjertemuskulaturens viabilitet.(4) I vårt materiale for 2003 var det ingen med diagnose knyttet til sirkulasjonssystemet som fikk slik undersøkelse.

Internasjonalt fins det mer enn 1 500 PET- sentre.(5) PET- undersøkelser for norske pasienter blir i hovedsak utført i Danmark og Sverige.

38 prosent av undersøkelsene ble rekvirert fra Danmark (40 personer). Med unntak av én person hadde samtlige svulst som diagnose.

60 prosent av undersøkelsene ble rekvirert fra Sverige (63 personer). 49 av disse hadde epilepsi.

Trygdekontorene hadde sendt inn oversikt over behandlingskostnader i 31 saker.

Gjennomsnittlig kostnad per behandling var 33 000 kroner. I tillegg kommer reise- og oppholdsutgifter hvor gjennomsnittlig kostnad i 21 saker var 9 000 kroner. Legger vi disse kostnadene til grunn for samtlige behandlinger (105), blir utgiften 4,4 millioner kroner i 2003.

Både Rikshospitalet og Radiumhospitalet kunne utføre PET-undersøkelser i 2003. Det var ved hjelp av modifisert gammakamera (såkalt ”fattigmanns PET”), som er tidkrevende og gir begrenset PET - diagnostikk. I følge Radiumhospitalets hjemmeside kunne det foretas ca. 150 undersøkelser i løpet av året.

Anskaffelsesprisen per PET-skanner med nødvendige støttefunksjoner er anslagsvis 50 millioner kroner.(6) I tillegg kommer driftskostnader. PET-teknologien er svært ressurskrevende. (4) For 2004 bevilget Utdanning- og forskningsdepartementet 43 millioner kroner til anskaffelse av PET-skannere. Forskningsrådet bevilget 25 millioner kroner, og et farmasøytisk firma tilbød 25 millioner kroner som delfinansiering (ifølge Rikshospitalets hjemmeside).

Argumentasjonen for anskaffelse av PET-skannere i Norge var i hovedsak bygget på uttalelse fra Senter for medisinsk metodevurdering om oppdatering av diagnostisk og klinisk nytteverdi av PET. Eventuell anskaffelse ble så vidt kjent ikke vurdert opp mot alternativ bruk av eksisterende tilbud i resten av Skandinavia.

### **Ablasjon**

Av 395 innvilgede søknader i 2003 fikk 61 personer bidrag til ablasjonsbehandling.

Behandlingen omfatter i hovedsak at høyfrekvent elektrisk energi (radiobølger) blir sendt gjennom katetre for å ødelegge (brenne bort) rytmefoci og patologiske ledningsbaner i hjertet.

44 personer hadde diagnosen atrieflimmer (og/eller) atrieflutter.

Radiofrekvenskateterablasjon på grunn av atrieflutter utføres ved Arytmisenteret på Haukeland sykehus.(7) De som ble sendt til utlandet for behandling, var derfor i første rekke personer som hadde atrieflimmer. 12 personer hadde diagnosen paroksysmal takykardi. De resterende fem personene hadde alle ulike diagnoser.

Rikshospitalet henviste halvparten av ablasjonsbehandlingene. 29 behandlinger var lagt til Danmark. Nesten alle var henvist til sykehus i Århus. Alle 19 behandlingene i Frankrike var lagt til Bordeaux (Bordeaux-metoden). Åtte personer var henvist til Tyskland, hvorav seks av dem ble behandlet i Hamburg.



I Rikstrygdeverkets eget materiale var det registrert behandlingstkostnader for 11 tilfeller. Gjennomsnittlig kostnad var 76 850 kroner eksklusive reise etc.

### Andre behandlingstyper

16 personer fikk bidrag til å gjennomføre plastisk kirurgi. 75 prosent av disse var henvist til Sverige. De øvrige ble sendt til England, Tyskland og Østerrike. Flertallet ble operert på grunn av medfødte misdannelser eller sykdommer i nervus facialis (ansiktsnerven).

Samtlige personer med bidrag til nervetransplantasjon og eller muskeltransferrering hadde sykdommer i nervus facialis. Fem av de ti behandlingene gjaldt personer med Bells parese. Alle behandlingene ble utført på Akademiklinikken i Stockholm.

Sverige er også dominerende når det gjelder osseintegrert protese. Samtlige ni behandlinger ble utført i Göteborg. Osseintegrert protese blir rekvirert ved amputasjon mellom hofta og kne.

Andre typer behandlinger som omfattet fire til fem personer, var:

- bruskelletransplantasjon (kneskål, knelidelser) som alle ble utført i Göteborg, Sverige
- dioderlaserbehandling for personer med Oslers sykdom som alle ble utført i Svendborg, Danmark
- hjerteoperasjon på grunn av medfødt misdannelse i hjertet utført i England, Frankrike og USA.
- bypass kirurgi (hjerneaneurisme) utført i Nederland og Finland.
- artroskopi (bruskskade kne, hoftelddsartrose) utført i Sverige og USA.

## Hvem mottok bidrag og hvor ble de sendt ?

Pasientene var spredt over hele landet.

Fylke:	Antall pasienter:	Antall pasienter per 100 000 innbyggere <sup>a)</sup>
Østfold	22	8,6
Akershus	47	9,6
Oslo	54	10,3
Hedmark	12	6,4
Oppland	15	8,2
Buskerud	19	7,8
Vestfold	21	9,6
Telemark	9	5,4
Aust-Agder	8	7,7
Vest-Agder	20	12,5
Rogaland	20	5,1
Hordaland	37	8,3
Sogn og Fjordane	5	4,7
Møre og Romsdal	19	7,8
Sør-Trøndelag	33	12,2
Nord-Trøndelag	8	6,3
Nordland	24	10,1
Troms	14	9,2
Finnmark	8	10,9
<b>Totalt</b>	<b>395</b>	<b>8,6</b>

<sup>a)</sup> Innbyggere per 31.12.2003.

Fylkesvis varierer antall pasienter per 100 000 innbyggere fra 5 til 12.



På grunn av det lave antallet og de spesielle vilkårene vil fordelingen høyst sannsynligvis være noe tilfeldig. Endringer fra 2002 til 2003 per fylke viser en variasjon fra en økning på 450 prosent til en reduksjon på 50 prosent.

I Statistisk årbok for 2003 (Statistisk sentralbyrå) er det en tabell som viser utskrevne pasienter fra norske sykehus fordelt på diagnoser i 2002. Personer som fikk bidrag til behandling i utlandet i 2003, utgjorde en halv promille av utskrevne pasienter fra norske sykehus i 2002. Andelen gir en indikasjon på størrelsesordenen for behandling i utlandet. Tallene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare, fordi de er fra ulike år, og i tillegg kan en person ha vært utskrevet fra sykehus flere ganger i løpet av et år.

## Kjønn

205 menn og 190 kvinner fikk innvilget bidrag til behandling i utlandet i 2003. Kvinnene utgjorde altså 48 prosent. Av utskrevne pasienter fra norske sykehus i 2002 var 55 prosent kvinner.

Fordeling etter kapitler i ICD-10 var som følger:

Diagnosekapittel	Antall personer	Herav:	
		Menn	Kvinner
Svulster	97	55	42
Sykdommer i nervesystemet	79	36	43
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	76	52	24
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	53	26	27
Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsaker	23	13	10
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	16	7	9
Andre kapitler med 10 eller færre personer	51	16	35

Det er drøyt dobbelt så mange menn som kvinner med *sykdommer i sirkulasjonssystemet*. Flertallet av disse har hjertesykdommer.

Kvinnene dominerer når det gjelder *sykdommer og metabolske forstyrrelser* og *sykdommer i fordøyelsessystemet* med henholdsvis seks av syv personer og ni av ti personer.

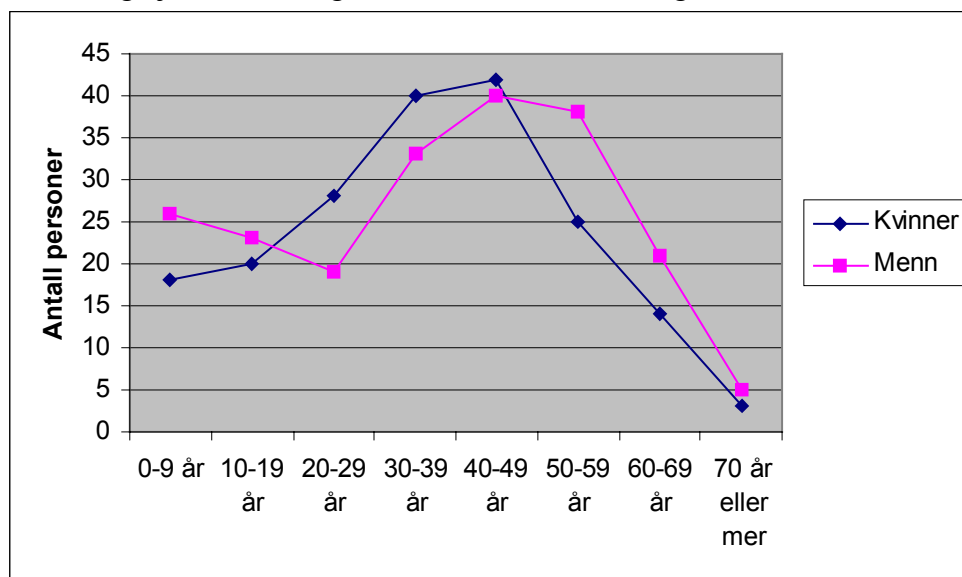
Data for *sykdommer i nervesystemet* viser ingen store forskjeller kjønnsmessig for personer med epilepsi. Det er derimot 13 kvinner av de 15 personene som hadde sykdommer i nervus facialis.

Under kapitlet *svulster* er tre av fire personer med metastaser kvinner. I de andre undergruppene er flertallet menn med unntak av undergrupper som er kjønnsavhengige eller med færre enn tre personer.



## Alder

Alders- og kjønnsfordelingen i 2003 var som vist i figuren:



Alder er angitt per 31.12.2003.

Menn er i flertall for personer mellom 0 og 19 år og for de som er 50 år eller eldre, mens det er flest kvinner i aldersgruppen 20-29 år (60 prosent) og aldersgruppen 30-39 år (55 prosent).

Fordelingen på diagnoser endres naturlig nok med aldersgruppene.

Nedenfor er en oversikt over den prosentvise andel i hver aldersgruppe fordelt på diagnosekapitlene med flest personer:

Diagnosekapittel	0-9 år	10-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år eller mer
Svulster	13,6	20,9	14,9	11,0	<b>31,7</b>	<b>38,1</b>	39,5
Sykdommer i nervesystemet	27,3	<b>44,2</b>	25,5	19,2	18,3	11,1	0
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	2,3	4,7	8,5	17,8	18,3	30,2	<b>51,2</b>
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	<b>45,5</b>	20,9	21,3	15,1	3,7	0	0
Andre	11,3	9,3	<b>29,8</b>	<b>36,9</b>	28	20,6	9,3
Sum	100	100	100	100	100	100	100

For gruppen 20-29 år er det størst andel som har andre diagnoser. Vel halvparten av disse fikk bidrag til behandling på grunn av skader, forgiftninger etc. De andre er fordelt rimelig jevnt på ulike kapitler.

For personer i alderen 30 til 39 år er det også andre diagnoser som har den største andelen. Andre diagnoser inkluderer for denne aldersgruppen 10 ulike kapitler. Av disse var dette flest personer knyttet til kapitlet *sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev*.



## Diagnose

Populasjonen fordelte seg på samtlige diagnosekapitler med unntak av *sykdommer i hud og underhud*. Som nevnt tidligere utgjorde antallet med behandling i utlandet i 2003 en brøkdel av antallet utskrevne pasienter fra norske sykehus i 2002 (0,5 promille). Ser vi likevel på de ulike diagnosekapitlene, finner vi at den høyeste andelen er for *medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik* med drøye seks promille. Som nummer to kommer *sykdommer i nervesystemet* med i underkant av tre promille.

Vi har i hovedsak operert med den groveste inndelingen av diagnoser knyttet til kjønn og alder. Årsaken til dette er at en rekke grupper blir så små at det kan være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Vi skal i det følgende se litt nærmere på enkelte diagnosegrupper og diagnoser uavhengig av kjønn og alder, men til en viss grad relatert til behandlingsland og behandlingstype. Det er registrert 195 ulike diagnosekoder. Det må tas et visst forbehold omkring dette tallet. Valg av diagnosekode vil til en viss grad være avhengig av spesifikasjonsgraden som legen har brukt. I vedlegg 1 er brukte diagnosekoder listet opp. Det er kun brukt én diagnose per person selv om noen har fått oppgitt flere diagnoser. For samtlige diagnoser er det oppgitt samme benevnelse som brukes i ICD-10. Denne kan avvike noe fra henvisers spesifisering.

En egen avdeling i Sosial- og helsedirektoratet har som en av sine oppgaver å koordinere og videreutvikle kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger. Det skal være landsdekkende tilbud til personer med sjeldne diagnoser/syndromer/tilstander.(8) Med sjeldne menes tilfeller som det er mindre enn hundre av i Norge. Blant oppgitte diagnoser for en del av disse tilfellene finner vi minst 10 diagnoser som også er årsak til behandling i utlandet.

### Svulster

Om lag en fjerdedel av alle som fikk bidrag i 2003, hadde svulst som diagnose.

Fordeling på type var som følger:

- 8 personer hadde godartet svulst
- 6 personer hadde svulst med usikker eller ukjent malignitetspotensial
- 83 personer hadde ondartet svulst.

Drøyt 80 prosent av disse behandlingene ble utført i Danmark eller Sverige. Ut over det var behandlingene spredt på syv andre land. For 56 prosent var det diagnostisering (PET-undersøkelse) og ikke behandling som var formålet. I tillegg til de skandinaviske landene ble det rekvirert behandling i syv andre land.

Av personer som hadde ondartet svulst, var 23 tilfeller registrert med **metastaser** eller mulige metastaser. Henvisende instanser hadde i hovedsak behov for å kartlegge metastasene slik at 70 prosent av sakene omfattet PET-undersøkelse.

18 personer hadde **ondartet svulst i fordøyelsesorganene**. En tredjedel av disse hadde endetarmskreft, og bortsett fra for én person, var det rekvirert PET-undersøkelse. Fem personer hadde leverkreft. (Det var like mange med levermetastaser.)





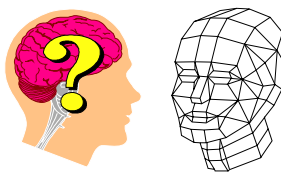
Den tredje største gruppen var **ondartet svulst i lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev**. Halvparten av disse (6 personer) gjennomgikk en PET- undersøkelse på grunn av Hodgkins sykdom. 4 personer led av lymfatisk leukemi og fikk benmargstransplantasjon eller en form for cellebehandling. Samme type behandling ble rekvirert for personer med diagnose myelomatose.

### Sykdommer i nervesystemet

Dette var den nest største kategorien etter svulster med 79 personer. Sverige var det mest aktuelle behandlingsland (67 tilfeller). For øvrig ble det kjøpt tjenester i England, Tyskland, USA og Østerrike.

Samtlige PET-undersøkelser på dette feltet (drøyt 60 prosent av alle med *sykdommer i nervesystemet*) ble utført i Sverige, og i hovedsak var det Akademiske sjukhuset som ble benyttet.

To tredjedeler av personene med *sykdommer i nervesystemet* hadde diagnosen **epilepsi** (53 personer) og nesten alle av disse hadde behov for PET-undersøkelse for å kartlegge epileptiske sentre i hjernen.



MEG- undersøkelser (magnetoencephalography) ble rekvirert i svært liten grad. Disse brukes til kartlegging av hjernen. Slike undersøkelser foretas i USA.

Også for gruppen med sykdommer i **nervus facialis** er Sverige det dominerende behandlingsland. Kun ett tilfelle ble ikke behandlet der. Rekvirert behandlingsform er nervetransplantasjon, muskeltransferrering og plastisk kirurgi.

Det var 15 personer med sykdommer i nervus facialis. (Dette er eksklusive tre personer som hadde fødselsskade i nervus facialis.) 11 av disse hadde diagnosen Bells parese. Idiopatisk Bells parese er den hyppigste årsak til facialparese. (9) De fleste idiopatiske facialpareser slutter i løpet av uker eller måneder. Det er kun om lag 17 prosent av pasientene som får varige og store følgetilstander.(9) (Lammelse i deler av ansiktet kan blant annet gi øyeproblemer i form av manglende tåreproduksjon, uttørring av hornhinnen eller tåreflom.) Fire personer ble behandlet for sykdommer i nevromuskulær overgang og muskler. De resterende syv personene hadde ulike diagnoser.

### Sykdommer i sirkulasjonssystemet

Det var nesten like mange (76 personer) som hadde denne type sykdommer som *sykdommer i nervesystemet*. Behandlinger ble utført i seks ulike land. Danmark hadde flest (35), mens Frankrike kom på andreplass med 21 behandlinger. De andre landene som leverte behandlingstjenester var Tyskland (10 personer), Sverige (6 personer), Nederland (3 personer) og Finland (1 person).

Den store kategorien var andre typer hjertesykdommer hvor **atrieflimmer/ atrieflutter** dominerte med 47 av 62 personer. Atrieflutter og atrieflimmer er blant de mest vanlige hjerterytmeforstyrrelser i befolkningen. Anslagsvis 40 000 – 60 000 nordmenn har slike rytmeforstyrrelser med økende forekomst hos eldre.(10) I hovedsak mottok disse ablasjonsbehandling (se forrige kapittel). Samme type behandling var også rekvirert for 12 av 13 personer med diagnose **paroksysmal takykardi**.



Fire personer med **hjerneaneurisme** var foreskrevet bypass kirurgi i Nederland og Finland.

Alle fire personene som var registrert med sykdommer i kapillær, hadde **Oslers sykdom**. Diagnosen er listet opp som en av de sjeldne sykdommene. (8) Samtlige personer ble sendt til Svendborg sykehus i Danmark for diodelaserbehandling.

### Medfødte misdannelser

Med 53 personer var også dette en rimelig stor gruppe. Her var behandling fordelt på 8 land. Sverige og England hadde henholdsvis 19 og 13 behandlinger. Sveits og Tyskland hadde 6 og 5 behandlinger. For de aller yngste pasientene (1-2 år) hadde Sveits de fleste behandlingene. Samtlige av disse hadde **medfødte misdannelser i strupehode eller luftrør**.

Det var 15 personer som hadde **medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet**, hvorav seks fikk behandling i England. Alle med kongenitt korrigeret transposisjon eller pulmonalatresi ble sendt til England.

**Medfødte misdannelser i øye, øre, nese og hals** ble dominert av diagnosen mikroti. Det gjaldt fire av syv personer. Det er Universitetssjukhuset i Malmø som tydeligvis har spesialister for behandling av personer med denne type diagnose. Den er klassifisert som sjelden i Norge.

12 personer hadde **medfødte misdannelser og deformiteter i muskel-skjelettsystemet**. Den største undergruppen var misdannelser i hjerneskalles og ansiktsknokler. Korreksjon og plastisk kirurgi for disse ble utført på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Halvparten av alle med medfødte misdannelser og deformiteter i muskel-skjelettsystemet hadde diagnoser som er definert som sjeldne (Saethre-Chotzen syndrom, Crouzons sykdom og Ehlers-Danlos syndrom). (8)

5 personer led av nevrofibromatose som også er definert som en sjelden diagnose. Tre ble behandlet i England og to i Sverige

### Andre diagnosekapitler

90 personer var fordelt på 15 kapitler:

Andre diagnosekapitler	Antall personer
Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsaker	23
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	16
Sykdommer i fordøyelsessystemet	10
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	7
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	6
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	5
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	5
Sykdommer i åndedrettssystemet	4
Svangerskap, fødsel og barseltid	4
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	3
Andre diagnosegrupper med en til to personer	7



Behandlingene var lagt til 10 ulike land. Sverige mottok flest personer (48). Så kom Tyskland med 9 personer, England med 8 og USA med 7 personer. Av andre nordiske land hadde Danmark 6 behandlinger og Finland 2.

Av de 23 personene i gruppen *skader, forgiftning og konsekvenser av ytre årsaker*, hadde 9 av dem traumatisk amputasjon mellom hofte og lår som diagnose. Som tidligere nevnt fikk alle disse bidrag knyttet til osseo-integrert protese. Behandlingene ble utført i Göteborg. De andre 14 personene fikk behandlingen utført i syv ulike land.

16 personer var diagnostisert med sykdommer i **muskel-skjelettsystemet og bindevev**. Også i disse tilfellene var Sverige hovedleverandør av behandlingstjenester. Fire personer hadde tilsvarende behandling knyttet til bruskcelletransplantasjon. Ellers varierte enkeltdiagnoser og behandlingsopplegg. Det samme gjelder for de andre diagnosekategoriene med unntak av **svangerskap, fødsel og barselstid** hvor alle fire hadde diagnosen tvilling til tvilling transfusjonssyndrom og **visse tilstander som oppstår i perinatalperioden** hvor alle hadde diagnose fødselsskade i nervus facialis.

## Administrering av ordningen

For å sikre en mest mulig enhetlig saksbehandling skulle alle søknader om dekning av utgifter til sykebehandling i utlandet avgjøres av Rikstrygdeverket.

I 2003 behandlet Rikstrygdeverket 631 søknader om bidrag til utenlandsbehandling, og ca 78 pst. av søknadene ble innvilget. 395 personer mottok bidrag. For hundre standardsaker<sup>ii</sup> var gjennomsnittlig behandlingstid 11 kalenderdager. Behandlingstid var regnet fra og med dato for henvisers undertegning av søknad til dato for utsending av vedtak fra Rikstrygdeverket.

Trygdekontoret hadde veiledningsplikten overfor medlemmet og var som nevnt behjelpelig med bestilling av /rekvisisjon til reise for medlemmet, eventuelt også for godkjent ledsager der dette var aktuelt. Videre utbetalte trygdekontoret eventuelt forskudd til medlemmet og depositum til det utenlandske sykehuset hvor dette var nødvendig. Det var også trygdekontoret som foretok sluttoppgjøret til det utenlandske sykehuset/Utenriksdepartementet/medlemmet og innhentet eventuell refusjon fra medlemmets regionale helseforetak.

---

<sup>ii</sup> Dette er eksklusive et fåtall saker som tar lang tid fordi det kreves tilleggsundersøkelser, etc. Det er også eksklusive et fåtall saker hvor saken må behandles samme dag på grunn av sykdommens art.



## Diskusjon

Mer enn en fordobling av utgiftene til bidrag for behandling i utlandet i 2003 skyldtes primært en økning i antall bidrag på drøye 80 prosent, men også nesten en tredobling av kostbare behandlinger (enkeltutbetalinger på 500 000 kroner eller mer).

Økningen i kostbare behandlinger i 2003 var trolig tilfeldig. Ingenting tilsier at det skulle være større behov for dette enn tidligere. Det ville være noe spesielt om man skulle ha vurdert høye kostnader i forbindelse med enkeltbehandlinger på en annen måte enn tidligere. Men også for disse spesielle behandlingene kan økt kunnskap hos pasient, pårørende og behandler medvirke til flere behandlinger. Det mest plausible er likevel at dette var en tilfeldig økning, og at denne type behandlinger vil måtte variere fra år til år.

I de ti siste årene har den kliniske anvendelsen av PET vist en eksponentiell vekst og har blitt registrert som den raskest voksende medisinske teknologi noensinne.<sup>(11)</sup> I Norge økte etterspørselen med nesten 60 prosent fra 2002 til 2003. Dette alene ville bare ha gitt en vekst i antall bidrag på 18 prosent. Når det gjelder andre behandlinger og undersøkelser, er materialet for 2002 dessverre ikke tilstrekkelig til å kunne si noe om utviklingen. Mangfoldet i type behandlinger og diagnoser i 2003, kan imidlertid gi en indikasjon på at det er behovet generelt som har økt.

Prosjektet Kjøp av helsetjenester i utlandet var rettet mot kapasitetsproblemer ved helseforetakene. Da prosjektet ble avsluttet, kunne denne type behandling i utlandet ikke videreføres i bidragsordningen. Denne omfattet bare behandlinger hvor Norge manglet kompetanse.

Noen personer som allerede var behandlet i utlandet på grunn av manglende kapasitet, fikk imidlertid bidrag til den avsluttende del av behandlingen. Det skyldtes at norske leger mente at de ikke hadde kompetanse til å videreføre enkelte av de behandlingene som var startet opp i utlandet.

Det er ingenting som tilsier at stadig flere nordmenn får spesielle sykdommer som ikke kan behandles i Norge. Men bedre informasjon kan ha medvirket til en økning i antall bidrag. Prosjektet (2001-2002) fikk betydelig mediadekning. I tillegg gjør adgang til nye kunnskapskilder (Internett, databaser) det enklere å få kjennskap til nye og lovende behandlingsmetoder. Dette medfører at profesjonskunnskap er i ferd med å bli ”demokratisert” på en måte som var ukjent for få år siden. Brukerne får større innflytelse over valg av offentlig finansierte tjenester. Fra 01.01.2001 ble det innført fritt sykehusvalg. Nettstedet Fritt sykehusvalg ble etablert i mai 2003. I følge Dommerud og Sildnes (2004) er det flere enn 400 pasienter som daglig orienterer seg om fritt sykehusvalg via dette nettstedet. (12)

Bedre informasjon kan forsterke ønsker om behandling i utlandet framover. Anskaffelse av PET-utstyr i 2004 i Norge vil nok likevel bidra til å redusere behovet for antall behandlinger i utlandet. I 2003 var vel en fjerdedel av bedragene i form av PET-undersøkelser. Men ut fra de behandlingstkostnadene som er registrert, vil dette utgjøre en liten del av de totale utgiftene.

Andre begrensende faktorer kan være pasientens eller helsevesenets skepsis til behandling i utlandet. For pasienten kan det være snakk om ubekvem reise og språkproblemer.



En undersøkelse av det første driftsåret i prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet viste at legene hadde en skepsis til ordningen og til det å sende pasienter i fra seg. (Svarprosenten i undersøkelsen var 41 prosent.) Bare 3 prosent av de som svarte, oppga at de ikke hadde motargumenter i forhold til å sende pasienter til utlandet. Denne ordningen gjaldt bare ved kapasitetsmangel i Norge. Motargumentene var derfor blant annet at pengene skulle heller ha vært brukt ved norske behandlingsinstanser eller nødvendighet med en viss tid på venteliste. Motargumenter som også kan være aktuelle ved overtakelse av bidragsordningen, var kvalitetsinnvendinger og ikke relevante pasienter. Infeksjonsproblemer fikk bred omtale i media. Rikstrygdverket gjennomførte derfor kontroll av pasienten før og etter utenlandsbehandling. Resultatet viste at risikoen for infeksjoner var minimal.

Endringen i lovverket 01.09.2004 vil gi utvidede muligheter for behandling i utlandet. Til nå har utprøvende og eksperimentell behandling ved sykehus i utlandet bare blitt gitt i helt spesielle tilfeller etter godkjenning fra Rikstrygdeverket. De regionale helseforetakene vil heretter få full anledning, etter egen medisinsk vurdering, til å rekvirere slik behandling i utlandet. (1) Behandling i utlandet vil i ny ordning også kunne gis i forbindelse med kapasitetsmangel. For dem som tidligere ville ha fått bidrag, kan ny ordning muligens medføre noe lengre ventetid på behandling. Det er fortsatt et krav om at det ikke skal finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket, men pasientens rett til behandling i utlandet er nå relatert til en gitt frist.

Hvis nødvendig helsehjelp ikke er mottatt innen gitt frist, har pasienten rett til behandling fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. (I bidragsordningen het det at pasienten kunne få behandling i utlandet, og det var ikke tatt forbehold om ventetid.)

Ordningen vil nå i større grad bli rettighetsbasert. Retten gjelder imidlertid fortsatt bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det er et spørsmål om denne forutsetningen vil kunne påvirke antall behandlinger i utlandet i større grad en tilsvarende forutsetning i den gamle ordningen. Bidragsmidlene er fjernet fra folketrygden og overført som del av tilskuddet til de regionale helseforetakene. Det vil si at de ikke er øremerket behandling i utlandet. For det første er det vel en nøktern budsjettsituasjon for helseforetakene i dag og vil sannsynligvis fortsatt være det i kommende år. For det andre er det nesten umulig objektivt å sette en prislapp på endring i livskvalitet. Det ligger fortsatt an til at helsetilbudet vil avhenge av en kontinuerlig prioritering mellom hvem, når, hva og hvor mye. I den grad sykehusene vil ha en økonomisk fordel av ikke å sende pasienter til utlandet, kan det bli de ressurssterke som selv skaffer seg informasjon om sin sykdom og mulige behandlingstilbud, som går "seirende ut".

For de spesielt kostbare behandlingene er det enda større grunn til å tro at helseforetakenes økonomi vil kunne være av avgjørende betydning i framtiden. I St. prp. nr. 1 (2003 – 2004) er det foreslått at 28,2 millioner kroner overføres fra folketrygdens budsjett til de regionale helseforetakene. Midlene er som nevnt lagt inn som en del av tilskuddet til den enkelte region og varierer mellom 3,3 og 10,3 millioner kroner.

Spørsmålet er hva som skjer ( hvilke vurderinger som blir gjort) når det er behov for en enkeltbehandling som vil kunne koste mellom to til tre millioner kroner. Denne type behandling kan også medføre





store reisekostnader ved behov for ambulansefly og deltakelse av helsepersonell. I 2003 var det registrert kostnader for én reise på vel to millioner kroner.

Det er oppnevnt en Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet for perioden 1. september 2004 – 1. september 2006. Denne skal erstatte Klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet. Den nye nemnden skal behandle klagesaker fra pasienter som søker nødvendig helsehjelp i utlandet under henvisning til at det ikke finnes adekvat medisinsk tilbud i Norge. Forutsetningen skal være at ”helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteytere i utlandet etter akseptert metode og pasientens tilstand og den aktuelle behandlingen tilfredsstillende krav gitt i forskrift” (Helsedepartementets nettside). Også her vil det være nødvendig å bruke skjønn.

Til nå har helseforetakene, som henvisende instans, hatt hovedfokus på pasientens behov. Økonomiske forhold har vært tonet ned, dels fordi bidrags-avgjørelsen lå hos andre (Rikstrygdeverket), og dels fordi helseforetaket bare dekket en del av kostnadene i etterhånd. Det er ikke urimelig å forvente at i den nye ordning vil hensyn til økonomi måtte vektlegges på en helt annen måte enn tidligere.



## Referanser

1. Ot. prp. Nr. 63 (2002-2003)
2. Besl.O.nr.23 (2003-2004)
3. Sailesh Kumar, Anna O'Brien, **Recent developments in fetal medicin.** British Medical Journal 24.april 2004.
4. Berit Mørland, **Positronemisjontomografi (PET)-diagnostisk og klinisk nytteverdi.** SMM rapport nr. 6/2003, Senter for medisinsk metodevurdering.
5. Liselotte Højgaard, **Skal man bruke PET scanning ved lungecancer.** Tidsskrift for Den norske lægeforening 8/2004.
6. Baard-Christian Schem, **Ny teknologi - vanskelig evaluering.** Tidsskrift for Den norske lægeforening 8/2004.
7. Ole-Jørgen Ohm, Per Ivar Hoff, Ole Rossvoll, Knut Ståle Erga, Svein Færeststrand, **Radiofrekvenskateterablasjon av atrieflutter.** Tidsskrift for Den norske lægeforening 8/2001.
8. Sosial- og helsedirektoratet, **Informasjon om landsdekkende tilbud til personer med sjeldne diagnoser/syndromer/tilstander.** Rundskriv IS-2/2002.
9. Tina Tos, Christen Krag, **Kirurgisk behandling av sequelae etter facialparese.** Oversigtsartikler 8. oktober 2001 nr. 41.
10. Jian Chen, Ole- Jørgen Ohm, Per Ivar Hoff, Ole Rossvoll, Knut Ståle Erga, Svein Færeststrand, **Atrieflutter – diagnostikk og behandlingsmuligheter.** Tidsskrift for Den norske lægeforening 8/2001.
11. Frode Willoch, **PET-fortsatt kun et forskningsverktøy.** HMT nr. 1 2004.
12. Geir Godager, Tor Iversen, **Hvem bruker retten til fritt sykehusvalg?** Øk. Forum nr. 4/5 2004.
13. Grete Botten, Sølve Mikal Nerland, Terje P. Hagen, **Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet.** Hero Skriftserie 2002:5.



## Vedlegg 1

Diagnose- inndeling	Enkelt diagnose	Kode
<b>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer</b>		
Virusinfeksjoner kjennetegnet ved hud- og slimhinnelesjoner	Uspesifisert ekinokokkose i lever	B 67.8
<b>Svulster</b>		
Ondartet svulst i leppe, munn svelg	Tungerand	C 02.9
Ondartet svulst i fordøyelsesorganer	Jejunum	C 17.1
"	Sigmoideum	C 18.7
"	Endetarm	C 20
"	Hepatocellulært karsinom	C 22.0
"	Hepatoblastom	C 22.2
"	Lever, uspesifisert	C 22.9
"	Bukspyttkjertelhale	C 25.2
"	Endokrin bukspyttkjertel	C 25.4
"	Bukspyttkjertel, uspesifisert	C 25.9
"	Carcinoid	C 26.0
Ondartet svulst i åndedretsorganer, intratorakale organer	Nesehule	C 30.0
"	Hovedbronkie	C 34.0
"	Bronkie eller lunge, uspesifisert	C 34.9
"	Ondartet svulst i thymus	C 37
"	Mediastinum, uspesifisert	C 38.3
Malignt melanom, andre ondartede svulster i hud	Malignt melanom i hud, uspesifisert	C 43.9
"	Hud i andre og spesifiserte deler av ansiktet	C 44.3
Ondartet svulst i mesotel og bløtvev	Retroperitoneum	C 48.0
"	Bindevev og bløtvev i hode, ansikt og på hals	C 49.0
"	Bindevev og bløtvev i brystregionen	C 49.3
"	Bindevev og bløtvev, uspesifisert	C 49.9
Ondartet svulst i bryst og kvinnelige kjønnsorganer	Bryst, uspesifisert	C 50.9
Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer	Blærehalskjertel	C 61
"	Testikkel, uspesifisert	C 62.9
"	Mannlig kjønnsorgan, uspesifisert	C 63.9
Ondartet svulst i øye, hjerne og andre deler av sentralnervesystemet	Overlappende svulst i hjerne	C 71.8
"	Hjerne, uspesifisert	C 71.9
"	Skjoldbruskkjertel	C 73
Ondartet svulst i skjoldbruskkjertel og andre endokrine kjertler	Hypofyse	C 75.1
Ondartet svulst med ufullstendig angitt eller uspesifiserte utgangspunkt, metastaser	Bekken	C 76.3
"	Andre ufullstendig angitte utgangspunkter	C 76.7
"	Lymfeknuter i lyske og underekstremitet	C 77.4
"	Lymfeknuter i bekken	C 77.5
"	Lymfeknute, uspesifisert	C 77.9
"	Metastase i lunge	C 78.0
"	Metastase i tykktarm, endetarm, analkanal og endetarmsåpning	C 78.5
"	Metastase i lever	C 78.7
"	Metastase i hud	C 79.2
"	Metastase i knokler og benmarg	C 79.5
"	Metastase med annen spesifisert lokalisasjon	C 79.8
"	Mucinøst adenocarcinom	C 80
Ondartet svulst i lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev	Hodgkins sykdom, lymfocyttrik type	C 81.0
"	Hodgkins sykdom, nodulær sklerose	C 81.1
"	Hodgkins sykdom, blandet celletype	C 81.2
"	Hodgkins sykdom, uspesifisert	C 81.9
"	Myelomatose	C 90.0
"	Akutt lymfatisk leukemi	C 91.0
"	Lymfatisk leukemi, uspesifisert	C 96.7





## Vedlegg 1

Diagnose- inndeling	Enkelt diagnose	Kode
Godartede svulster	Nasopharynx	D 10.6
"	Mellomøre, nesehule og bihuler	D 14.0
"	Hemangiom, alle lokasjoner	D 18.0
"	Lymfangiom, alle lokasjoner	D 18.1
"	Hjernenerver	D 33.3
"	Ductus craniopharyngealis	D 35.3
Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensiale	Luftrør, bronkie og lunge	D 38.1
"	Åndedretsorgan, uspesifisert	D 38.6
"	Hjernehinne	D 42.0
"	Perifere nerver og det autonome nervesystem	D 48.2
<b>Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet</b>		
Sigdcellesykdommer	Sigdcelleanemi uten krise	D 57.1
Aplastiske og andre anemier	Genetisk betinget aplastisk anemi (Fanconis)	D 61.0
Koagulasjonsdefekter, purpura, andre blødningstilstander	Arvelig mangel på koagulasjonsfaktor -Hemofili A	D 66
Visse tilstander som angår immunsystemet	Velo Cardio Facial syndrom	D 82.1
<b>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser</b>		
Andre forstyrrelser i glukoseregulering og bukspyttkjertelens hormonsekresjon	Annen hypoglykemi	E 16.1
Forstyrrelser i andre endokrine kjertler	Binyremarghyperfunksjon	E 27.5
Metabolske forstyrrelser	Forstyrrelser i metabolismen av fettsyrer-adrenoleukodystrofi	E 71.3
"	Ren hyperkolesterolemi	E 78.0
"	Organbegrenset amyloidose	E 85.4
"	Acidose	E 87.2
<b>Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser</b>		
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	posttraumatisk stresslidelse	F 43.1
<b>Sykdommer i nervesystemet</b>		
Betennelsesykdommer i sentralnervesystemet	Annen spesifisert encefalitt, myelitt og encefalomyelitt	G 04.8
Ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser	Uspesifisert sekundær parkinsonisme	G 21.9
Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	Lokasjonsrelatert idiopatisk epilepsi og epileptiske syndromer med anfall av fokal start	G 40.0
"	Lokasjonsrelatert symptomatisk epilepsi og epileptiske syndromer med enkle partielle anfall	G 40.1
"	Lokasjonsrelatert symptomatisk epilepsi og epileptiske syndromer med komplekse partielle anfall	G 40.2
"	Generaliserte idiopatisk epilepsi og epileptiske syndromer	G 40.3
"	Uspesifisert epilepsi med tonisk-kloniske anfall	G 40.6
"	Annen spesifisert epilepsi	G 40.8
"	Uspesifisert epilepsi	G 40.9
Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	Søvnapné	G 47.3
Sykdommer i nerver, nerverøtter og nervepleksus	Andre spesifiserte sykdommer i nervus trigeminus	G 50.8
"	Bells parese	G 51.0
"	Andre spesifiserte sykdommer i nervus facialis	G 51.8
"	Uspesifiserte sykdommer i nervus facialis	G 51.9
"	Sykdommer i plexus brachialis	G 54.0
Sykdommer i nevromuskulær overgang og muskler	Medfødte myopati	G 71.2
"	Mitokondriomyopati, ikke klassifisert andre steder	G 71.3
"	Uspesifisert primær muskelsykdom	G 71.9
Cerebral parese og andre syndromer med lammelse	Spastisk diplegi	G 80.1
Andre sykdommer og tilstander i nervesystemet	Lekkasje i cerebrospinalvæske	G 96.0
<b>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser</b>		
Sykdommer i senehinne, hornhinne, regnbuehinne og strålelegeme	Arvelig hornhinnedystrofier	H 18.5
"	Kronisk iridosyklitt	H 20.1
Sykdommer i årehinne og netthinne	Arvelig netthinnedystrofi	H 35.5
Andre sykdommer i øyet og øyets omgivelser	Nystagmus og andre irregulære øyebevegelser	H 55
<b>Sykdommer i øre og ørebensknute</b>		
Sykdommer i mellomøre og ørebensknute	Kronisk mastoiditt	H 70.1



## Vedlegg 1

Diagnose- inndeling	Enkelt diagnose	Kode
<b>Sykdommer i sirkulasjonssystemet</b>		
Iskemiske hjertesykdommer	Uspesifisert angina pectoris	I 20.9
"	Ventrikkelseptumruptur som komplikasjon etter akutt hjerteinfarkt	I 23.2
"	Aterosklerotisk hjertesykdom	I 25.1
Andre typer hjertesykdommer	Andre spesifiserte kardiomyopati	I 42.8
"	Ventrikulær arytmie ved "reentry"- fenomen	I 47.0
"	Supraventrikulær takykardi	I 47.1
"	Ventrikulær takykardi	I 47.2
"	Atrieflimmer, artrieflutter	I 48
"	Uspesifisert hjertearytmie	I 49.9
Hjernerarsykdommer	Hjerneaneurisme, uten ruptur	I 67.1
"	Ikke-pyogen trombose i intrakranielt venesystem	I 67.6
Sykdommer i arterier, arterioler og kapillærer	Aneurisme i arteria carotis	I 72.0
"	Arvelig hemoragisk teleangiectasi (Oslers sykdom)	I 78.0
Sykdommer i vener, lymfekar og lymfeknuter, ikke spesifisert andre steder	Øsofagusvaricer uten blødning	I 85.9
<b>Sykdommer i åndedrettssystemet</b>		
Andre sykdommer i øvre luftvei	Annen polyp i bihule	J 33.8
"	Larynxstenose	J 38.6
Andre sykdommer i brysthinne	Subglottisk stenose etter medisinske prosedyrer	J 95.5
<b>Sykdommer i fordøyelsessystemet</b>		
Sykdommer i spiserør, magesekk og tolvfingertarm	Gastroøsofageal reflukssykdom uten øsofagitt	K 21.9
"	Akalasi av magemunn	K 22.0
"	Øsofagusdyskinesi	K 22.4
Brokk	Ventralt brokk uten obstruksjon eller gangren	K 43.9
Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt	Uspesifisert ulcerøs kolitt	K 51.9
Andre tarmsykdommer	Uspesifisert ileus	K 56.7
"	Andre spesifiserte funksjonelle forstyrrelser i tarm	K 59.8
"	Uspesifisert funksjonell forstyrrelse i tarm	K 59.9
Forstyrrelser i galleblære, galleveier og bukspyttkjertel	Annen kronisk pankreatitt	K 86.1
<b>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev</b>		
Artroser	Annen sekundær hoftelidelse uten opplysninger om bilateral manifestasjon (Labrumskade)	M 16.7
Andre leddlidelser	Kondromalasi i kneskål	M 22.4
"	Andre spesifiserte lidelser relatert til kneskål	M 22.8
"	Andre spesifiserte kneleddlidelser	M 23.8
Systemiske bindevevssykdommer	Uspesifisert systemisk sklerose	M 34.9
"	Osteokondrose i ryggstøyle hos voksne	M 42.1
"	Spondylolistese	M 43.1
"	Andre spesifiserte deformerende ryggleidelser	M 43.8
Lidelser i ryggstøyle	Annen spesifisert spondylose	M 47.8
Andre ryggleidelser	Lidelse i cervikalskive, med radikulopati	M 50.1
"	Lidelser i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, med radikulopati	M 51.1
Bløtvevssykdommer	Uspesifiserte muskelsykdommer	M 62.9
Andre benlidelser	Idiopatisk aseptisk osteonekrose	M 87.0
Brusklidelser	Andre spesifiserte brusklidelser	M 94.8
<b>Sykdommer i urin- og kjønnsorganer</b>		
Glomerulære sykdommer	Nefrotisk syndrom	N 04
Andre forstyrrelser i urinsystemet	Strålingscystitt	N 30.4
Andre penisforstyrrelser	Impotens med organisk årsak	N 48.4
"	Andre spesifiserte penisforstyrrelser	N 48.8
<b>Svangerskap, fødsel og barseltid</b>		
Omsorg for og behandling av mor ved tilstander hos foster, etc	Placentalt transfusjonssyndrom (tvilling-til-tvilling)	O 43.0
<b>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden</b>		
Fødselsskader	Fødselsskade av nervus facialis	P 11.3



## Vedlegg 1

Diagnose- inndeling	Enkelt diagnose	Kode
<b>Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik</b>		
Medfødte misdannelser i øye, øre, ansikt og hals	Andre medfødte misdannelser av hornhinne	Q 13.4
"	Medfødt glaukom	Q 15.0
"	Mikroti	Q 17.2
"	Andre spesifiserte medfødte misdannelser i ansikt og hals	Q 18.8
Medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet	Kongenitt korrigert transposisjon	Q 20.5
"	Atrioventrikulær septumdefekt	Q 21.2
"	Fallots tettrade	Q 21.3
"	Atresi i pulmonalklaff	Q 22.0
"	Ebsteins anomali	Q 22.5
"	Andre spesifiserte medfødte misdannelser i hjerte	Q 24.8
"	Andre medfødte misdannelser i det perifere karsystem	Q 27.8
"	Arteriovenøs misdannelse i cerebrale kar	Q 28.2
"	Andre spes.medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet	Q 28.8
"	Uspesifisert medfødt misdannelse i sirkulasjonssystemet	Q 28.9
Medfødte misdannelser i åndedrettssystemet	Medfødt subglottal stenose	Q 31.1
"	Uspesifisert medfødt misdannelse i strupehode	Q 31.9
"	Medfødt trakeomalasi	Q 32.0
"	Medfødt bronkomalasi	Q 32.2
Andre medfødte misdannelser i fordøyelsessystemet	Andre medfødte misdannelser i tunge	Q 38.3
"	Uspesifisert medfødt misdannelse i tarm	Q 43.9
"	Andre spes. medfødte misdannelser i fordøyelsessystem	Q 45.8
Medfødte misdannelser i urinssystemet	Ekstrofi av urinblære	Q 64.1
Medfødte misdannelser og deformiteter i muskel-skjelettsystemet	Andre medfødte deformiteter i skalle, ansikt og kjeve	Q 67.4
"	Medfødt deformitet i ryggstøyle	Q 67.5
"	Andre medfødte misdannelser i overekstremiteter, inkl.skulderbue	Q 74.0
"	Arthrogryposis multiplex congenita	Q 74.3
"	Kraniosynostose	Q 75.0
"	Kraniofacial dysostose	Q 75.1
"	Metafyseal dysplasi	Q 78.5
"	Ehler-Danlos' syndrom	Q 79.6
"	Andre spes. medfødte misdannelser i muskel-skjelettsyst.	Q 79.8
Andre medfødte misdannelser	Nevrofibromatose	Q 85.0
"	Andre spes. Fakomatoser, ikke klassifisert annet sted	Q 85.8
"	Medfødte misdannelsessyndromer som hovedsakelig påvirker ansiktets utseende	Q 87.0
Andre medfødte misdannelser	Andre spesifiserte medfødte misdannelser, ikke klassifisert annet sted	Q 87.8
Kromosomavvik, ikke klassifisert annet sted	Andre spesifiserte kromosomavvik	Q 99.8
<b>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted</b>		
Symptomer og tegn med tilknytning til fordøyelsessystemet og buken	Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	R 10.4
"	Dysfoni	R 49.0



## Vedlegg 1

Diagnose- inndeling	Enkelt diagnose	Kode
<b>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker</b>		
Skader i hoft og lår	Traumatisk amputasjon mellom hoft og kne	S 78.1
Skader i kne og legg	Fersk skade i leddbrusk i kne	S 83.3
Skader som omfatter flere kroppsregioner	Brudd som omfatter flere regioner av én overekstremitet	T 02.3
"	Utilsiktet punksjon og laserasjon under inngrep, ikke klassifisert andre steder	T 81.2
"	Uspesifisert komplikasjon til inngrep	T 81.9
"	Andre spesifiserte komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater	T 84.8
"	Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted	T 88.8
"	Ikke spes. komplikasjon til kirurgisk og medisinsk behandl.	T 88.9
"	Følgetilstander etter skade på øye, øyehule	T 90.4
"	Følgetilstander etter uspes.skade i overekstremitet	T 92.9
"	Følgetilstand etter brudd i lårbein	T 93.1
"	Følgetilstand etter dislokasjon, forstuving og forstrekking av underekstremitet	T 93.3
"	Følgetilstand etter uspesifisert skade i underekstremitet	T 93.8
<b>Faktorer for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</b>		
Ettersyn av kunstige åpninger	Ettersyn av kolostomi	Z 43.3
"	Ettersyn av cystostomi	Z 43.5