

Rapport

Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet

Forfattere

Nanna Kurtze
Jan-W. Lippestad
Karl-Gerhard Hem

Rapport

Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1DATO
2011-11-01FORFATTER(E)
Nanna Kurtze
Jan-W. Lippestad
Karl-Gerhard HemOPPDRAGSGIVER(E)
HelsedirektoratetOPPDRAGSGIVERS REF.
C.Ø. Eriksen 11/459PROSJEKTNR
60F07030ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
76 + vedlegg

SAMMENDRAG

Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet

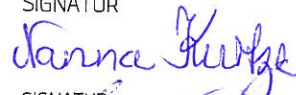
Målsettingen med SINTEF's evaluering har vært å undersøke hvorvidt ordningen med behandlingsreiser til utlandet er i overensstemmelse med formålet slik det er bestemt av Stortinget.

Metode: Dokumentgjennomgang, litteratursøk, kvalitative intervjuer med et utvalg brukerorganisasjoner og intervju med leder og ansatte ved seksjon for behandlingsreiser, samt en spørreundersøkelse blant et utvalg fastleger og legespesialister.

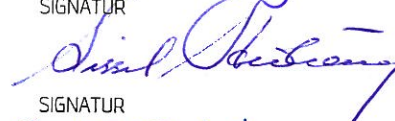
Resultater: Det foreligger få randomiserte, kontrollerte studier (RCT) for de ulike diagnosegruppene om effekt av behandlingsreiser i varmere klima. Revmatisk sykdom og psoriasis er best dokumentert. For nevrologisk sykdom og postpolio vises det til én RCT for hver med positiv effekt av behandlingsreiser til Syden, mens det ikke foreligger noen publisert studie av behandlingseffekt i varmere klima for astma og lungesykdommer for barn og unge. For barn med atopisk eksem viser én RCT til bedret hudsymptomer ved skifte fra et subarktisk/temperert klima til et subtropisk klima. Det er ikke identifisert noen nyttekostnadsanalyser for behandlingsreiser. For å kunne vurdere nytten av behandlingsreiser opp mot andre helsetjenester anbefales det å gjennomføre fullstendige nyttekostnadsanalyser av diagnosegruppene innen dagens ordning. BHR ivaretar sitt ansvar og oppgaver godt. Tjenestene er tilgjengelige for brukere fra hele landet. Brukermedvirkning er ivare tatt på en tilfredsstillende måte. Brukere og leger etterlyser klarere kriterier for tildeling av behandlingsreiser. For to diagnosegrupper utenfor ordningen, fibromyalgi og multippel sklerose, kan behandlingsreiser være nyttig, og en prøveordning er en mulighet.

UTARBEIDET AV
Nanna KurtzeKONTROLLERT AV
Sissel SteihaugGODKJENT AV
Randi Eidsmo Reinertsen

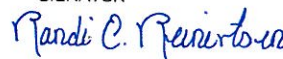
SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR

RAPPORTNR
SINTEF A21000ISBN
978-82-14-05235-0GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Behandlingsreiser til utlandet	6
1.1	Bakgrunn	6
1.2	Kriterier og søknadsprosedyrer for tildeling av behandlingsreiser	7
1.3	Klima og effekt av behandling	7
2	Mål og problemstillinger	9
2.1	Mål	9
2.2	Problemstillinger	9
3	Metode	12
3.1	Dokumentgjennomgang	12
3.2	Litteratursøk i databaser, gjennomgang og evaluering av forskningslitteratur	12
3.3	Kvalitative data fra intervjuer	14
3.4	Spørreundersøkelsen blant fastleger og legespesialister	17
3.5	Helseøkonomiske problemstillinger	17
3.6	Tabelloversikt av problemstillinger og bruk av metoder for datainnsamling	17
4	Kunnskapsoppsummering	18
4.1	Litteratursøk	18
4.1.1	Oppsummering revmatisk sykdom	18
4.1.2	Oppsummering psoriasis	19
4.1.3	Oppsummering nevromuskulære sykdommer, postpolio	20
4.1.4	Oppsummering astma og lungesykdommer	21
4.1.5	Oppsummering atopisk eksem	22
4.1.6	Andre grupper som ikke tilhører ordningen med behandlingsreiser til utlandet	22
4.1.6.1	Oppsummering fibromyalgi	22
4.1.6.2	Cerebral parese	23
4.1.6.3	Multipel sklerose	23
4.1.6.4	Iktyose	24
4.2	Resultater fra intervjuer med brukerorganisasjonene	25
4.2.1	Oppsummering av intervjuer med brukerorganisasjonene	32
4.3	Resultater av intervjuer med Seksjon for behandlingsreiser	33
4.3.1	Oppsummering av intervjuer med Seksjon for behandlingsreiser	41
4.4	Spørreundersøkelse blant fastleger og legespesialister	42
4.4.1	Svarprosent – representativitet	42
4.4.2	Resultater	43
4.4.2.1	Kjennskap til ordningen med behandlingsreiser	43
4.4.2.2	Diagnosegrupper	44
4.4.2.3	Søknader og avslag	46

4.4.2.4	Vurdering av søknadskriteriene.....	47
4.4.2.5	Prioritering.....	48
4.4.2.6	Effekten av behandlingsreiser.....	50
4.4.2.7	Alternative tilbud i Norge	51
4.4.2.8	Synspunkter på ordningen.....	52
4.4.3	Oppsummering av resultater fra spørreundersøkelsen.....	54
4.5	Er behandlingsreiser god samfunnsøkonomi?.....	54
4.5.1	Oppsummering av helseøkonomi.....	59
5	Oppsummerende diskusjon og anbefalinger.....	60
	Vedlegg 1.....	77
6	Kunnskapsoppsummering.....	77
6.1	Litteratursøk.....	77
6.1.1	Revmatisk sykdom	77
6.1.1.1	Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)	77
6.1.1.2	PubMed.....	79
6.1.1.3	Oppsummering Revmatisk sykdom	82
6.1.2	Psoriasis.....	83
6.1.2.1	Cochrane database for kliniske forsøk (RCT).....	83
6.1.2.2	PubMed.....	83
6.1.2.3	Oppsummering Psoriasis.....	86
6.1.3	Nevromuskulære sykdommer, postpolio.....	87
6.1.3.1	Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)	87
6.1.3.2	PubMed.....	89
6.1.3.3	Oppsummering nevrologiske sykdommer, postpolio	89
6.1.4	Astmå og lungesykdommer.....	90
6.1.4.1	Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)	90
6.1.4.2	PubMed.....	91
6.1.4.3	Oppsummering astmå og lungesykdommer.....	92
6.1.5	Atopisk eksem	92
6.1.5.1	Cochrane database for kliniske forsøk (RCT).....	93
6.1.5.2	PubMed.....	93
6.1.5.3	Oppsummering atopisk eksem.....	93
6.1.6	Andre grupper som ikke tilhører ordningen med behandlingsreiser til utlandet.....	94
6.1.6.1	Fibromyalgi	94
6.1.6.1.1	Cochrane database for systematiske oversikter (reviews), andre oversikter (other reviews) og kliniske forsøk (RCT).....	94
6.1.6.1.2	Oppsummering fibromyalgi	96
6.1.6.2	Cerebral pærese.....	96
6.1.6.3	Multippel sklerose.....	96
6.1.6.4	Iktyose.....	97

Litteraturliste

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1 Kunnskapsoppsummering, litteratursøk kapittel 6

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Spørreskjema behandlingsreiser

1 Behandlingsreiser til utlandet

I dette kapittelet gis en kort beskrivelse av ordningen med behandlingsreiser til utlandet og bakgrunn for at den ble etablert. Videre beskrives kriterier og søknadsprosedyrer for tildeling av behandlingsreiser og klima og effekt av behandling.

1.1 Bakgrunn

De første norske pasienter med revmatiske sykdommer og psoriasis fikk tilbud om offentlig finansiert behandlingsreise til utlandet i 1976. Frå 1997 ble ordningen gjort permanent etter vedtak i Stortinget. I dag omfatter ordningen pasienter med betennelsesaktige revmatiske sykdommer, psoriasis, senskader etter poliomyelitt, barn og unge med astma og lungesykdommer og barn med atopisk eksem. Behandlingen foregår i Tyrkia, på Kanariøyene, Montenegro, Spania og Lanzarote. Målet var å gi en dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet i minst tre måneder etter endt behandling (1).

Ordnningen med behandlingsreiser var i starten ment å skulle være et alternativt tilbud til sykehusbehandling. Da uttakskriteriene ble spesifisert, ble det imidlertid påpekt frå medisinskfaglig hold at behandlingsreiser neppe fullt ut kunne erstatte innenlandsk sykehusbehandling og tilbudet ble definert som et supplement til etablerte behandlingsformer. Med supplerende behandling menes at tilbudet ikke kan erstattes av (eller erstatte) liknende tilbud i Norge. Sentralt i denne sammenheng er klimakomponenten. Tilbudet blir derfor ikke lenger sammenliknet med innleggelse i norsk sykehus, men med opphold i rehabiliteringsinstitusjoner. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og barns ledsagere. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2 (1).

Behandlingsreiser til utlandet er en tilskuddsordning under Statsbudsjettet kap. 0733 post 70. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for ordningen. Den daglige administrasjon er delegert til Seksjon for behandlingsreiser (BHR) som er organisert under Klinikken for spesialisert medisin og kirurgi, Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF. BHR har som oppgave å påse at tilbudet tilfredsstiller de faglige krav som stilles i Norge, uttak av brukere til behandling i utlandet, planlegging og gjennomføring av virksomheten. Stillinger ved hovedkontoret i Oslo er 1 leder, 1,35 legestilling (reduisert frå 1,5 legestilling frå 1. september 2010), 1,25 sykepleiere (reduisert frå 3 sykepleiere høsten 2010), 1 fysioterapeut, 1kontorsjef og 4,6 konsulentstillinger (reduisert frå 5 stillinger frå 1. september 2010) (2).

1.2 Kriterier og søknadsprosedyrer for tildeling av behandlingsreiser

Tilbud om behandlingsreiser omfatter brukere fra hele landet. Føringer om prioritering av pasienter med diagnoser hvor det er vist til langtids effekt av klimabehandling er gitt i NOU 2000:2 "Behandlingsreiser til utlandet Et offentlig ansvar?" (1). Dagens ordning omfatter som tidligere nevnt, 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 (klimæffekt). Tilbudet omfatter medisinsk og/eller fysisk behandling og/eller tilrettelagt fysisk aktivitet, ultrafiolett stråling og/eller allergisønering, samt undervisning (ibid).

Aktuell og sikker diagnose er nødvendig for å få innvilget søknad. Ved søknadsbehandling vises det til bl.a. utbredelse av sykdomsmanifestasjoner, sykdomsaktivitet, grad av funksjonsnedsettelse og behov for fysisk behandling for revmatisk sykdom (3). For 2010 var det totalt 5357 søknader, og det var 3024 som reiste pluss 232 ledsagere. Uttaket skjer etter søknad fra spesialist eller fastlegen, samt egesøknad fra brukeren. Det er gitt visse kriterier for uttaket (2). BHR har under utarbeidelse nye og oppdaterte uttøkskriterier for pasienter som søker behandlingsopphold. Kriteriene baseres på internasjonale diagnostiske kriterier, samt evidensbaserte anbefalinger for tilleggssykdommer som kan være kontraindiserende (2).

I dag er det sykdomsspesifikke søknadsskjemaer som utfylles av lege og pasient. Søknadspapir og epikrise følger pasienten. Opplysninger om eventuell komorbiditet er viktig på grunn av mulige kontraindikasjoner. Prioritet blir gitt til pasienter som kan nyttiggjøre seg hele konseptet, og avslag gis der full deltagelse i programmet ikke er aktuelt (3).

1.3 Klima og effekt av behandling

Revmatiske lidelser

For pasienter med revmatisk sykdom bidrar smerte til redusert funksjonsevne (4). Positive effekter av subtropisk klima vil ofte være mindre smerte/stivhet og/eller mindre engstelse for å få smerter i affiserte ledd ved bevegelse (5-7). Kombinasjonen av varme og intensiv aktiv fysisk behandling ser ut til å være viktige virkningsmekanismer for bedring ved klimabehandling (1;8-10). En randomisert kontrollert studie viser at langtids effekt av rehabilitering er bedre i varmt klima enn i kaldt (11). Imidlertid konkluderer en nylig gjennomført litteraturgjennomgang av studier med rehabiliteringstilbud for revmatiske pasienter i varmt klima at det er nødvendig med flere studier med gode design (12).

Psoriasis

Psoriasis er en hudsykdom hvor genetiske komponenter spiller en avgjørende rolle. Sykdommen er kronisk og skyldes feil i immunsystemet. Klimabehandling er en viktig behandlingsform ved psoriasis (13). En studie konkluderer med at klimaterapi med sol har en positiv effekt på psoriasis, d-vitaminproduksjon, lipid- og karbohydrat status (14). En annen studie viser til forbedringer av psoriasis i d-vitaminstatus ved ulik behandling med fototerapi (15).

Senskader etter poliomyelitt

Behandlingsreiser til Syden for nye pasientgrupper inkludert pasienter med postpoliosyndrom har vært gjenstand for mye debatt. En studie synes å dokumentere effekt av behandling i Syden for pasienter med senskader etter poliomyelitt (16).

Astma, lungesykdommer og atopisk eksem

Klimafaktorer kan være med å fremkalle akutte astmaanfall og kronisk vedvarende symptomer. De kan også være medvirkende faktorer ved oppstart av sykdommen. Gunstig klima bedrer bronkial hyperreaktivitet og symptomer ved astma. Dette er vist i forbindelse med flytting av pasienter til høyfjellsklima med middallergisk astma (17) og astma (18). Klimaskifte antas i seg selv å gi bedring, idet naturlig forekommende allergener som pollen, muggsoppspor og midd er forskjellige i ulike klima. Virusinfeksjoner kan for noen pasienter beherskes bedre i varmt klima, mens det motsatte er tilfelle for andre (1). Imidlertid viser en randomisert studie ingen signifikant langtidsforskjell av helserelatert livskvalitet mellom rehabilitering i varmt og kald klima for kronisk lungesyke (19).

Atopisk eksem bedres ved lysbehandling og påvirkning av sol. Sollysets antiinflammatoriske effekt bedrer både atopisk eksem og inflammatoriske hudsykdommer (1;20).

2 Mål og problemstillinger

2.1 Mål

Ordningens 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.

I følge konkurranses grunnlaget skal god kvalitet legges til grunn for evalueringen. God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Ifølge konkurranses grunnlaget utgjør følgende seks elementer strategiens mål på hva god kvalitet er slik det er referert til i "... og i bedre skal det bli" er (21):

- Virkningsfulle tiltak
- Trygge og sikre tjenester
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
- God ressursutnyttelse
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Med dette utgangspunktet defineres følgende seks delproblemstillinger.

2.2 Problemstillinger

1. Ivaretar BHR sitt ansvar og sine oppgaver som forutsatt?

- Hvordan er bemanningen ved BHR (antallet stillinger og fagsammensetning) i forhold til de oppgavene seksjonen skal ivareta?
- BHR inngår avtaler med de forskjellige behandlingsstedene for en periode på inntil 4 år. Er det overensstemmelse mellom de avtalene som inngås og retningslinjer og føringer gitt av overordnet myndighet?
- I henhold til "... og bedre skal det bli" forutsetter god kvalitet at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Det er en forutsetning at behandlingsreiser til utlandet skal være et *supplement* til tilbud i Norge. Hvordan samordnes og ivaretas kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet?

2. Er behandlingsreiser virkningsfulle, trygge og sikre?

- I henhold til *"...og bedre skal det bli"* er det viktig at tiltakene gir den tilsiktede virkning. Faglige avveininger og beslutninger må derfor bygge på relevant, pålitelig, og oppdatert kunnskap og erfaring.
- Hva viser eksisterende forskning når det gjelder behandlingseffekt og kostnadseffektivitet av behandlingsreiser i varmt klima?
- Opplever brukere og fagfolk tjenesten som trygg og sikker?
- Hvordan vurderes det tilbudet som gis ved det enkelte behandlingssted (personell, behandling, boforhold oa.)?

3. Er tjenestene tilgjengelige?

- I henhold til *"... og bedre skal det bli"* må "tjenestene være tilgjengelige og innrettet etter brukernes ulike behov. Tilbudet med behandlingsreiser omfatter brukere fra hele landet. Hvor kjent er og i hvilken grad benyttes ordningen blant fastleger og spesialister?
- Hva er avslagsprosenten for de ulike diagnosegrupper og for landsdelene?
- Hvordan vurderes forholdet mellom de økonomiske rammene som er gitt for ordningen og behovet?

4. Er tjenestene rettferdig fordelt?

- I henhold til *"... og bedre skal det bli"* betyr "Rettferdig fordeling at brukere har likest mulig tilgang på sosial- og helsetjenester uavhengig av kjønn, sosial, status og bosted. Brukere med ulike behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet". Hvordan utnyttes ressursene for å oppnå rett tjeneste til rett bruker, på rett måte og til rett tid?
- Hva slags kriterier danner grunnlag for utvelgelse av pasienter og hvordan fungerer disse i praksis?
- Hvilke hensyn tas til brukernes bosted?
- Hvilke avveininger foretas om brukerne skal få tilbud ofte (årlig) opp mot at flere skal motta tilbudet?

5. Hvilke andre diagnosegrupper bør vurderes lagt inn under ordningen behandlingsreiser til utlandet?

- Hvilke andre pasientgrupper ønsker innpass i ordningen?
- Er det pasientgrupper med diagnoser som har likhetstrekk med de som faller innenfor ordningen og som bør vurderes inkludert?
- Foreligger det ny forskning som viser god og kostnadseffektiv effekt for andre grupper?

6. Er brukermedvirkningen ivaretatt på en tilfredsstillende måte?

I henhold til *"... og bedre skal det bli"* forutsetter god kvalitet at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. Det er etablert et samarbeid mellom Seksjon for behandlingsreiser

(BHR) og brukerorganisasjonene. Vi vil i evalueringen sette søkelys på i hvilken grad brukermedvirkning ivaretas innenfor ordningen behandlingsreiser til utlandet.

3 Metode

Evalueringen baseres på fire datakilder:

- Dokumentgjennomgang
- Litteratursøk i databaser, gjennomgang og evaluering av forskningslitteratur
- Kvalitative data fra intervjuer
- Kvantitative data fra spørreskjema

En slik kombinasjon av metoder for datainnsamling kalles *metodetriangulering*. Metodekombinasjonen vil gi et bredere datagrunnlag og kunne sikre god innsikt i de aktuelle problemstillingene.

I en oppsummering av metodekapittelet (gitt under punkt 3.6 i tabellform) har vi sammenstilt problemstillingene i evalueringen med bruken av de ulike metodene for datainnsamling.

3.1 Dokumentgjennomgang

I evalueringens innledende fase lå vi opp til en dokumentgjennomgang som bl.a. omfattet retningslinjer og anbefalinger fra overordnet myndighet (eks Statsbudsjettet), relevant lovgivning, offentlige utredninger, revisjonsrapport Helse Sør-Øst 2011 (22), årsrapporter fra BHR, samt dokumentasjon/ erfaringsoppsummeringer i aktuelle pasient- og brukerorganisasjoner. Denne kunnskapsoppsummeringen utgjorde et viktig grunnlag for å belyse de problemstillingene som ble reist i evalueringen.

3.2 Litteratursøk i databaser, gjennomgang og evaluering av forskningslitteratur

Det er gjennomført en omfattende litteraturstudie med søk i forskningsdatabaser for å sammenstille kunnskap og dokumentere helseeffekt av behandlingsreiser til utlandet i varmt og solrikt klima for pasienter med følgende lidelser:

- Revmatiske lidelser
- Psoriasis
- Senskader etter poliomyelitt
- Barn og ungdom med astma og lungesykdommer
- Barn med atopisk eksem

Vi startet med systematiske oversikter over forskning som er gjort på feltet og utvidet søket til primærstudier i de tilfellene hvor det var mangel på slike oversikter.

Oversikter over systematiske oversikter

Det kan være flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsket å vite hvilke som er mest effektive. Det kan også være flere populasjoner/diagnoser som kan behandles med samme tiltak og vi ønsket å vite om tiltaket er effektivt i de ulike populasjonene. I oversikter over systematiske oversikter ble det brukt data og konklusjoner fra andres kunnskapsoppsummeringer.

Oversikter over primærforskning

Vi valgte dokumentasjon av så høy kvalitet som mulig for problemstillingen. I de fleste tilfellene ble det derfor søkt etter randomiserte kontrollerte studier med vurdering av effekt av tiltak. Dersom oversikter manglet, ble det hentet data fra primærstudier, som var relevante for vår problemstilling. Data kan og finnes i metaanalyser.

Når det gjelder effekt av tiltak vil det foretrukne designet være randomiserte forsøk, og databaser/kilder vil være Cochrane Database of Systematic Reviews som regnes som gullstandard for slike søk, supplert med søk i PubMed. Kunnskapsgrunnlag ble derfor valgt fra de to nevnte databasene. Innholdet i de to databasene er følgende:

- *Cochrane Library* inneholder systematiske oversikter over effekten av ulike behandlinger og forebyggende tiltak. I databasen finnes også verdens største register av kontrollerte studier, The Cochrane collaboration som tar for seg bl.a. effekt av tiltak på helseområdet (<http://www.cochrane.org>). Metodevurderinger vil her være systematiske oppsummeringer og vurderinger av tilgjengelig vitenskapelig litteratur om effekter av tiltak på behandling for målgruppene
- *PubMed (National Library of Medicine)* er verdens største database innen medisin, sykepleie, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. PubMed er gratisversjonen av Medline. Medline registrerer artikler fra ca 5200 medisinske tidsskrifter fra ulike land og dekker perioden 1950 til i dag

Søkestrategi

Det er gjort søk fra mai til august 2011 i de nevnte databasene med Medical Subject Headings (MeSH) og tekstord ble brukt i tillegg til emneord for våre grupper:

- reumatoid arthrititis RA
- arthrititis, polyarthrititis
- psoriasis arthrititis, (PsA)
- ankylosing spondylitis (AS)
- osteoporosis, osteoarthritis

- rheumatic diseases
- psoriasis
- eczema
- atopic eczema
- polio
- postpolio
- asthma and constructive, obstructive lung diseases (COPD)

Climatotherapy, climate therapy, warm climate ble og brukt for å fange opp effekt for andre grupper (fibromyalgia, multiple sclerosis, cerebral pareses, ichtyosis, muskulær disease). Det ble og søkt på effect of rehabilitation in warm climate/treatment/programme/interventions and therapy.

I de to siste årtier har balneoterapi og klimaterapi vist seg å være effektiv i tilfeller med revmatoid artritt, psoriasisartritt, ankyloserende spondylitt og ikke inflammatorisk artritt som osteoartritt og fibromyalgi. Disse studiene er ekskludert dersom det ikke finnes annen aktiv rehabilitering i tillegg for sammenlikning.

Vi har også fått tilsendt artikler, rapporter, etc fra de ulike brukerforeningene. De inkluderes i den grad det er god kvalitet jf. referee ordning som kriterium eller er vurdert etter tilsvarende faglige krav.

3.3 Kvalitative data fra intervjuer

Kvalitative intervju gir anledning til å få inngående kunnskap om informantenes opplevelse og erfaringer. I denne evalueringen vil den enkeltes erfaringer være viktig informasjon, og *semistrukturerte intervjuer* er derfor en egnet metode for datainnhenting. En slik intervjuform kjennetegnes ved at informanten har innflytelse på samtalen. Intervjuet gjennomføres fleksibelt, det gis rom for å ta opp andre temaer enn dem i guiden, og ulike temaer kan utdypes i ulik grad i de ulike intervjuene. Nye temaer som dukker opp i ett intervju, kan også utdypes i neste intervju (23). Det ble på forhånd utarbeidet intervjuguider som var spesifikke for hver informantgruppe (en for brukerorganisasjonene, og en for ledere og ansatte ved BHR).

Intervjuene ble gjennomført vår og høst 2011, dels som individuelle intervjuer og dels i gruppe. Det ble benyttet opptaksutstyr, noe alle deltakerne ble orientert om og godkjente i forkant av intervjuene. Intervjuene ble tatt opp med elektronisk opptaker. Det ble siden gjort notater fra opptakene (ikke fullstendig utskrift) og lydfilene ble så slettet. Temaene for intervjuene var dels hentet fra problemstillinger skissert i konkurransegrunnlaget og vårt prosjekttilbud, og dels hentet fra dokumentgjennomgangen.

Ved Seksjon for behandlingsreiser ble det gjennomført fem individuelle intervjuer med leder og ansatte. Intervjuene ble gjennomført september 2011 i lokalene til BHR.

I henhold til konkurransegrunnlaget skulle evalueringen gjennomføres med involvering av alle aktuelle pasient- og brukerorganisasjoner. I Norge er det to aktuelle samarbeids- eller paraplyorganisasjoner:

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) med 71 medlemsorganisasjoner. FFO er Norges største paraplyorganisasjon for organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), som består av Foreningen Norges Døvblinde, Norsk forbund for Utviklingshemmede og Norges handikapforbund

Det ble tidlig i evalueringsarbeidet rettet en henvendelse til FFO og SAFO i den hensikt å:

- Drøfte problemstillinger med utgangspunkt i utlysningsteksten, samt problemstillinger med utgangspunkt i samarbeids- og paraplyorganisasjonenes erfaringer med behandlingsreiser til utlandet.
- Opprette kontakt med brukerorganisasjoner som dekker diagnosegruppene som faller inn under ordningen "Behandlingsreiser til utlandet" pr 2011
- Drøfte kontakt med andre relevante brukerorganisasjoner som dekker diagnosegrupper som har likhetstrekk med de som pr 2011 er en del av ordningen "Behandlingsreiser til utlandet"

Møte ble avholdt med representant for FFO sentralt ultimo mai 2011. SAFO har ikke en sentral organisatorisk overbygning på linje med FFO. Dette første møtet ble gjennomført i juni 2011 som et gruppemøte/gruppeintervju med representanter for *Landsforeningen for poliiskadde* (en pasientgruppe som får tilbud gjennom ordningen Behandlingsreiser til utlandet) og *Norsk forening for arvelig spastisk paraparese/- ataksi* (en pasientgruppe som ikke får tilbud gjennom ordningen Behandlingsreiser til utlandet). Gruppen var satt sammen av vår kontaktperson i SAFO.

På møtet med FFO ble det vist til følgende organisasjoner som dekker de som har tilbud innenfor ordningen pr 2011:

- Norsk revmatikerforbund
- Norsk psoriasisforbund
- Norges Astma- og Allergiforbund

Av grupper som en visste ønsket et tilbud innenfor behandlingsordningen ble *Multippel Sklerose Forbundet i Norge* og *Foreningen for Muskelsyke*¹ trukket fram. Videre kom det fram under de innledende intervjuene og samtalene at *Iktyoseforeningen i Norge* kunne være aktuelle som informanter.

De fleste *nevromuskelsykdommer* er medfødte, arvelige og utvikler seg over tid (progredierer). En del blir avhengig av elektrisk rullestol o.a. allerede i barneårene. På grunn av arvegangen har familiene stort behov for genetisk veiledning. Det finnes ingen samlet registrering av muskelsyke i Norge, men en antar at det til sammen finnes ca. 4 000 nordmenn som lider av en kronisk muskelsykdom. Av disse er 300-400 barn og ungdom.

Multippel sklerose (MS) er en kronisk sykdom i det sentrale nervesystem (hjerne og ryggmarg) som affiserer unge voksne. Omlag lever 8000 nordmenn med sykdommen. Den gjennomsnittlige alder ved diagnose er ca. 30 år, men typisk starter sykdommen en gang mellom 15 og 30-års alder. Av og til debuterer sykdommen hos barn (< 15 år) og eldre voksne (> 40 år). Kvinner rammes to ganger så ofte som menn. Sykdommen er vanligst blant mennesker av nordeuropeisk herkomst.

Iktyose betyr fiskehud og er navnet på en gruppe sykdommer der huden er skjellende, tørr og oftest fortykket, særlig i det øverste hornlaget. Hver 500. person har en form for tørr hud som kalles *Ichthyosis simplex* (vulgøris) (ID) og hver 5000. guttefødsel gir en gutt med x-bundet *Ichthyose* (IX). I Norge er forekomst av *Ichthyosis congenita* med recessiv arv (ICR) omfattende kartlagt og det fødes et barn årlig som har en av typene I, II, III og et hvert annet år med type IV.

Hereditær Spastisk Paraparese (symptomer som svekket kraft, stivhet, kramper i bena og vannlåtingsproblemer) og *Hereditær Ataksi* (symptomer som gangustøhet, svekket koordinasjon i hender, synsproblemer og svelgvansker). Sykdommen kan starte i alle aldre, fra 1 år til 80, selv innenfor samme familie. Alvorlighetsgraden kan være alt fra milde gangvansker til rullestolavhengighet, og det er ofte raskere progresjon ved sen start av sykdommen. Brukerorganisasjonen opplyser at det er ca. 450 personer med diagnosen i Norge.

På bakgrunn av den første intervjurunden med brukerorganisasjonene og tilbakemeldinger fra fastleger og spesialister i spørreskjemaundersøkelsen, sendte vi et utvalg oppfølgingsspørsmål til de organisasjonene som

¹ Både pasientgruppen Multippel sklerose og muskelsyke ble vurdert i forbindelse med arbeidet med NOU 2000:2 "Behandlingsreiser til utlandet – et offentlig ansvar?" Når det gjaldt **muskelsyke** viste utvalget til et igangsatt pilotprosjekt/prøveprosjekt og konkluderte med at vurdering "av pasientgruppens egnethet for behandling i utlandet burde avvantes inntil prøveprosjektet er evaluert". Når det gjelder **Multippel sklerose** fant ikke utvalget, ut fra tilgjengelig dokumentasjon, "en medisinsk begrunnelse for å anta at klimabehandling skulle ha spesifikk innvirkning på sykdomsforløp og symptomatologi".

har medlemmer som omfattes av ordningen med behandlingsreiser til utlandet: Norsk Revmatikerforbund, Norges Astma og Allergiforbundet, Landsforeningen for Polioskadde og Norsk Psoriasisforbund.

3.4 Spørreundersøkelsen blant fastleger og legespesialister

Det er gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse blant fastleger og et utvalg av relevante legespesialister. SINTEF sendte ut en henvendelse til et utvalg av fastleger som var inkludert i en e-post-liste fra Helsedirektoratet. Spørreundersøkelsen til dermatologer, pедиater, fysikalsk medisinere og revmatologer ble sendt ut via de respektive spesialistforeningene.

Spørsmålene i undersøkelsen ble utarbeidet av SINTEF i samarbeid med oppdragsgiver og følger i hovedsak problemstillingene som er gitt i oppdraget (se vedlegg 3). I registreringen av svar benyttes programmet Conconfirm.

3.5 Helseøkonomiske problemstillinger

Prosjektet har også tatt sikte på å vurdere helseøkonomiske aspekter ved behandlingsreiser generelt. Det presenteres noen generelle helseøkonomiske og samfunnsøkonomiske prinsipper, og bakgrunnen for cost-benefit-analyse. Ut fra dokumentgjennomgangen og dels fra besvarelsene fra legene foretas det noen vurderinger om den samfunnsøkonomiske verdien av behandlingsreiser til utlandet.

3.6 Tabelloversikt av problemstillinger og bruk av metoder for datainnsamling

Som nevnt i innledningen under dette metodekapittelet samles det inn data fra flere kilder. De ulike datakildene vil i ulik grad belyse de forskjellige problemstillingene, noe som oppsummeres i følgende tabell:

Problemstilling	Dokumenter	Litteratur/forskning	Intervjuer	Spørreundersøkelse
Ivaretar BHR sitt ansvar som forutsatt?	X		X	X
Er behandlingsreiser virkningsfulle, trygge og sikre?	X	X	X	X
Er tjenestene tilgjengelige?			X	X
Er tjenestene rettferdig fordelt?			X	X
Andre diagnosegrupper?	X	X	X	X
Er brukermedvirkning ivare tatt?	X		X	X

4 Kunnskapsoppsummering

Det vises her til korte oppsummeringer av resultatene fra litteratursøkene. Dette er gjort for å gjøre rapporten mer leservennlig, da det er referert til mange studier totalt. I Vedlegg 1 kap.6 finnes en fullstendig redegjørelse av litteratursøk og studiene omtales der kort med mål, metode og konklusjon for hver studie.

4.1 Litteratursøk

Resultatene fra litteraturstudien presenteres her under de ulike diagnosegruppene som omfatter ordningen med funn fra Cochrane database for systematiske oversikter (reviews) og andre oversikter, kliniske forsøk (RCT), Pubmed med oversikter og enkeltstudier og rapporter vist til fra brukerorganisasjonene og BHR. Tilslutt presenteres resultatene fra grupper som ikke omfattes av ordningen.

4.1.1 Oppsummering revmatisk sykdom

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

Frå Cochrane databasen vises det til en systematisk oversikt om effekt av fysioterapiintervensjoner og ankyloserende spondylitt (AS, bekhtereiv) (24) og kun to randomiserte, kontrollerte studier om reumatoid arthritis (RA)/AS (11;25). Studiene viste umiddelbare helsegevinster for RA og AS pasienter uansett klima, men generelt større effekt, og av lengre varighet, dersom behandlingen ble gitt i varmt klima. Typiske funn var at intervensjon i varmt klima hadde påfallende større og vedvarende bedring av symptomer som smerte, mens den vedvarende økning av den fysiske kapasiteten så ut til å være mer uavhengig av den klimatiske settingen (11;25;26).

Den siste tredje studien (27) som studerte balneoterapi og klimaterapi ved Dødehavet sammenliknet imidlertid to ulike behandlinger under de samme klimatiske forhold der begge studiene viste bedring.

PubMed

Frå PubMed var det en norsk oversikt og åtte enkeltstudier om revmatisk sykdom. Oversikten (12) om rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer konkluderte med at det var behov for randomiserte kontrollerte studier for å vise til effekt av rehabilitering i varmt klima for pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom.

I de åtte andre studiene var det imidlertid svakheter ved studiedesignet og det var ingen randomiserte kontrollerte studier bortsett fra den eldste til Johansson & Sullivan (1975). I denne eldste kontrollerte RA studien

(10) tillot ikke studiedesignet (cross-over studie) sikker vurdering av langtidseffekten pga kort tid mellom kryssingen.

I de fem studiene som var ukontrollerte, prospektive studier (8;9;28-30) konkluderes det bl.a. med at behandling i varmt klima er et supplement for disse pasientgruppene.

Studien til Harari et. al. (31) hadde til hensikt å vurdere effekten av klimaterapi ved Dødehavet for D vitamin hos norske pasienter som led av ulike revmatiske sykdommer og å studere mulige assosiasjoner mellom økt vitamin D serumverdier, muskel symptomer og alvorlighetsgrad av sykdom. Begrensninger i studien inkluderte bruken av ikke-validert vurdering av sykdomsalvorlighet og udugelighet til å vurdere sykdomsaktivitet ved bruk av DAS 28 eller ACR 20/50 kriterie for RA pasienter eller andre aksepterte kriterier for aktivitet av osteoartritt eller fibromyalgi.

4.1.2 Oppsummering psoriasis

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

Frå Cochrane database for kliniske forsøk vises det til en randomisert cross-over studie (32) der 95 pasienter ble fulgt opp i to år. Spesifikk antipsoriatisk behandling ble startet hos 55 % etter seks måneder og hos 91 % etter to år. Hos disse ble det påvist redusert sykdomsaktivitet i denne oppfølgingsperioden uttrykt som færre uker med antipsoriatisk behandling.

Samme forfatter, Snellman har skrevet doktoravhandling om klimabehandling og psoriasis (33). Snellman evaluerte da effekten for 373 pasienter av fire ukers klimabehandling på Gran Canaria. Etter avsluttet behandling var 22 % helt tilhelet, 40 % var 90-99% tilhelet, 22 % var 75-89 % tilhelet, 13 % var 50-74 % tilhelet, og 3 % mindre enn 50 % tilhelet (34). Det er ikke gjort undersøkelser av hvilke solingsdoser som er optimale eller hvilken varighet oppholdet bør ha for å gi optimal effekt. Imidlertid konkluderer en studie av Even-Paz (35) med at daglig soleksponering for helioterapi for psoriasis ved Dødehavet kan reduseres i det minste til tre timer daglig som er omtrent halvparten av den opprinnelig anbefalte tiden.

PubMed

Frå PubMed vises det til tre oversikter og seks enkeltstudier om psoriasis samt til noen referanser på klimastudier særlig ved Dødehavet. Først og fremst vises det til effekten av høyfjellsklima på allergiske sykdommer. I oversikten frå 2011 bekrefter en rekke studier effekten av klimaterapi på hudsykdommer, inkludert eksem i varme solfylte strøk (36). Ellers viser evidensbaserte studier på Dødehavs klimaterapi gode kliniske

resultater og lang remisjonsperiode for pasienter med psoriasis (37), samt at heliomarinterapi er et viktig terapeutisk valg i behandling av psoriasis som kan vise til langvarig bedring (38).

Det er vist til seks enkeltstudier med psoriasis av norske forfattere. Disse studiene har imidlertid svakheter ved studiedesignet og det var ingen randomiserte kontrollerte studier. Kontrollgrupper manglet. De konkluderer imidlertid at den observerte effekten først og fremst skyldes soleksponering (39) og at klimaterapi med soleksponering hadde en positiv effekt på psoriasis, vitamin D produksjon, lipider og karbohydrat status (14). En annen studie ble fortolket slik at dersom klimabehandling skal anses som supplerende behandling, anbefales rekruttering av pasienter med alvorlig til moderat sykdomsaktivitet og bruk av kostnadsnytteanalyser. Den første studien som bekrefter bedret livskvalitet etter klimaterapi blant pasienter med psoriasis (40) bekrefter også den kliniske effekten for psoriasis og artritt problemer. De viser til behov for videre forskning på klimaterapi på livskvalitet, kontrollgrupper av pasienter som gjennomgår andre behandlingsmetoder og evaluering av langtids effekt. Den siste studien viser til at de beste resultatene var etter 2 ukers behandling, etter 4 og 8 måneder hadde målene gått tilbake til tilnærmet det samme nivå som før behandling (41). Flere aktuelle studier viser videre til god bedring av psoriasis ved klimabehandling (42-51).

4.1.3 Oppsummering nevromuskulære sykdommer, postpolio

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane database vises det til en oversikt og fire studier. Den systematiske oversikten (52) viste til effekt av behandling for postpolio og konkluderte at grunnet utilstrekkelig kvalitetsdata og mangel på randomiserte studier var det umulig å trekke entydige konklusjoner på virkningen av intervensjonene av PPS. Når det gjaldt de fire studiene fra Cochrane kliniske forsøk viste den ene randomiserte studien til positiv langtids effekt på ulike helsedimensjoner for personer med neuromuskulære diagnoser (53), mens en annen studie med nevromuskulære sykdommer (54) fortolker at det ikke er noen forskjell mellom fysikalsk – medisinsk behandling under varme klimatiske forhold og tilsvarende behandling ved institusjon i Norge. Studien med postpolio pasienter konkluderer med at det synes å kunne dokumentere positiv effekt av behandling i Syden for senfølger etter poliomyelitt (16).

PubMed

PubMed viser bare til en evaluering av eksisterende litteratur om terapeutiske intervensjoner (55). De peker og på behov for evaluering av studier for behandling av smerte, som vanligvis er rapportert av PPS pasienter og langtids effekt av muskulær trening.

Rapport

Det vises og til Rapporten "Evaluering av behandlingsreiser til Syden for postpolio-pasienter Behandling i Norge versus behandling i Syden" (56) fra prosjekt "Evaluering av behandlingsreiser til Syden for postpolio-pasienter, 1999-2000. Studien er publisert og gjengitt under kliniske forsøk (53), Vedlegg 1 kap.6.1.3.1.

4.1.4 Oppsummering astma og lungesykdommer

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

Oversiktsstudien fra Cochrane om behandling av astma og COPD viser til at det er et stort behov for randomiserte studier (57). En studie av voksne fra Cochrane kliniske forsøk konkluderte at det var ingen signifikant langtids forskjell i et subtropisk klima versus et temperert klima etter rehabilitering av kronisk obstruktiv lungesykdom når det gjaldt bedring av helse relatert livskvalitet eller psykisk velvære (19).

Det foreligger ingen randomisert kontrollert studie av behandlingseffekt i varmere klima for barn og unge med astma og lungesykdommer.

PubMed

Frå PubMed vises det til fem oversikter som først og fremst studerer høyfjellsklima og som viser til behov for kontrollerte forsøk.

Den systematiske litteraturgjennomgangen av intervensjonene i rehabilitering av barn og ungdom med obstruktiv lungesykdom viser bl.a. til klimaterapi som ikke konsistent bevis (58). Det er behov for flere kontrollerte studier for å vise positiv effekt på høyfjellsklima for astma (59). En annen oversikt på effekt av opphold for astmatiske pasienter i 1500-1800 m over havet viser til en signifikant gunstig effekt av høy høyde over havet for astma, særlig for steroidavhengige pasienter (60). Videre vises det til gullstandard på medisinsk terapi av COPD og noen av effektene for spaterapi og klimatiske omgivelser for COPD morbiditet (61). Tilslutt vises det til at klima i høyfjell (1560 m) og øyene i Nordsjøen har vist seg effektiv for hud og allergiske sykdommer som atopisk eksem, eksem og psoriasis. Mål og analyse av klimaeffekten har imidlertid vist seg å være vanskelig pga kompleksiteten (62).

4.1.5 Oppsummering atopisk eksem

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

Det var en norsk randomisert, kontrollert studie om atopisk eksem og barn (63). Studien konkluderte at skifte fra et subarktisk/temperert klima til et subtropisk klima i fire uker bedret signifikant hudsymptomer (SCORAD) og livskvalitet selv etter tre måneder hjemkomst.

PubMed

Frå PubMed vises det til en retrospektiv studie og en enkeltstudie som er prospektiv og mangler kontrollgruppe. Oversiktsartikkelen "*Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost-effectiveness*" (64) konkluderte at klimaterapi for atopisk eksem ved Dødehavet i høy grad er en metode for behandling av denne sykdommen. Den er også en kosteffektiv metode, ettersom pasientene ikke tar noen medisiner i løpet av oppholdet og ikke opplever bivirkninger.

Heliotherapy in atopic dermatitis: a prospective study on climatotherapy using the SCORAD index (65) var den første prospektive helio(sol) terapi (HT) studien som brukte en av de strenge skåringsmetodene for atopic dermatitis (AD). Resultatene indikerte at overvåket HT på Kanariøyene i høy grad er en effektiv terapeutisk metode for AD. Ettersom en 3 ukers HT periode for hovedparten av pasientene feilet med å fremskaffe noen fordel i tillegg, så synes en 2 ukers periode å være optimal. HT kunne og betraktes som en kosteffektiv terapeutisk metode da tilgjengelig data viste at de totale utgiftene er redusert både direkte ved mindre kostnader til hudbehandling, og indirekte ved en økning i pasientenes arbeidskapasitet og redusert antall dager med sykemelding.

4.1.6 Andre grupper som ikke tilhører ordningen med behandlingsreiser til utlandet

Det vises til funn om fibromyalgi, cerebrel parese, multippel sklerose og iktyose. Studiene her er og vist til mer utfyllende i Vedlegg 1 kap.6.1.8.

4.1.6.1 Oppsummering fibromyalgi

Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

En oversiktsstudie av Langhorst et. al. (66) viser til en metaanalyse av randomiserte kontrollerte kliniske forsøk av hydroterapi. Studien konkluderte med at det var moderat bevis for at hydroterapi har kortidseffekt på smerte og helse relatert livskvalitet for pasienter med fibromyalgi syndrom (FMS).

Når det gjaldt å studere effekt av en kombinasjon av thalasso (sjø) terapi, trening og pasient læring for personer med fibromyalgi så var studiens design et pre-randomisert kontrollert forsøk (67). Konklusjon var at en kombinasjon av thalassoterapi, trening og pasient læring kunne bedre symptomer på fibromyalgi og helse relatert livskvalitet en kort stund. Dette er den første studien som også fastsetter kost-effekt av spåbehandling (68).

Rapport

I tillegg viser en rapport utgitt av BHR til langtidseffekt (69). Begge studiene om fibromyalgi viser til langtidseffekt på smerter ved behandling i varmt klima sammenliknet med behandling i kjølig klima.

4.1.6.2 Cerebral parese

Det vises til en artikkel fra PubMed om cerebral parese:

"Therapy in a subtropical climate for children with cerebral palsy. Evidence of physical and psychosocial effects?" (70)

Hensikten her var å vurdere mulig terapeutisk effekt av et habiliteringsprogram i varmt klima for barn og ungdom med cerebral parese. Resultatene viste noe bedring i fysisk yteevne. Det mest påfallende funnet var imidlertid den varige effekten av atferds- og emosjonsparametre når det gjaldt selvspekt. De konkluderte med at trening i varmt klima kunne forklare noe av den positive effekten. Basert på fokusgruppeintervjuer og kvantitative funn, er det imidlertid en mer plausibel forklaring at det er en interaksjon i en sosial setting med andre i liknende situasjon.

4.1.6.3 Multipel sklerose

Det vises til en norsk doktorgrad med tittel:

The Influence of Physiotherapy and Climate on Functioning in Multiple Sclerosis Aspects of physical performance, fatigue and health-related quality of life (71) der artikkel om multipel sklerose er publisert i PubMed:

PubMed

"The influence of warm versus cold climate on the effect of physiotherapy in multiple sclerosis" (72)

Hensikten med studien var å sammenlikne kort- og langtidseffekt av behandlingsopphold med fysioterapi i et varmt klima (Tenerife, Spania) versus et kaldere klima (Hakadal, Norge) for personer med multipel sklerose (MS). Studien var en randomisert kontrollert krysstudie (pasientene var sine egne kontrollere). Seksti personer med gangproblem som følge av MS og som ikke hadde varmeintoleranse, ble randomisert til et 4 ukers behandlingsopphold i Spania (Clinica Vintersol, Tenerife) eller i Norge (MS-Senteret Hakadal). Deltakerne fikk behandling på motsatt sted året etter og var dermed sine egne kontrollere. De ble testet før og etter randomisering, før og etter behandling, og tre og seks måneder etter hvert behandlingsopphold. Deltakerne ble testet med fem

ulike fysiske tester, og rett etter gjennomføring av 6-minutters gangtest (6MWT) som var hovedeffekt mål. Studien konkluderte at resultatene indikerte at MS pasienter som ikke hadde varmeintoleranse hadde supplerende fordeler av fysioterapi i et varmt klima.

Rapport

Oslo universitetssykehus HF Seksjon for Behandlingsreiser til utlandet har også utgitt en rapport om *"Effekt av behandling med fysioterapi i varmt klima for pasienter med multippel sklerose – en randomisert kontrollert cross-over-studie"* (73).

4.1.6.4 Iktuose

Det er utgitt en rapport *"Behandlingsreise for Iktuose"* med støtte fra Helse og Rehabilitering, Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner (74). Norge har i 30 år sendt pasienter først og fremst med psoriasis på klimabehandling til Grøn Canaria. Pasienter med iktuose har ikke hatt et slikt tilbud. Iktuose er en gruppe (20-30 ulike former) medfødte hudsykdommer som karakteriseres av tørr, fortykket og flassende hud. Hensikten med prosjektet var å studere hvordan pasienter med iktuose tåler å være i tropisk klima og hvordan deres helse påvirkes.

Metode: 10 iktuose pasienter (8 med lamellar iktuose og 2 med Nethertons syndrom) ble utvalgt og innkalt til klinisk prøve på hudavdelingen på Rikshospitalet. Disse fikk reise til Krabi, Thailand i 2 uker. I undersøkelsen inngikk gradering av iktuose, utfylling av spørreskjema for å vurdere egen livssituasjon samt fotografering av huden.

Resultater: Den første uken var det mange pasienter som ikke svetter eller svettet for lite og ikke hadde det bra. Etter en uke var det en generell forbedring i huden og de begynte å svette. Da to uker var gått svettet alle kraftig. Og den fuktige varmen og svettingen forbedret hudsykdommene enormt. Hudens forbedring var særlig hos de som hadde lamellar iktuose. Det konkluderes med at 2 ukers reisen til Thailand har gitt pasientene en velfortjent hvile og reduser hudsymptomene, noe som og har hatt stor betydning for deres daglige liv hjemme etter hjemkomsten.

På grunnlag av de gode resultatene foreslås det at pasienter med iktuose skal få ta del i klimabehandling til tropisk klima.

4.2 Resultater fra intervjuer med brukerorganisasjonene

Om forholdet mellom tilbud og etterspørsel

To forhold går igjen i de intervjuene vi gjennomførte: For det første er kapasiteten med hensyn til antallet plasser for liten i forholdet til behovet. Organisasjonene viste i denne forbindelse til at dette også var en av konklusjonene i NOU 2000:2 (1). For det andre påpeker flere informanter at antallet søknader til ordningen ikke gir et korrekt bilde av det reelle behovet. I NOU 2000:2 ble det gjort et skille mellom behov og etterspørsel. Med behov mente en *"antall pasienter som årlig vil kunne ha nytte av behandlingsreise til utlandet og hvor behandlingseffekten ikke kan erstattes av behandling innenlands"*. Etterspørsel ble definert som *"det antall pasienter som årlig søker om denne type behandling"*. Brukerorganisasjonene trekker i vår undersøkelse fram flere grunner til at antallet søknader ikke gjenspeiler behovet. Et forhold er at kriteriene for å få behandlingsreiser oppleves som uklare, noe som gjør av pasienter og leger lar være å søke fordi de ikke vet hva de har å forholde seg til. Dette forsterkes ytterligere av at avslagene ikke begrunnes ut over standardformuleringer, noe som gjør det vanskelig å vite hva som skal til for å "komme med".

Brukerorganisasjonene mener også at ordningen med behandlingsreiser til utlandet er lite kjent hos noen av legene, noe som fører til at det er opp til pasientens kunnskap om ordningen og stå-på-vilje om det søkes eller ikke. Bl.a. når det gjelder barn og ungdom med astma og allergi er det stilt krav om at søknad skal sendes fra spesialist, og ikke fastlege. Kjennskapen til ordningen blant fastlegene er varierende og i deler av landet er det langt til spesialist. Dette betyr at det for noen pasienter er "en lang vei å gå" i søkeprosessen, noe som gjør at noen gir opp.

I spørreskjemaundersøkelsen ba vi legene ta stilling til utsagnet: *"Behandlingsreiser til utlandet blir som oftest foreslått av pasienten selv"*. Revmatologene og allmennmedisinere/fastleger var mer enige i utsagnet enn dermatologer og pediater. Vi ba brukerorganisasjonene kommentere disse resultatene. Videre spurte vi om dette stemmer overens med de erfaringene organisasjonene har. Et generelt inntrykk er at dette utsagnet stemmer godt overens med organisasjonenes erfaringer, og at det viser at det fortsatt er en del leger som ikke kjenner til ordningen med behandlingsreiser. Videre vises det til at det at pasientene foreslår behandlingsreise kan skyldes en viss skepsis til effekten av behandlingsreiser hos en del leger.

Et tredje forhold er at det innen de ulike spesialistmiljøene er varierende grad av tro på at behandlingsreiser til utlandet har noen behandlingmessig effekt. Brukerorganisasjonene peker på at dette kan føre til at pasienten tilfredsstiller de kravene som stilles for å få behandlingsreise, men hvor det ikke søkes fordi spesialisten mener annen behandling har like stor effekt. Når det gjelder manglende tro på behandlingsreiser som adekvat behandlingsform blant enkelte legegrupper, kommer det fram i intervjuene at dette til en viss grad kan skyldes at

ordningen opprinnelig ble initiert av brukerorganisasjonene og politikere, og ikke leger. Videre viser intervjuene med brukerorganisasjonene at motstanden mot eller skepsisen til behandlingsreiser som effektiv behandlingsform er tydeligere i noen legegrupper enn i andre. Dette gjør at noen brukerorganisasjoner, mer enn andre, opplever at de har "sine spesialister" med "på laget" i sin interessekamp.

I enkelte av brukermiljøene vises det også til misnøye med boformen på behandlingsstedet (at man må dele leilighet med personer man ikke kjenner) som en av grunnene til at brukere lar være å søke om behandlingsreise. Et forhold, som gjelder barn med astma og allergi, er at nedre aldersgrense ved behandlingsstedet på Gran Canaria er økt fra 3 til 5 år, noe som gjør at små barn med et åpenbart behandlingsbehov, i følge brukerorganisasjonen, ikke får tilbud om dette. Videre viser brukerorganisasjonene til at noen pasienter lar være å søke fordi avslagsprosenten er høy, eller at de lar være å søke fordi erfaringen viser at de ikke får behandlingsreise to år på rad.

Om kjennskap til ordningen "Behandlingsreiser til utlandet"

Noen av legene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen hadde skrevet i kommentarfelt at informasjonen om ordningen er for dårlig. Vi spurte brukerorganisasjonene om de kunne si noe nærmere om det arbeidet de gjør for å informere fastleger og spesialister om diagnose og ordningen med behandlingsreiser. Brukerorganisasjonene opplyser at de benytter de kanalene og mulighetene de har til rådighet når det gjelder å informere sine medlemmer om behandlingsreiser: Internettsider, medlemsblader, medlemsmøter, konferanser osv. Enkelte organisasjoner viser til at de oppfordrer sine medlemmer til å ta med tilgjengelig informasjon om behandlingsreiser når de er i kontakt med sin lege. Flere av organisasjonene etterlyser en mer aktiv holdning fra BHR med hensyn til å spre informasjon til spesialister og fastleger, samtidig som organisasjonene mener selv at de har et forbedringspotensial med hensyn til informasjonsspredning.

Intervjuene viser også at noen brukerorganisasjoner har rutiner med å sende informasjon om ordningen til fastleger og spesialister. Likevel får brukerorganisasjonene tilbakemeldinger fra sine medlemmer om varierende grad av kjennskap til ordningen blant fastleger og spesialister. Kunnskapen om ordningen sitter ofte hos pasienten, som må orientere legene om ordningen. Brukerorganisasjonene peker på at manglende kjennskap til ordningen kan igjen gi seg utslag i at søknadene som sendes blir mangelfulle og at behovet blir for dårlig dokumentert, noe som i sin tur kan føre til avslag på søknadene.

Et forhold som enkelte av brukerorganisasjonene trekker fram er at legene (og da særlig fra fastlegene) kan ha kjennskap til eller har hørt om ordningen med behandlingsreiser til utlandet, men at de har lite kunnskap om diagnosen. Og som det kommer fram i intervjuene med brukerorganisasjonene: En god søknad forutsetter god kjennskap til diagnose og kunnskap om en behandlingsreises effekt for den enkelte pasient.

Brukerorganisasjonene informerer, som nevnt ovenfor, sine medlemmer om ordningen med behandlingsreiser. Imidlertid omfatter ordningen alle med de aktuelle diagnosene, ikke bare de som er medlemmer av en brukerorganisasjon, og organisasjonsgraden varierer. Ut fra det vi har fått kjennskap til bl.a. gjennom intervjuene med brukerorganisasjonene, er det ikke uvanlig at under halvparten med diagnose er medlem av en brukerorganisasjon. Ikke-medlemmene vil da i enda sterkere grad være avhengige av at behandlende lege kjenner til ordningen. Dette var et tema som så vidt ble berørt i noen av intervjuene, uten at det ble utdypet noe nærmere.

Spørreskjemaundersøkelsen blant fastleger og spesialister viste at over 90 % av de legene som hadde svart (uansett spesialitet) kjente til ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Svarprosenten i undersøkelsen var imidlertid lav (ca 20 %). Vi spurte organisasjonene om de hadde gjort egne undersøkelser blant legene eller hadde egne erfaringer om legenes kjennskap til ordningen. Brukerorganisasjonene har ikke gjort noen egne systematiske undersøkelser blant legene om kjennskapet til ordningen med behandlingsreiser til utlandet, men sier at det fortsatt gjenstår arbeid for å gjøre ordningen godt nok kjent og at organisasjonene og pasientene er de som må fortelle legene om ordningen (spesielt fastlegene). Organisasjonene peker på at, ut fra deres erfaringer, så har undersøkelsen fanget opp de legene som kjenner ordningen og mener at de som ikke kjenner den har latt være å delta. Videre pekes det på at det er stor forskjell på det å kjenne til ordningen og det faktisk å velge å henvise en pasient til denne behandlingen. Det blir bl.a. vist til at leger kan ha hørt om ordningen med behandlingsreiser til utlandet, men har ingen erfaring med søknadsprosedyren, hvilke skjemaer som skal fylles ut, hvor man finner søknadsskjemaene osv.

Søknadsprosessen

Intervjuene med brukerorganisasjonene og Seksjon for behandlingsreiser viser at det er visse variasjoner i søknadsprosessen knyttet til de ulike diagnosene og om søknaden gjelder barn/ungdom eller voksne. Spørsmålet om søknad skal kunne sendes fra fastlege eller om den må sendes fra spesialist, mener brukerorganisasjonene handler om en avveining mellom tilgjengelighet og kompetanse. Brukerorganisasjonene peker på at tilgangen til spesialister innenfor de aktuelle diagnosene varierer mye fra landsdel til landsdel, og krav om at det kun er spesialist som kan søke innenfor ordningen vil gjøre veien lang for pasienter i store deler av landet. Av intervjuene kommer det fram at det ville gjort det enklere for enkelte pasientgrupper om fastlege hadde kunnet henvise/søke. Samtidig blir det fra enkelte organisasjoner også argumentert med at det er unødig bruk av spesialisttid å skrive søknaden så lenge det foreligger en epikrise fra spesialist som ikke er foreldet.

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi legene om de synes kriteriene for å få tilbud om behandlingsreiser til utlandet er klart utformet. 83 % av dermatologene, 54 % av revmatologene, 29 % av pediaterne og 36 % av allmenmedisinere/fastleger svarte at de synes kriteriene er klart utformet. Vi ba brukerorganisasjonene kommentere disse resultatene. Videre spurte vi om dette stemmer overens med de erfaringene organisasjonene

har. Etter det vi får opplyst fra BHR, vil en snart slutføre arbeidet med en betydelig mer utfyllende og detaljert kriterieliste til bruk ved tildeling av behandlingsreiser. Det varierer noe fra diagnosegruppe til diagnosegruppe i hvilken grad det er utviklet måleinstrumenter og indekser for å fastslå diagnose, alvorlighetsgrad osv. Videre benyttes det et sett av tilleggskriterier (litt varierende mellom diagnosegruppene) som grunnlag for å tilby behandlingsreiser: Tilleggsdiagnoser som kreft, hjertekarsykdommer og psykiatriske diagnoser, rusproblematikk, oppførsel ved tidligere reiser, når en fikk tilbud om reise sist og tildels tilgang til lokalt behandlingstilbud og bosted. Brukerorganisasjonene etterlyser generelt en tydeliggjøring av de kriteriene som benyttes. Mangelfull kjennskap til og innsyn i tildelingskriteriene, kombinert med brukerorganisasjonenes påpekning av mangelfull begrunnelse for avslag, gjør det problematisk for leger og brukere å vite hva som er tillagt vekt i søknadsbehandlingen.

Seksjon for behandlingsreiser

Brukerorganisasjonene ser det som en fordel at ordningen med behandlingsreiser til utlandet administreres av en enhet og ikke er fordelt på flere, eksempelvis på de ulike helseforetakene. Blant organisasjonene vises det til bl.a. ordningen i Sverige hvor ansvaret for behandlingsreiser er spredd på länene, noe som har gitt store lokale forskjeller med hensyn til hvor mange som får tilbud og hvem som får tilbud. I tillegg til fordelene ved at ordningen administrativt er lagt et sted, trekkes også fram ønske om en videreføring av at tildeling av midler er lagt inn som egen post på statsbudsjettet, og tildeling og omfang ikke er gjort avhengig av helseforetakenes økonomi. Plassering av BHR i Helse Sør-Øst har ikke vært noen sentralt diskusjonstema i organisasjonene slik vi oppfatter det, men når spørsmålet stilles, fremkommer det enkelte ytringer om at det kunne vært en fordel om ordningen var blitt administrert utenom helseforetakene (eks. som en seksjon eller avdeling i Helsedirektoratet), bl.a. for å unngå en diskusjon omkring forfordeling av enkelte regioner og pasientgrupper.

I henhold til årsrapportene fra Seksjon for behandlingsreiser (BHR) er det "*etablert regelmessig samarbeid med pasientorganisasjonene om innholdet i de respektive behandlingstilbud og valg av nye behandlingssteder*" (2). De ulike brukerorganisasjonene har noe varierende erfaringer med BHR med hensyn til tilgjengelighet og lydhørhet for organisasjonenes synspunkter og forslag til endringer og justeringer av tilbudene. Et hovedinntrykk er at brukerorganisasjonene opplever de årlige møtene med BHR mer som orienteringsmøter enn evaluerings- og samarbeidsmøter hvor det er åpent for å komme med innspill til forandringer på behandlingsstedene, valg av nye destinasjoner oa, og som tas til følge. I tillegg til de årlige fellesmøtene, avholdes det møter med BHR etter initiativ fra enkeltorganisasjoner. Det er et generelt inntrykk at BHR oppleves som imøtekomne med hensyn til å avholde slike møter når organisasjonene har behov for dette, men at organisasjonene i liten grad opplever å ha reell innflytelse. Noe av dette forkløres med at BHRs virksomhet er styrt av sentrale føringer og rammebetingelser – faktorer de i liten grad har kunnet påvirke. Samtidig gir enkelte av organisasjonene BHR ros for at seksjonen de

siste årene i større grad har vært opptatt av å dokumentere effekt av behandlingsreiser og å dokumentere mulige vektinger.

I henhold til Seksjon for behandlingsreiser, sendes epikrise (medical report) fra behandlingsstedet til BHR og innsøkende lege etter endt behandlingsopphold. Dette er viktig informasjon for legene med tanke på vurdering av effekt av behandlingen, samt som grunnlag for videre behandling. I henhold til brukerorganisasjonene oversendes epikrisen i varierende grad til fastlegen (når fastlegen ikke er innsøkende lege), noe organisasjonene mener er meget uheldig med tanke på kontinuiteten i behandlingsopplegget. Et annet forhold som blir etterlyst blant brukerorganisasjonene, er mer og bedre bruk av epikrisene i utviklingen av behandlingstilbudene. Organisasjonene har et inntrykk av at BHR nyttiggjør seg denne informasjonen i liten grad.

Effekt av behandlingsreiser til utlandet

Flere av brukerorganisasjonene er opptatt av at behandlingsreiser til utlandet har effekt for pasientene langt ut over en strengt dokumentert medisinsk behandlingseffekt. Mange av pasientene opplever ensomhet og isolasjon og synes det er vanskelig å forholde seg til et sosialt felleskap i hverdagen. Behandlingsreisene gir dem muligheten til å treffe andre som er i samme situasjon. Et annet forhold som trekkes fram er at det i forbindelse med behandlingsoppholdene gis opplæring for bedre å leve med diagnosen i hverdagen, tips om kosthold, fysisk aktivitet, informasjon om følgesykdommer oa. Mange av brukerne i de aktuelle diagnosegruppene går på sterke medisiner, sterke hydrokortisonsalver oa. Behandlingsoppholdene gir pasienten en pause fra den medikamentelle behandlingen, noe både pasientene og legene mener er av det gode. Alle disse faktorene mener brukerorganisasjonene bør tillegges vekt og inkluderes i nyttevurderingene.

Flere av legene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen hadde svart i kommentarfelt at det hadde vært bedre anvendelse av pengene som brukes på behandlingsreiser til utlandet om midlene hadde vært brukt til å styrke/bygge opp et tilbud nasjonalt. Vi spurte brukerorganisasjonene om de hadde noen kommentarer til dette. Brukerorganisasjonene viste til at slike utsagn fra legene baserer seg på manglende kunnskap om innholdet i og effekten av behandlingsreiser til utlandet. Det pekes på den ene siden på at behandling i varmt klima har dokumentert effekt (på kort og lang sikt) – en effekt det ikke kan kompenseres for med behandling i Norge. For det andre vises det til mangelfullt og tildels redusert behandlingstilbud i Norge, og at brukerne ikke får den behandlingen de har behov for hjemme. For det tredje vises det til at klimabehandling i utlandet er billigere enn behandling i Norge.

Inkludering av andre gruppe i ordningen behandlingsreiser til utlandet

Spørsmålet om å inkludere andre pasient- og diagnosegrupper ble stilt brukerorganisasjonene som pr i dag representerer diagnoser som omfattes av ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Organisasjonene har de

siste årene argumentert for å la andre pasientgrupper få prøveopphold innenfor ordningen. Det er også tatt initiativ fra organisasjonene for å skaffe midler til forskning for å dokumentere effekt av behandlingsoppholdene. Organisasjonene opplever dette som tunge prosesser hvor det har vært vanskelig å nå fram med sine synspunkter og å få satt av midler til disse aktivitetene. Organisasjonene har også hatt en opplevelse av at signalene fra sentrale myndigheter har vært at den økonomiske rammen for ordningen ligger fast, og at dersom nye grupper skal inn, må andre tas ut. Videre opplever organisasjonene det som problematisk at prøveopphold ikke har vært finansiert av friske midler, men er tatt av rammen, noe som har gjort at antallet reiser for de gruppene som har vært innenfor ordningen har blitt redusert.

Brukerorganisasjonene stiller seg også noe undrende til det utvalget av diagnoser som er inkludert i og ekskludert fra ordningen. Bl.a. spør Norges Astma og Allergiforbund om hvorfor ikke voksne med alvorlig astma gis tilbud om behandlingsreiser, når barn og ungdom får et slikt tilbud. Videre trekkes fram at voksne med psoriasis får tilbud, men ikke voksne med alvorlig atopisk eksem. Atopisk eksem er vanligvis en barnesykdom som en vokser av seg, men noen få har det også når de er voksne. Det argumenteres her for at studier viser at barn og ungdom med denne diagnosen har effekt av behandlingsreiser, og at det er grunn til å anta at dette også vil gjelde for de få voksne med diagnosen.

Som en del av evalueringen intervjuet vi et utvalg organisasjoner for brukere med diagnoser som ikke omfattes av dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet, men hvor det er blitt fremmet interesse for å inkluderes i ordningen.

Både pasientgruppene *Multipel sklerose* og *muskelsykdommer* ble vurdert i forbindelse med arbeidet med NOU 2000:2 "Behandlingsreiser til utlandet – et offentlig ansvar?" (1). Når det gjaldt muskelsyke viste utvalget til et igangsatt pilotprosjekt/prøveprosjekt og konkluderte med at vurdering "av pasientgruppens egnethet for behandling i utlandet burde avvantes inntil prøveprosjektet er evaluert". Når det gjelder Multipel sklerose fant ikke utvalget, ut fra tilgjengelig dokumentasjon, "en medisinsk begrunnelse for å anta at klimabehandling skulle ha spesifikk innvirkning på sykdomsforløp og symptomatologi".

I intervjuet med *Foreningen for muskelsyke* vises det til at et fellestrekk for muskelsyke (som forøvrig er fordelt på minst 125 forskjellige diagnoser) er at muskelfunksjonen er svekket og at sykdommen i de fleste tilfellene er progredierende. Pasienter med nevromuskulære sykdommer har hatt prøveopphold/ vært del av forskningsprosjekt omkring behandling i utlandet bl.a. i 1999 og i 2004. I budsjettproposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 vises det til at forskningsprosjekt for pasienter med nevromuskulære sykdommer er avsluttet "*fordi studien ikke viste signifikante forskjeller tre og seks måneder etter behandlingsopphold i utlandet, sammenlignet med behandling i Norge*". Foreningen trekker fram to faktorer som begrenser deres

muligheter til å bli en del av ordningen behandlingsreiser til utlandet: For det første er de fleste brukerne avhengige av å ha med seg rullestol noe som kompliserer reisen. For det andre mener foreningen at de målene som brukes på langtidseffekt av et behandlingsopphold ikke er egnet for pasientgruppen: Det er problematisk å påvise langtidseffekt av et slikt opphold for en sykdom som er progredierende. Videre er testing av bedring av gangfunksjon problematisk når brukerne sitter i rullestol. Foreningen viser til at behandlingsopphold i utlandet etter deres mening gir redusert smerte, pause fra medisiner og hvile. Dette er forhold som foreningen mener blir tillagt for liten vekt i vurderingen av effekt.

Multipel Sklerose Forbundet i Norge peker i intervjuet på at det er to typer MS; en type som kan holdes i sjakk med medisiner og en type (primær progressiv) hvor det ikke er medisiner som virker og hvor bruker har en konstant betennelsesvirksomhet i kroppen hvor man bare blir sykere og sykere. Foreningen viser til at en har en underdiagnostisering av barn med MS: Anslagsvis har man ca 400 barn med MS på landsbasis og sykehusene kjenner til ca 25. Norden har den høyeste forekomsten av MS i verden. Kompetansesenteret på Haukeland anslår at det er 6-8000 i Norge med MS, men en fullstendig oversikt mangler. I NDU-en fra 2000 vises det til at MS ikke hadde noen dokumentert effekt av klimabehandling. I en nyere studie (*The influence of warm versus cold climate on the effect of physiotherapy in multiple sclerosis. Smedal, 2010 (72)*) var hensikten å sammenlikne kort- og langtidseffekt av behandlingsopphold med fysioterapi i et varmt klima (Tenerife, Spania) versus et kaldere klima (Hakadal, Norge) for personer med multipel sklerose (MS) se kap 4.1.6.3. Foreningen peker i intervjuet på at særlig gruppen progressiv MS, som ikke har noen som helst medisiner som virker og som bare har treningen som kan holde noen funksjoner oppe, er de som aller mest hadde hatt godt av klimabehandling.

I tillegg til Muskelsyke og Multipel Sklerose, ble det på bakgrunn av dokumentgjennomgang og innspill fra SAFO, gjennomført intervjuer med foreningene for to sjeldendiagnoser (hvor sjeldenhet defineres som færre enn 100 kjente tilfeller pr 1 000 000).

Norsk forening for arvelig spastisk paraparese/- ataksi peker på at brukernes utfordringer er at de er spastiske, beina er stive som stokker, de har taleproblemer og koordinasjonsproblemer. Foreningen hadde et uoffisielt prosjekt i Spania i 2008 med Helse-rehåb-midler og med en legespesialist som deltaker, men dette var ikke noe stort vitenskapelig prosjekt. Hensikten var å føle på hvordan det virket. Diagnosen har også blitt tilknyttet Frambu etter hvert og brukerne begynner å få noen erfaringer med sin diagnose. Foreningen peker på at det er ingen tvil om at klimabehandling har effekt for brukerne, men de sliter med å dokumentere langtidsvirkningene. Sjeldenhet er også et problem med hensyn til dokumentasjon. Foreningen har, med støtte fra legespesialist, påpekt at andre kriterier må legges til grunn enn det som gjøres i dag for at man skal kunne dokumentere effekt at slike opphold i varmt klima.

Iktyoseforeningen viser til en studie som ble gjennomført i 2009 (74) ("*Behandlingsreise for Iktyose*" med støtte fra Helse og Rehabilitering, Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner) se kap. 4.1.1.6.4. På grunnlag av de gode resultatene ble det foreslått det at pasienter med iktyose burde få ta del i klimabehandling til tropisk klima. Foreningen peker på at for dem er det kombinasjonen varme og fuktighet som er viktig, og ikke sol. De hadde kunnet nyttiggjøre seg tilbudet som psoriatikerne får på Kanariøyene, men da må oppholdet være lengre for å kunne ha noen effekt. Det har vært en utfordring for Iktyose, som er en sjelden diagnose, å få organisasjonen til å fungere – dette var nok en av grunnene til at henvendelsen som ble sendt ut fra utvalget som utarbeidet NOU'en i 2000 om hvilke diagnoser det kunne være aktuelt å vurdere i forbindelse med behandlingsreiser, ikke ble besvart av Iktyoseforeningen (opprettet i 1995).

4.2.1 Oppsummering av intervjuer med brukerorganisasjonene

I intervjuene med brukerorganisasjonene kommer det fram at det er store variasjoner med hensyn til hvor godt fastleger og legespesialister kjenner ordningen med behandlingsreiser til utlandet, noe som gjør at det ofte er pasienten selv som må foreslå behandlingsreiser som behandlingstiltak. En annen konsekvens av denne mangelen på kunnskap er at det til tider skrives dårlige og mangelfulle søknader, noe som kan gi avslag som resultat. Dette kan også skyldes at legene mener å kjenne til ordningen, men har lite kunnskap om de ulike diagnosene.

På spørsmål om forholdet mellom kapasitet og reelt behov, viser intervjuene at det er problematisk å anslå hva det reelle behovet er, samtidig som brukerorganisasjonene peker på at antallet søkere ikke gir et korrekt bilde av reelt behov da det er ulike grunner for at brukerne lar være å søke (reisetidspunkt, boforhold oa.). Brukerorganisasjonene mener også at det kompliserer søknadsprosessen at kriteriene for å få innvilget søknad er lite tilgjengelige, samt at de standardformuleringene som benyttes ved avslag er lite informative. Brukerorganisasjonene bruker tid og ressurser for å informere både sine medlemmer og leger om ordningen, men det synes som om det her gjenstår en del for å nå fram med budskapet. Om søknad på behandlingsreiser skal sendes fra fastlege eller spesialist, mener brukerorganisasjonene blir en avveining mellom tilgjengelighet og kompetanse. Frå fastlegene denne muligheten, blir det en lang vei å gå for brukere bosatt i deler av landet hvor det er langt til nærmeste spesialist. I denne forbindelse peker organisasjonene på at det må innarbeides som fast rutine at fastlege får tilsendt epikrise etter behandlingsoppholdet, også når fastlege ikke er innsøkende lege. Det er stor grad av enighet blant organisasjonene at det sikrer en rettferdig fordeling og opprettholdelse av ordningen at den forvaltes av en sentral enhet og at tilskuddet er gitt som egen post på statsbudsjettet. Erfaringene fra Sverige viser at en ordning hvor behandlingsreiser er lagt til länene gir store lokale forskjeller.

Når det gjelder brukermedvirkning, oppfatter brukerorganisasjonene de årlige møtene med BHR mer som orienteringsmøter enn samarbeidsmøter. Organisasjonene opplever imidlertid BHR som imøtekomne når organisasjonene ønsker egne møter med BHR ut over de årlige fellesmøtene. Når det gjelder effekt av behandlingsopphold ut over det rent medisinske, trekker organisasjonene fram betydningen av det sosiale fellesskapet med andre med samme diagnose, samt det tilbudet om opplæring i egenbehandling som blir gitt under oppholdet. Når det gjelder vurdering av andre diagnosegrupper som bør med inn under ordningen, viser organisasjonene til at de har vært pådrivere for å få igangsatt forskningsprosjekter, men opplever at det har vært vanskelig å nå fram. En stiller seg også undrende til begrunnelsen for at eksempelvis barn med astma omfattes av ordningen, og ikke voksne. Videre, at voksne med psoriasis får tilbud, og ikke voksne med atopisk eksem (barn får tilbud).

4.3 Resultater av intervjuer med Seksjon for behandlingsreiser

BHRs rolle og funksjon

Seksjon for Behandlingsreiser (BHR) finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for ordningen. Den daglige administrasjon er delegert til BHR som er organisert under Klinikkk for spesialisert medisin og kirurgi, Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF. I henhold til BHRs årsrapport for 2010 (2) består seksjonen av 1 leder, 1,35 legestilling (reduisert fra 1,5 stilling fra 1. september 2010), 1,25 sykepleierstillinger (reduisert fra 3 stillinger høsten 2010), 1 fysioterapeut og 4,6 konsulentstillinger (reduisert fra 5 stillinger fra 1. september 2010). Seksjonen har ansatt revmatologer (en i 60 %, en i 20 % og en i 50 %), en dermatolog i 80 % og pt en sykepleier (2 i permisjon). Når det gjelder barn med astma og allergi, kjøpes det tjenester fra Barneklubben, OUS. Seksjonen hadde i 2010 budsjetterte kostnader på 112 mill kr. hvorav vel 75 % ble benyttet til reise/opphold for brukere (22).

Fordeling av brukere og ledsagere på behandlingsprogram. Årsrapport BHR 2010.

Behandlingsprogram	Antall behandlede pasienter	Antall ledsagere
Revmatikere		
• Voksne	1 705	
• Ungdom	35	
• Barn m/ledsagere	81	81
Psoriasis		
• Voksne	460	
• Barn/ungdom	30	15
• Nordiske land	347	
Postpolio	180	
Kronisk lungesykdom og atopisk eksem (barn og ungdom)	186	136
Sum total aktivitet	3 024	232

Når det gjelder søknadsprosedyren og saksgangen er denne presentert nærmere nedenfor. Seksjonen har ansvaret for kvalitetssikring av tilbudene på behandlingsstedene, utvikle, organisere, og oppdatere programmene, og se til at rett type pasienter kommer ned, og dokumentere effekt. Videre, holde jevnlig kontakt med personell på behandlingsstedene, kvalitetssikre søknadsprosedyren på alle felt., gå gjennom epikrise (medical report) fra behandlingsstedene (ser etter parametre for effekt av behandlingen – rapporten brukes i kvalitetssikring av tilbudet og behandlingsstedene), samt arbeide jevnlig med å revurdere tildelingskriteriene og kriteriene ved utlysning av anbud. Videre arbeides det med å profilere behandlingsreiser i form av foredrag, artikkelskriving og forskning, samt å holde kontakt med brukerorganisasjonene og legemiljøene.

Når det gjelder kontakten med og oppfølgingen av behandlingsstedene, opplyser BHR at det ikke utføres tilsyn slik det er beskrevet i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (lov 1984-03-30 nr. 15) (75), men seksjonen utfører det de kaller "oppfølging av behandlingsstedene". Oppfølgingen gjennomføres med jevne mellomrom av leger og sykepleier ansatt ved seksjonen. Det norske personalet på de største behandlingsstedene følger opp og ser til at kvaliteten er god og at avtalen med stedene følges opp.

Seksjonen er som nevnt organisert under Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF, og med dette under Helse Sør-Øst. Den organisatoriske plasseringen er historisk betinget (var fra starten av lagt inn under Revmatismesykehuset). En rekke omorganiseringer de siste årene har ført til at seksjonen opplever seg "på utsiden" av organisasjonen. Disse omorganiseringene, nye rutiner og økt klinisk spesialisering har gitt som resultat at veien fram til "ansvarlig signatur" har blitt lang og tidkrevende. Seksjonen kjenner et behov for at det blir ryddet opp i dette. Når det gjelder plassering i et helseforetak og nær tilknytning til kliniske miljøer, ser en dette som en forutsetning for å kunne knytte til seg leger som kan ivareta de medisinsk faglige oppgavene som er lagt til seksjonen. Legene ansatt ved seksjonen ivaretar den kliniske kontakten ved at de har deltidsstilling ved BHR. Det at seksjonen er knyttet til en av fire helseregioner, mener en ikke har ført til noen forfordeling av enkelte fylker eller regioner. Den fylkesvise fordelingen av behandlede pasienter viser dette.

Søknadsprosessen

De ulike programmene har ulike søknadsfrister, som annonsert på seksjonens internettside, hvor det også er beskrevet hvordan en vil at søknaden skal se ut. Søknadene registreres i pasientsystemet Orkide, og det sendes brev til brukerne at søknad er mottatt, eller at søknaden ikke er komplett. Legene ved seksjonen har satt en standard for hva som skal legges ved og hvilke parametere som skal fylles ut for at søknaden anses som komplett. Når søknaden er registrert, sendes de legene som vurderer dem. De går gjennom innholdet samt tidligere materiell hvis søker har vært på reise tidligere. I vurderingen av søknadene er det lagt inn koder - om de er prioritert eller avslått eller om det må innhentes flere opplysninger, bl.a. at det er søkt inn fra fastlege uten vurdering av spesialist. For barn med astma, allergi og atopisk eksem, skal innsøkende lege være spesialist. Når

det gjelder voksne i de øvrige programmene, kan fastlege være innsøkende lege, men hvor det skal legges ved vurdering/epikrise fra spesialist.

Så sendes journalene og papirene til sykepleiergruppen ved seksjonen, som plasserer de som har fått høy prioritet. Noen av søknadene avslås fordi det ikke foreligger reell diagnose, ordensregler kan være brutt på tidligere opphold oa. Det er skissert hvilke diagnoser som er innenfor ordningen på seksjonens internettside, og har ikke innsøkende lege lest dette, kan det hende man søker på diagnoser som ligger utenfor ordningen.

Legene gjør seg ferdige med behandlingen i løpet av to måneder og sykepleierne gjør seg ferdige med hvem som skal gruppeplasseres. Beskjed om inntak sendes så til alle pasientene som har søkt innen fristen, samt alle avslagsbrevene, og alle ventelistebrevene. Seksjonen har fått kommentarer til at begrunnelsene for avslag er for dårlige. Av bl.a. kapasitetshensyn, har en imidlertid ikke muligheter for å sende ut individuelt begrunnede avslag. Legene ved seksjonen har foretatt en gjennomgang for å forbedre de standardiserte begrunnelsene for avslag. Noen av søkerne settes på venteliste, dette er brukere som har relevant diagnose, som forøvrig tilfredsstillt kravene og som legene ved seksjonen mener burde ha vært med på reise inneværende år, men hvor det ikke er plasser nok. Disse settes på venteliste.

De som settes på venteliste må søke igjen og gis en ekstra prioritet som gjør at de ikke skyves ut av liste av nye høyprioriterte søkere det året. Bl.a. innen revmatismeprogrammet, blir det presisert at en ikke kan overføre søknader fra det ene året til det andre, for legene ønsker at søknadene skal ha nyest innhold. Eksempelvis en søknad en får inn innen fristen 1. oktober kan være sendt inn 1. april, så hvis de tidligst kommer med på tur i juni året etter, så sitter seksjonen på søknadsinnhold hvor leger har sett pasienten 14 måneder før turen. En har et behov for å fange opp hva som har skjedd med pasienten tettere opp til reisedato.

I intervjuene kommer det fram at ventelistebegrunnelsene i datasystemet er lite fleksible, men at avslagsbegrunnelsene er noe bedre. Det er viktig for pasienter og bl.a. pårørende å få vite at plassering på venteliste ikke skyldes at de medisinske kriteriene ikke er oppfylt, men at det ikke er plass eller at det på den aktuelle turen ikke sendes noen gruppe som ut fra alder er relevant for pasienten.

Behandling av søknader i BHR regnes ikke som enkeltvedtak, jf. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (lov 1967-02-10 nr 00) (76). Det er med dette heller ingen formell klagerett jf. samme lov (76). Behandlingsreiser til utlandet er heller ingen rettighet slik det er beskrevet i Lov om pasientrettigheter (lov 1999-07-02 nr. 63) (77). BHR mottar imidlertid enkelte klager på avslag. Disse besvares med individuell begrunnelse. En har også eksempler på at BHR innhenter eller ber om ytterligere dokumentasjon i vurderingen av klagesakene til tross for at søker ikke har noen formell klagerett.

Når det gjelder avslag på søknader, benyttes standardformuleringer. Seksjonen har fått en del kommentarer til dette og at de oppgitte avslagsgrunnene er lite informative. Det arbeides med dette i forbindelse med den nye kriterieoversikten som skal være ferdig i høst. Omfanget av avslag (omkring 400 brev som skal ut i løpet av et par måneder) tilsier av kapasitetsgrunner at en må benytte standardformuleringer, men en erkjenner at dagens ordning har et forbedringspotensial. Alle som klager på avslag får en individuell begrunnelse. Det kan oppstå problemer når eksempelvis innsøkende leger mener at pasienten kan reise, mens lege på behandlingsstedet sier at pasienten ikke kan få noen behandling grunnet tilleggsdiagnoser. Det er ikke alltid spesialist som innsøkende lege kjenner til disse tilleggsdiagnosene som ekskluderer pasienten fra behandling.

De som har fått beskjed om at de er kommet med får en svarfrist (mange av brukerne får beskjed opp til et halvt år før de drar på tur). Det er ikke alltid at tidspunkt for reisen passer alle brukerne. Seksjonen har stilt seg undrende til at det til tider er relativt mange av de som får innvilget reise, som takker nei til tilbudet. Det er bl.a. derfor vanskelig å danne seg et bilde av det reelle behovet for behandlingsreiser til utlandet.

Det er alltid innsøkende lege som får informasjon etter oppholdet. I seksjonens nye informasjonsbrosjyre står det nå tydelig at epikrise går til innsøkende lege. Seksjonen oppbevarer all informasjon fra behandlingsoppholdene og dette brukes neste gang det søkes. Ellers er det utarbeidet egne evalueringsskjemaer som pasientene fyller ut. Disse bruker seksjonen i dialogen med behandlingsstedene.

Når oppholdet er over mottar seksjonen papirer fra behandlingsstedet (epikrise, medical report) fra personell som har vurdert og behandlet pasientene. Dette sendes videre til innsøkende lege – og oppbevares også i seksjonen. Når innsøkende lege er spesialist, vil det være opp til høn/henne å sende papirene videre til pasientens fastlege. Seksjonen er klar over at så ikke skjer i alle tilfeller. Det har vært diskutert om det bør bli fast rutine å sende epikrise til fastlege uansett hvem som er innsøkende lege.

Det varierer programmene og behandlingsstedene i mellom om en har direkte tilknytning til pasientsystemet. Eksempelvis kan lokale sykepleiere og leger knyttet til tilbudet for voksne med psoriasis på Kanariøyene registrere rett inn i pasientsystemet, som også seksjonen har tilgang til. Relevant informasjon kommer raskt og legene kan bruke pasientopplysningene i systemet til statistikk og forskning. Når det gjelder revmatikere, har seksjonen bare papirmateriell.

Søknadene – kvalitet

Det er to ting som er viktig å få tydelig fram i søknaden: Å få fremstilt sykehistorien når det gjelder den aktuelle diagnose (det kan ikke fastlegene gjøre). Det andre er å få vite om tilleggsdiagnoser – kontraindikasjoner. Dette

vet fastlegene ofte mer om da de kjenner pasientene bedre. I intervjuene vises det til at kvaliteten på søknadene varierer mye, og at det ofte er fastlegene som skrives de beste søknadene. Spesialistene har mye kunnskap om relevant diagnose, mens fastlegene har breddekunnskap noe som bl.a. er viktig når det gjelder å fremskaffe informasjon om eventuelle tilleggsdiagnoser som kan være viktig for søknadsbehandlingen. Det er eksempler på at pasienter har fått avslag grunnet dårlig utfylt søknad fra innsøkende lege, men seksjonen vil også kunne etterspørre tilleggsopplysninger før endelig behandling.

Videre vises det til manglende kunnskap om og kjennskap til det som anvendes av indekser og måleinstrumenter for å fastslå omfang og alvorlighetsgrad av en diagnose. Eksempelvis er PASI-systemet (Psoriasis Area and Severity Index) som benyttes for psoriatikere dårlig kjent blant allmennlegene, samtidig som det er få dermatologer som kjenner systemet godt. Dette kan føre til en urettferdig behandling om en pasient går til en lege som ikke kan dette så bra, som kan gjøre at pasienten får feil PASI-siffer.

Innsøking fra fastlege skal vedlegges epikrise eller vurdering foretatt av spesialist, og denne epikrisen/vurderingen skal i henhold til retningslinjene ikke være eldre enn fem år gammel. Her tas det imidlertid hensyn til hvilken diagnose det er snakk om – for enkelte diagnoser vil en spesialistvurdering som er fem år gammel være tilstrekkelig dokumentasjon, mens for andre diagnoser vil en tre år gammel epikrise bli vurdert som for gammel.

Som nevnt, er det sentralt at en i søknaden får fremstilt sykehistorien når det gjelder den aktuelle diagnosen, samt å få kartlagt eventuelle tilleggsdiagnoser. Pasienter som ankommer behandlingsstedet med en tilleggsdiagnose som ikke kom fram av søknaden, kan skape problemer. Det er lege på behandlingsstedet som er medisinsk ansvarlig, og som må ta avgjørelsen om en pasient kan følge fullt behandlingsregime eller om større eller mindre deler av behandlingen må tilpasses eller fjernes helt eksempelvis grunnet påviste tilleggsdiagnoser. Seksjon for behandlingsreiser har stor oppmerksomhet knyttet til å luke ut den type problematikk i forbindelse med søknadsprosessen.

Prøvegrupper

Avgjørelse om prøvegrupper eller forskningsprosjekt i tilknytning til nye diagnosegrupper fattes ikke av Seksjon for behandlingsreiser. Den avgjørelsen tas i Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med anbudsrunder hender det at seksjonen organiserer en prøvegruppe for å teste ut nye behandlingssteder som har meldt seg i anbudsrunder. Da sendes det også med eget helsepersonell.

Kriterier for tildeling

Kriterier for tildeling av behandlingsreise er i hovedsak medisinske kriterier. Videre kommer som tidligere nevnt tilleggssykdommer som gjør at søkere ikke får reise (hjertekarsykdommer, psykiatri, kreft), samt at de må være i stand til å delta i aktivitetene som er ved alle behandlingsstedene.

Det har fremkommet kritikk fra brukerorganisasjonene og fra legehold med hensyn til manglende åpenhet om og tilgjengelighet til kriteriene som brukes ved vurdering av søknadene. I intervjuene med BHR kommer det fram at de kriteriene som er blitt benyttet fram til i dag ikke har vært nedfelt i et dokument, men det opplyses at en har jobbet kontinuerlig med forbedring av kriteriene. Seksjonen høsten 2011 et stort arbeid med hensyn til tydeligere og mer detaljerte kriterier. NOU-en fra 2000 (1) har vært en veileder så langt med hensyn til diagnoser og utvalgskriterier, og seksjonen mener disse burde være kjent blant legene. En får likevel inn søknader hvor diagnosen ligger utenfor dagens ordning. Dette kan dels være mangelfull kunnskap hos legen, men også fordi pasienten har bedt legen om å søke. For søknadsbehandlingen holder det ikke at pasienten har symptomer, det skal være stilt en diagnose.

En annen utfordring er at det innenfor enkelte av diagnosegruppene er brukere som har en så dårlig funksjon at de har problemer med å greie seg selv (komme seg i seng selv, komme seg på trening osv.). Det ligger ikke innenfor tilbudet på behandlingsstedene at de stiller med pleiepersonale som kan bistå brukere med personlig assistanse. Noen av søkerne vil ha en så dårlig funksjon at de ikke vil kunne delta på treningen, men vil kun ha glede av varmen. Videre har man en praktisk utfordring mht reisen; Flyselskapene har bare lov til å ta med to store rullestoler.

Tildelingen av behandlingsreiser er først og fremst diagnosebasert, og pasientene blir prioritert ut fra alvorlighetsgrad, samt tilleggsdiagnoser. Diagnosene som faller innenfor ordning bør være kjent blant legene og informasjon om dette er tilgjengelig på BHRs internettsider. I vurderingen av søknadene har ikke ansatte ved seksjonen direkte kontakt med pasienten og de er fullstendig avhengig av god og riktig skriftlig dokumentasjon i søknaden. Samtidig er ikke alle kriterier like enkle å avdekke alvorligheten av (bl.a. grad og utbredelse av smerte) og kompetansen blant legene er varierende. Seksjonen har forståelse for at brukerorganisasjonene kan reagere på hvem som får tilslag og hvem som får avslag på søknadene, men totalvurderingen av en søknad kan inneholde elementer som det ikke er like godt å få formidlet til brukerne når søknader blir avslått og avslaget skal kommuniseres gjennom avslagsbrev med standardformuleringer (det kan i visse situasjoner gis tilleggs poeng for bosted, avstand til behandler oå.)

Samarbeid med brukerorganisasjonene

Seksjon for behandlingsreiser viser til i sin årsrapport for 2010 (2) at det er etablert samarbeid med pasientorganisasjonene. Målet er å avholde årlige møter med alle de aktuelle pasient- og brukerorganisasjonene, samt å stille opp på forespørsel fra enkeltorganisasjoner når de har behov for kontakt. En har i seksjonen en opplevelse av at brukerorganisasjonene tillegger BHR mer makt og mulighet enn det seksjonen faktisk har, og at det derfor fra organisasjonene oppleves som at seksjonen er lite imøtekommende for deres forslag.

Tilbud og etterspørsel

I intervjuene med brukerorganisasjonene ble det pekt på at antallet søknader ikke gjenspeilte det reelle behovet for tilbudet i brukergruppene og at det var ulike årsaker til at brukere lar være å søke. I intervjuene med Seksjon for behandlingsreiser ble det vist til at det er vanskelig å si noe eksakt om det reelle behovet i og med at det er en relativt stor andel av de som får tilbud om å reise, som trekker seg. Eksempelvis hadde en i 2010 en søknadsmengde på vel 3 700 voksne med revmatisme. Av disse ble vel 900 satt på venteliste og 1 700 fikk tilbud om å reise. Av disse 1 700 var det i underkant av 500 som trakk seg av ulike årsaker. Noen trekker seg av medisinske årsaker, og noen fordi reisetidspunktet ikke passer. En er imidlertid usikker på om dette forklarer hele frafallet.

Effekt av klimabehandling og alternativer til behandlingsreiser

I spørreskjemaundersøkelsen blant fastleger og spesialister kom det fram ytringer om at det hadde vært bedre anvendelse av pengene om en bygget opp et nasjonalt tilbud framfor å sende brukere til utlandet og at det innen enkelte av legemiljøene er skepsis til om klimabehandling har noen påviselig effekt. Fra Seksjon for behandlingsreiser ble det vist til at en kjenner til slike holdninger blant legene og at dette til en viss grad skyldes at en ikke har god nok kjennskap til ordningen. Videre blir det pekt på at legene burde bli flinkere til å lese epikrisene og kontakte pasientene etter et behandlingsopphold. Dette ville gitt dem en bedre opplevelse av effekten av behandlingen for den enkelte pasient. Seksjonen er aktiv med hensyn til å spre kunnskap om ordningen med behandlingsreiser til utlandet og om klimabehandling i legemiljøene og mener å kunne se at skepsisen til ordningen er i ferd med å avta etter som kunnskapsnivået øker. Et viktig moment er å få fram at klimabehandling virker ikke for alle, men for noen pasientgrupper har det betydelig dokumentert effekt. Det er forskjell på å dokumentere effekt på en diagnosegruppe som sådan og effekt for den enkelte. Det er derfor viktig at innsøkende lege og fastlege har kontakt med pasientene både før og etter et behandlingsopphold.

Et annet forhold som kom fram i undersøkelsen blant legene er utsagn om at behovet for behandlingsreiser til utlandet er redusert i og med utvikling av nye biologiske legemidler. I intervjuene kom det bl.a. fram at når det gjelder revmatisme så er det grovt sett 1/3 av pasientene med revmatiske lidelser som får biologiske legemidler som har meget god respons. 1/3 blir litt bedre og 1/3 har ingen respons på disse legemidlene. 2/3 av de som

bruker disse legemidlene har med andre ord bruk for behandlingsreiser. Den tredjeparten som har god respons på biologiske legemidler kan kanskje la være å reise, men en ser likevel at de kan ha nytte av sollyset og trening i varmt klima. Når det gjelder psoriasis vises det til at biologiske legemidler benyttes for pasienter med alvorlig grad av lidelsen og at det finnes mange kriterier som pasienten må ha oppfylt for å kunne få biologiske legemidler. Den store gruppen med midlere psoriasis som får tilbud om behandlingsreiser tilfredsstillende ikke kriteriene for å få biologiske legemidler. Videre viser studier at effekten av klimabehandling kommer raskere enn effekten av biologiske legemidler.

Ut over den gunstige virkningen varmt klima har på lungefunksjon, mer elastisitet, mindre stivhet og mindre smerter, redusert inflammasjon, UVB-stråler med direkte effekt på immunsystemet i huden, samt D-vitaminer som virker på reseptorer i muskelceller som reduserer smerte, har en i forbindelse med behandlingsreiser til utlandet et tilbud om pasientskole hvor det legges vekt på å gi bedre innsikt i og kunnskap om diagnosen, betydningen av livsstil for sykdomsutvikling, følgetilstander (komorbiditet), betydningen av riktig egenbehandling oa.

Andre grupper som bør med i ordningen?

I NOU 2000:2 (1) ble det presisert at "tilbudet skal være diagnosespesifikt og omfatte pasientgrupper av en viss størrelse som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima". Videre heter det under utvalgets anbefalinger:

Det skal foreligge en diagnostisert somatisk, kronisk sykdom som er så utbredt at behandlingsreiser kan gi en permanent og kontinuerlig tilbud, og hvis pasientgruppe er av en slik størrelse at kontrollerte effektstudier kan gjennomføres.

Videre heter det at det skal være sannsynlig at kostnadene ved behandling i utlandet står i rimelig forhold til forventet effekt av diagnosegruppen som sådan.

I intervjuene spurte vi generelt om det kan være andre grupper som vil kunne ha effekt av behandlingsreiser til utlandet. Diagnoser som eksempelvis fibromyalgi og artrose trekkes fram som grupper hvor det vil kunne spores en klimaeffekt. Dette er imidlertid så store pasientgrupper at det vil sprengte alle økonomiske og administrative rammer for dagens ordning.

Vi tok også opp i intervjuene spørsmål fremkommet i intervjuene med brukerorganisasjonene, bl.a. om hvorfor ikke dagens ordning omfatter *voksne med atopisk eksem* og pasienter med *Iktyose*. Atopisk eksem kan avhjelpes med

lysbehandling, men dette har ikke samme klare effekt som for psoriasis. Atopikerne har også en immunologisk situasjon som gir lettere infeksjoner, og som kan være vanskelig å behandle. Iktyosene er av ulik genetisk type – noen av undergruppene blir ikke bedre, mens andre blir det. De har behov for varm vann, varmen og fuktighet, så tilbudet psoriaterne får på Kanariøyene hadde ikke passet for dem i samme grad. Både atopisk eksem hos voksne og Iktyose regnes som sjeldne tilstander. Det ligger et stort arbeid bak etablering og drift av et behandlingstilbud, og for at *"kostnadene ved behandling i utlandet skal i et rimelig forhold til forventet effekt av diagnosegruppen som sådan"*, så forutsetter det en *"pasientgruppe av en viss størrelse"*. Dette er en av de sentrale utfordringene når det gjelder sjeldengruppene. Av andre utfordringer når det gjelder å inkludere andre pasientgrupper, trekkes fram transportkapasiteten (flyselskapene har lov til kun å ta med to større rullestoler), samt at deltakerne på behandlingsreisene må være i stand til å greie seg selv (behandlingsstedene er ikke bemannet for å kunne ivareta personlig assistanse).

4.3.1 Oppsummering av intervjuer med Seksjon for behandlingsreiser

Intervjuene med leder og ansatte ved Seksjon for behandlingsreiser (BHR) ble gjort etter intervjuene med brukerorganisasjonene, og flere av de spørsmålene som kom opp i intervjuene med organisasjonene ble stillt til BHR.

Seksjonen er organisert under OUS, men opplever å være på siden av organisasjonen etter en rekke omorganiseringer. Veien fram til ansvarlig signatur oppleves å ha blitt lang og tidkrevende. Samtidig presiseres betydningen av at BHR er tett knyttet til de kliniske miljøene for å kunne ivareta de oppgavene som er tillagt seksjonen.

BHR erkjenner at tildelingskriteriene har vært uklare og et større arbeid med å bedre dette er igangsatt. Videre arbeides det med å bedre standardformuleringene som benyttes i forbindelse med avslag på søknader. Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av både behandlingstilbudene og søknadsprosessen, og det drøftes å innføre som fast rutine å sende epikrise etter endt behandlingsopphold til fastlege når denne ikke er innsøkende lege.

Når det gjelder forholdet mellom kapasitet og reelt behov, er en klar over at for noen av brukerne så vil ikke reisetidspunkt passe i forhold til andre planer, men en stiller seg undrende til at det til tider er en så stor andel som takker nei til tilbud om å få reise. Seksjonen viser til at det kan være stor forskjell i kvaliteten på søknadene de mottar, noe som medfører merarbeid for å hente inn nødvendige tilleggsopplysninger. En del av søknadene er mangelfulle med hensyn til tilleggsdiagnoser som er ekskluderende for tildeling av behandlingsopphold. På spørsmål om å inkludere andre diagnoser i ordningen, vises det til at en står overfor flere utfordringer. Planlegging og drift av et behandlingstilbud er arbeids- og kostnadskrevende, noe som forutsetter en viss

størrelse på diagnosegruppen. Videre er det et spørsmål om transportkapasitet (flyene har bare lov til å ta med to store rullestoler), samt at deltakerne på behandlingsreiser må kunne greie seg selv (behandlingsstedene er ikke bemannet for å ivareta personlig assistanse), samt at deltakerne kan delta i det behandlings- og treningsregimet som det er lagt opp til.

4.4 Spørreundersøkelse blant fastleger og legespesialister

I dette kapitlet presenteres resultater av en spørreundersøkelse blant fastleger og legespesialister. Presentasjonen følger rekkefølgen i undersøkelsen – se ordlyden i spørsmålene i vedlegg 3 og delvis i teksten.

4.4.1 Svarprosent – representativitet

Det ble sendt ut i alt 3111 henvendelser på e-post til norske fastleger og legespesialister, hvorav 1632 ble sendt ut fra SINTEF til et utvalg av fastleger 30. juni. Fastlegene som ble kontaktet var inkludert i en e-postliste som Helsedirektoratet har stilt til disposisjon. Henvendelsen til legespesialistene ble sendt ut via de respektive foreningene i løpet av juli, med svarfrist 10. august. 17. august var undersøkelsen i alt besvart av 722 leger, hvorav 340 fastleger (tab 1).

Tabell 1 Antall utsendte henvendelser og besvarelser i undersøkelsen

	Svar	Utsendt	Svarprosent
Fastleger	340	1632	21
Dermatologer	47	203	23
Pediatere	180	789	23
Fysikalsk medisin	43	237	18
Revmatologer	76	250	30
Annet/uoppgitt	36		
I alt	722	3111	23

Tabell 1 viser til en svarprosent på 23. Svarprosenten er imidlertid lav. Dette er ofte dessverre tilfelle ved slike undersøkelser. Lignende svarprosent er oppnådd i to andre prosjekter som har undersøkt fastlegenes synspunkter og kunnskaper: SINTEF i prosjektet "Status for helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge" (78) og Synovate i prosjektet "Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne" (79). Gruppen revmatologer hadde noe høyere svarprosent enn de andre legegruppene.

Vurdering av representativitet

Det er i alt 77 prosent av legene som mottok henvendelsen som *ikke* har besvært undersøkelsen. Trolig kan det være en del leger som ikke kjente til ordningen med behandlingsreiser til utlandet og derfor ikke har besvært. Det er likevel 722 leger som *har* besvært, og de representerer alle landsdeler, leger med kort og lang praksis og de relevante legegruppene. Tre av spesialistforeningene hadde ikke mulighet til å sende ut slike henvendelser til sine medlemmer: Ortopeder, lungemedisin og nevrologer.

4.4.2 Resultater

Resultatpresentasjonen er i hovedsak en prosentuert frekvensfordeling for hvert av spørsmålene i undersøkelsen. Hvert spørsmål er i tillegg krysstøbulert etter fastlege/legespesialitet, antall års praksis som lege og etter helseregion. Spesielt relevante og interessante funn er kommentert under hvert spørsmål. For noen av spørsmålene har vi også, for å lette lesingen, gjentatt spørsmålene under figuren eller tabellen.

4.4.2.1 Kjennskap til ordningen med behandlingsreiser

Tabell 2 viser kjennskap til ordningen med behandlingsreiser. Ordlyden var:

"Ordringen med behandlingsreiser til utlandet er tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Kjenner du til denne ordningen?"

Tabell 2 Kjennskap til ordningen med behandlingsreiser: Antall og prosent

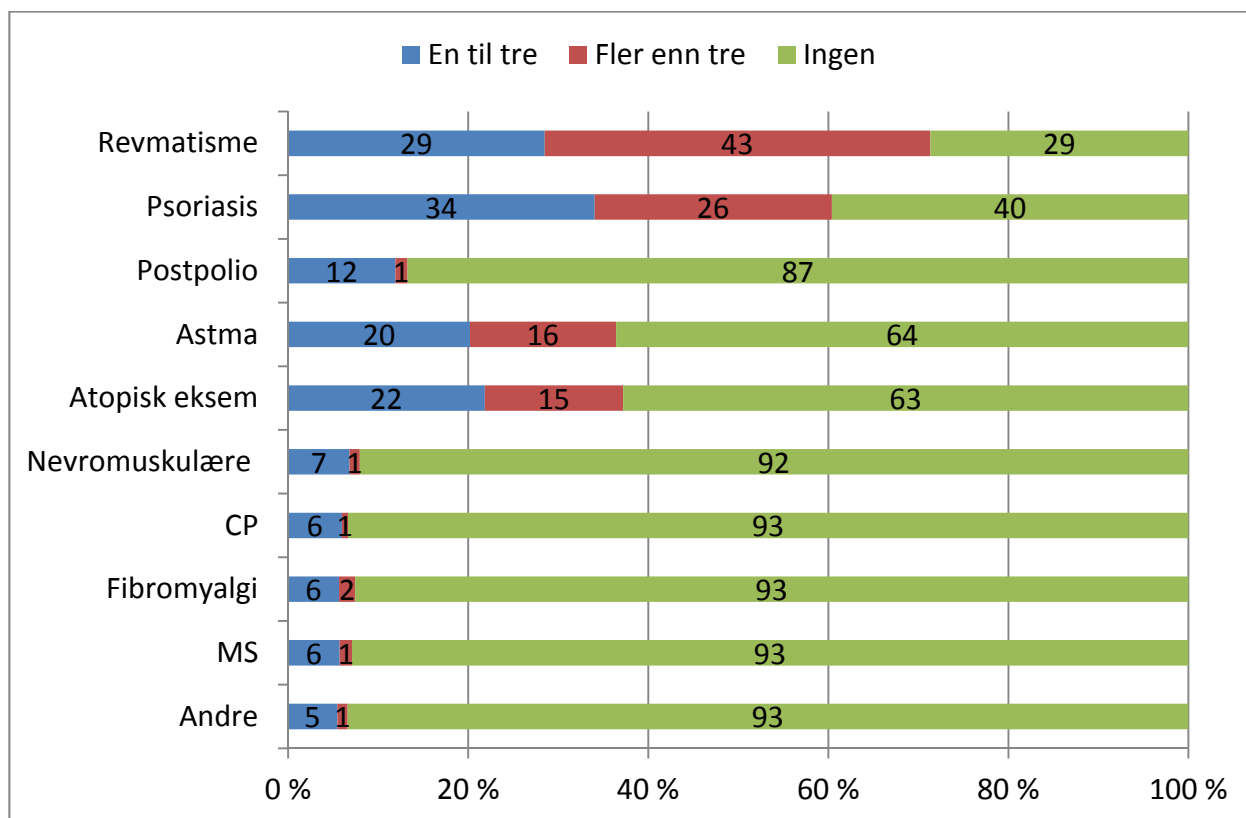
		Kjenner til ordningen			
		Ja		Nei	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Type lege	Total	698	97%	24	3%
	Spesialisthelsetjeneste	367	96%	15	4%
	Fastlege	331	97%	9	3%
Spesialitet	Fastlege	331	97%	9	3%
	Dermatologi	47	100%	0	0%
	Pediatri	170	94%	10	6%
	Fysikalsk medisin	42	98%	1	2%
	Revmatologi	76	100%	0	0%
	Annet	27	93%	2	7%
	Uoppgitt	5	71%	2	29%
Helseregion	Sør-Øst	353	96%	16	4%
	Vest	130	98%	3	2%
	Midt	106	96%	4	4%
	Nord	109	99%	1	1%
Års praksis som lege	0-5 år	43	88%	6	12%
	6-10	92	92%	8	8%
	10 +	563	98%	10	2%

I alt 97 prosent svarte at de kjenner til ordningen med behandlingsreiser. Tabellen viser også at nesten alle de spurte legene i helseregion Nord kjenner til ordningen, at kjennskapen øker med antall år i praksis som lege og at alle revmatologer og dermatologer kjenner til ordningen. De legene som svarte at de ikke kjente til ordningen ble ekskludert fra videre deltagelse. De 698 resterende svarene utgjør besvarelsene som presenteres i de neste avsnittene.

4.4.2.2 Diagnosegrupper

Figur 1 viser antall pasienter som er søkt til behandlingsreiser. Ordlyden var:

"Har du søkt pasienter til behandlingsreiser til utlandet, enten for pasienter innenfor ordinær ordning eller for forsøksordninger? Sett ett kryss for hver linje"



Figur 1 Antall pasienter som er søkt til behandlingsreiser etter diagnosegruppe

Respondentene i undersøkelsen har ulik erfaring i å søke pasienter til ordningen med behandlingsreiser (fig 1).

I alt 72 prosent av legene har søkt pasienter med revmatisme til ordningen og 60 prosent har søkt for pasienter med psoriasis. De færreste legene har søkt for de fem siste pasientgruppene, fordi dette kun har vært mulig for kortere prøveperioder. Det må også her bemerkes at tre av de aktuelle spesialistgruppene, lungelegene, nevrologene og ortopedene ikke er med i undersøkelsen, noe som kan være noe av forklaringen på at gruppen astma og postpolio er mindre representert.

Det er sammenheng mellom spesialitet og hvilke pasienter som det søkes for. Det er også en tendens til at gruppen leger med flere års erfaring har søkt flere pasienter til ordningen, men det er trolig også et resultat av at de også har hatt flere pasienter totalt sett.

Det er en svak tendens til at leger fra Helseregion Nord har et høyere antall pasienter og leger fra Helseregion Vest et noe lavere antall pasienter, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,066$ Anova test på en samleindeks, tabell ikke vist).

I alt seks prosent av legene har også søkt for pasienter med andre typer diagnoser enn de som var oppgitt i undersøkelsen. De hadde søkt for pasienter med følgende diagnoser:

- Barn med kreft
- Barneleddgikt
- Cystisk fibrose (2)
- Ehlers-dänlos syndrom
- Eldre - rehabilitering
- Hjerneslag.
- Kronisk bekkenleddsyndrom
- Lymfödem pasienter (2)
- Mb.Bekhterev
- Pasienter som har en klar reumatologisk sykdom, men som ikke helt faller inn i de fastsatte diagnoser
- Pasienter med psoriasisartritt og Mb. Bekhterev.
- Polyartrrose
- Psoriasisartritt pasient
- Rett syndrom
- Sjögren
- Utviklingsforstyrrelse

Dette er dels sykdommer og diagnoser som i dag dekkes av ordningen, dels andre typer diagnoser som ikke gjør det.

4.4.2.3 Søknader og avslag

Har ikke søkt for noen pasienter

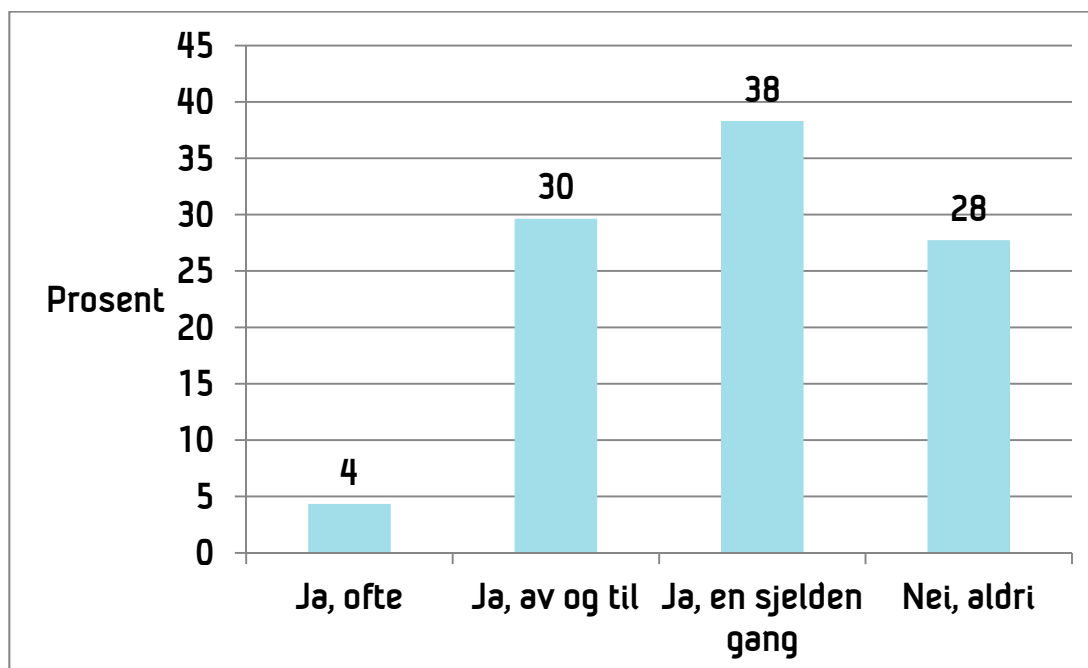
Av de legene som ikke hadde søkt for noen pasienter (116 leger, 17 prosent) var det to leger som ikke hadde tro på ordningen. For 93 leger hadde det ikke hadde vært aktuelt å søke, mens 20 leger hadde andre begrunnelser:

- Andre leger gjør det (spesialist/allmennlege) (9 leger)
- Visste ikke om det, dårlig informasjon (4 leger)
- Ikke for min pasientgruppe (4 leger)
- Andre årsaker (7 leger)

Den vanligste grunnen var at legen vet at andre leger søker for deres pasienter, at legen har for dårlig informasjon eller at det ikke er relevant for den aktuelle pasientgruppe.

Avslag på søknader

Det var i alt 577 leger (83 prosent) som hadde erfaring med å sende søknader for minst en pasient. Av disse svarte 28 prosent at de aldri hadde opplevd å få avslag på sin søknad (fig 2).

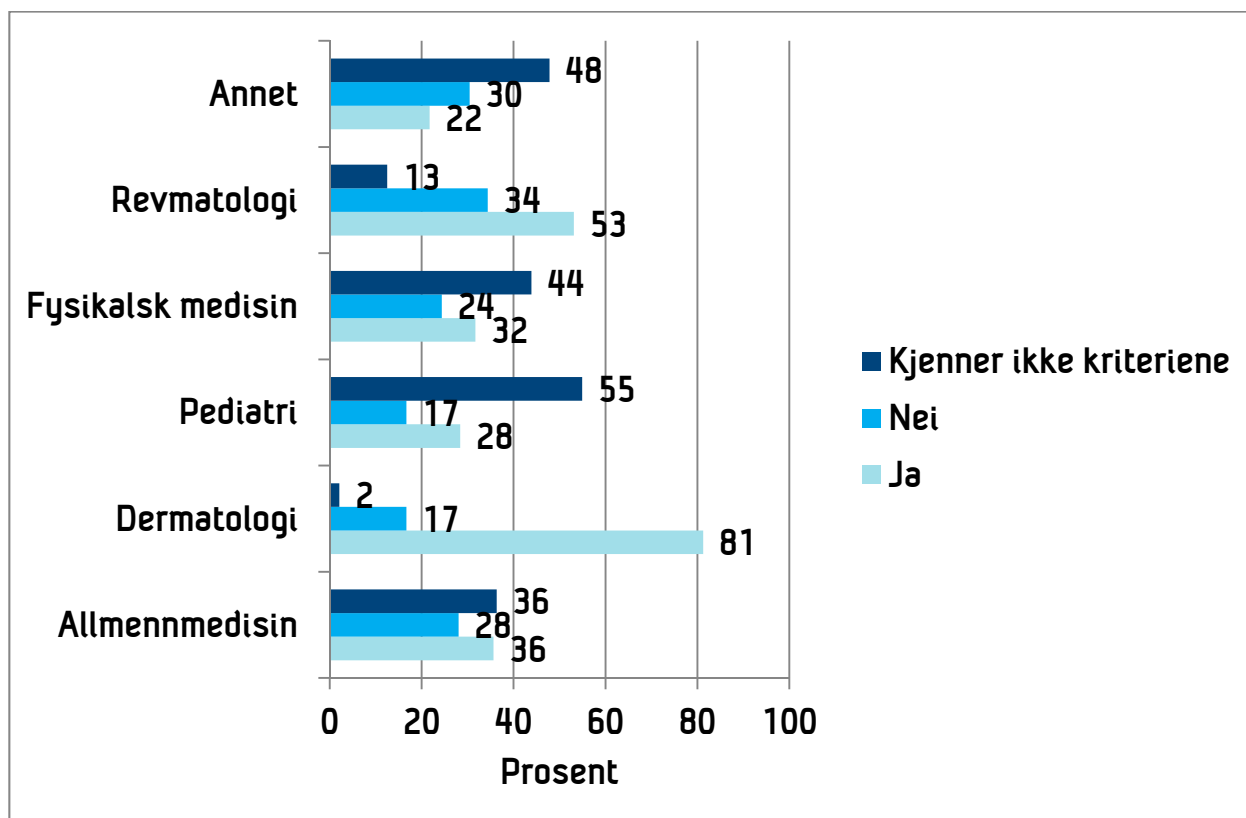


Figur 2 Spørsmål: Har du opplevd at søknaden om behandlingsreise til utlandet har blitt avslått?
Prosent. n = 577

Dette spørsmålet er analysert opp mot type lege og -spesialitet, og etter region. Vi finner ingen statistisk signifikante forskjeller, skjønt det er en tendens til at revmatologer sjeldnere har fått avslag ved at kun 16 prosent aldri har opplevd dette ($p=0,088$ ved en kjiqvadrat-test).

4.4.2.4 Vurdering av søknadskriteriene

Det neste spørsmålet handlet om hvorvidt de kjenner til søknadskriteriene. I alt 38 prosent av alle legene (262) kjenner ikke til søknadskriteriene, 39 prosent synes at kriteriene er klare og 24 prosent synes ikke kriteriene er klart utformet. Deles de etter spesialitet, ser vi klare forskjeller i figur 3.



Figur 3 Spørsmål: Synes du kriteriene for å få tilbud om behandlingsreiser til utlandet er klart utformet? Prosent. n=698

Figur 3 viser at dermatologene finner i langt større grad kriteriene klart utformet (81 prosent). Samtidig er det en av tre revmatologer som svarer at kriteriene ikke er klart utformet. Her er respondentene (prosentbasis) alle legene som kjenner til ordningen med behandlingsreiser (698 leger).

Ser vi gruppen allmennleger opp mot legespesialistene som én gruppe er det ingen forskjell når det gjelder dette spørsmålet². Det er heller ingen klare forskjeller mellom helseregionene, med unntak av at legene i Helseregion Nord i noe større grad kjenner til kriteriene (26 prosent kjenner ikke kriteriene).

4.4.2.5 Prioritering

En vurdering av prioriteringen av pasienter ble her undersøkt på to måter. Det første spørsmålet var om prioriteringen *innen* ordningen var riktig, det andre om *andre* pasientgrupper burde vært inkludert i ordningen (spørsmål 10 og 11).

² Bakgrunnstabeller, disse er ikke vist i rapporten.

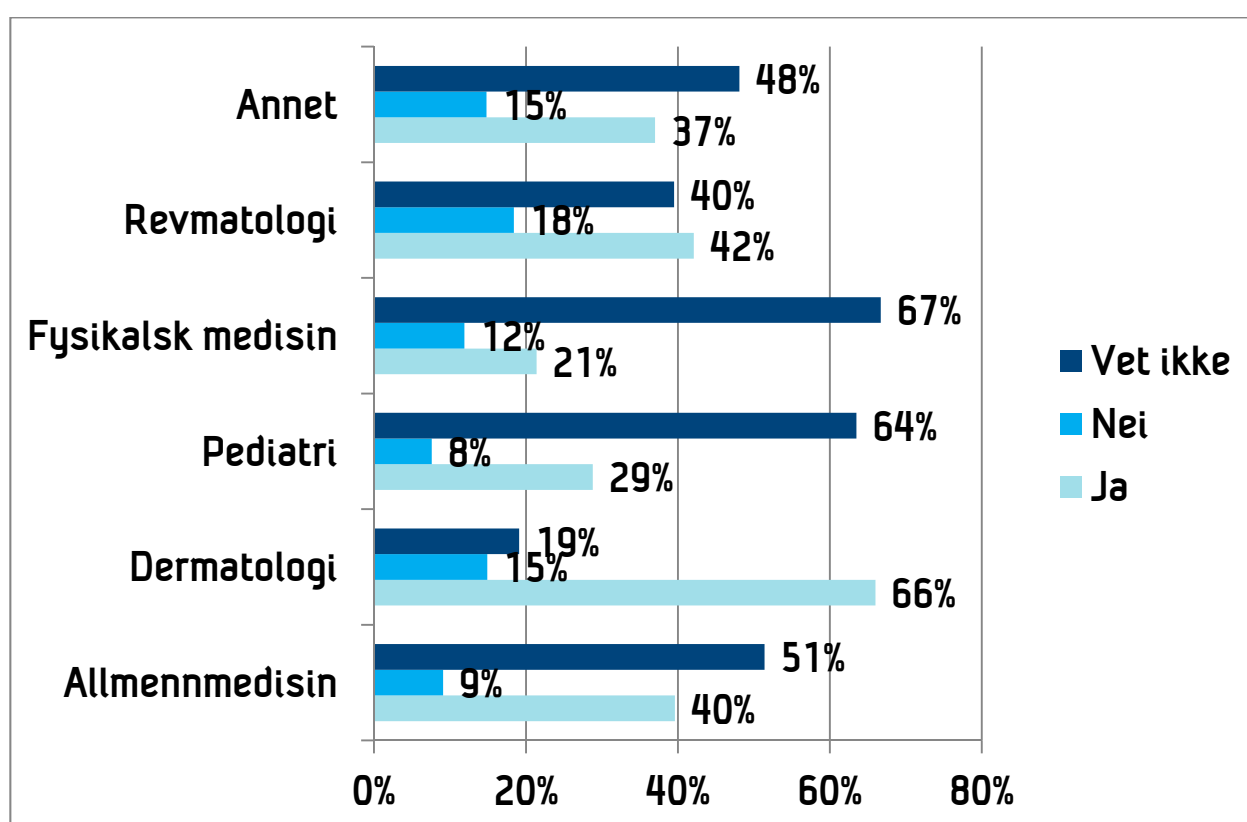
Prioritering innen den eksisterende ordningen

Det ble her spurt følgende spørsmål:

"Innen dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet: Synes du de pasientene som har størst nytte av behandlingen blir prioritert?"

Over halvparten (52 prosent) av legene svarte "Vet ikke". Dette er et høyere antall enn de som ikke kjenner til kriteriene for å bli med i ordningen. I alt 38 prosent svarte "Ja", altså at de pasientene som har størst nytte blir prioritert. Kun 10 prosent av legene synes ikke de riktige pasientene blir prioritert.

Fordeler vi dette etter spesialitet får vi følgende fordeling:



Figur 4 Spørsmål: Innen dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet: Synes du de pasientene som har størst nytte av behandlingen blir prioritert? Prosent. n=698

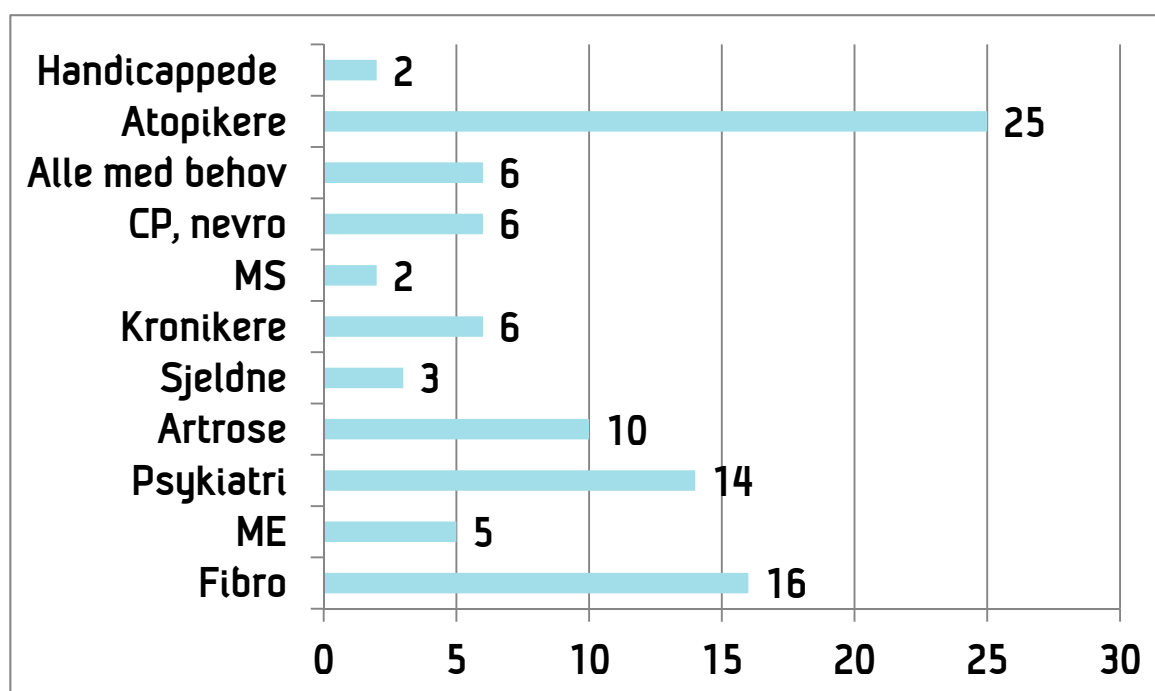
Figur 4 viser at to av tre dermatologer synes prioriteringen innen eksisterende ordning tilgodeser pasienter med størst nytte, mens kun 29 prosent av pediatrene mener det. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom allmennleger og legespesialister, eller mellom helseregionene. Vi ser imidlertid at innen legespesialistgruppen er 18 prosent av revmatologene kritiske til prioriteringen (de svarer nei på spørsmålet), mens ni prosent av allmennlegene er kritiske.

Burde andre pasientgrupper bli inkludert i ordningen?

Det neste spørsmålet i undersøkelsen gjaldt om andre pasientgrupper burde inkluderes:

"Mener du at andre pasientgrupper som har nytte av dette burde fått et tilbud?"

Her svarte 70 prosent av legene "Nei", dvs. at det ikke bør være andre pasientgrupper under ordningen. Det var åtte prosent som ikke besvarte spørsmålet, og 22 prosent (150 leger) som svarte at andre pasientgrupper burde inkluderes. Av disse har 95 leger oppgitt nærmere hvilke grupper som burde være med (fig 5).

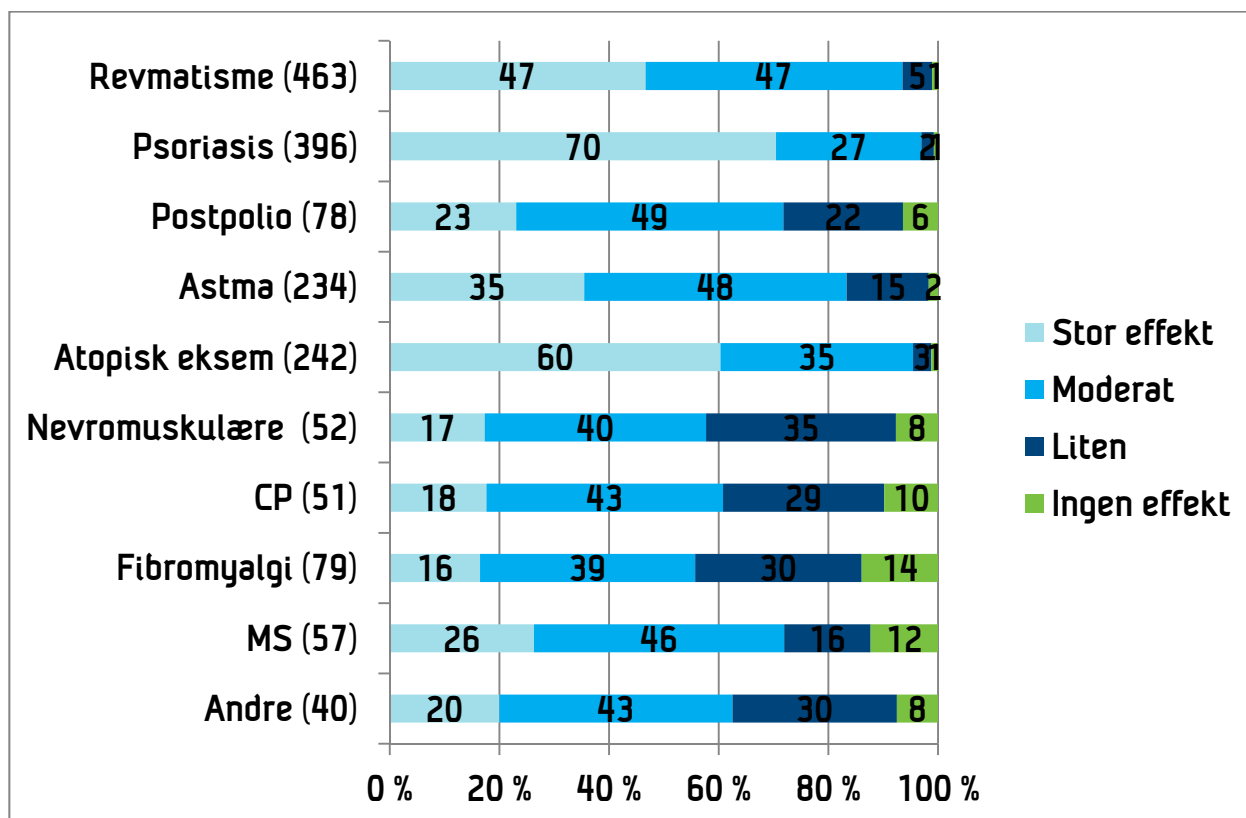


Figur 5 Andre diagnosegrupper som burde fått et tilbud. Antall leger. n=95

Blant de 22 prosent av legene som ønsker andre pasientgrupper inn i ordningen er det atopikere, pasienter med fibromyalgi og psykiatri som oftest ble nevnt.

4.4.2.6 Effekten av behandlingsreiser

For hver av de relevante diagnosegruppene ble legene spurt om hvilken generell erfaring de hadde med effekten av behandlingsreiser (fig 6).



Figur 6 Hva er dine generelle erfaringer med effekten av behandlingsreiser til utlandet? Prosent. Antall leger med erfaring i parentes (40 - 463)

Figur 6 viser at legene samlet sett har best erfaringer med psoriasis og atopisk eksem. Av leger som har erfaringer med disse pasientgruppene svarte henholdsvis 70 og 60 prosent at behandlingsreiser har stor effekt. For den største pasientgruppen, revmatikere, synes 47 prosent av legene at behandlingsreiser har stor effekt. De er nesten samstemte i at for disse tre pasientgruppene har utenlandsbehandling stor eller moderat effekt: Mer enn 90 prosent av legene svarer det for alle disse pasientgruppene. I tolkning av resultatene må det også her legges til grunn at undersøkelsen ikke omfatter ortopedier, lungeleger og nevrologer.

4.4.2.7 Alternative tilbud i Norge

Hva ville være alternative tilbud i Norge til de ulike pasientgruppene? Legene ble bedt om å nevne noen alternativer for hver av pasientgruppene revmatisme, psoriasis, postpolio, samt barn og unge med astma, lungesykdommer og atopisk eksem. Svarene er kategorisert og oppsummert i tabell 3 nedenfor.

Tabell 3. Hva ville være alternative tilbud i Norge til de ulike pasientgruppene? Antall leger. Basert på alle 698 legene – hver kan svare for mer enn en diagnosegruppe

	Revma	Psoriasis	Postpolio	Astma	Atopisk eksem
Kurbad, spa, basseng(trening)	55	17	8	4	5
Bedre tilbud i Norge	1	3	0	0	0
Rehab. og opptreningsinst.	134	17	96	57	19
Medikamentell behandling, systemisk, biologisk	13	8	1	10	14
Fysioterapi	13	0	9	3	0
Kommunale tilbud, treningsterapi, grupper	16	6	5	3	3
Innleggelser, spes.helsetj., rehabavd.	37	22	16	83	53
Ingen alternativer	9	14	5	10	15
Lysbehandling, solbehandling, PUVA	0	83	0	1	29
Dagbehandling, poliklinikk, spesialist	0	29	0	5	24
Mestringskurs, sykdomsskole, LMS	0	5	3	31	26
Vet ikke, usikker	7	6	18	12	14

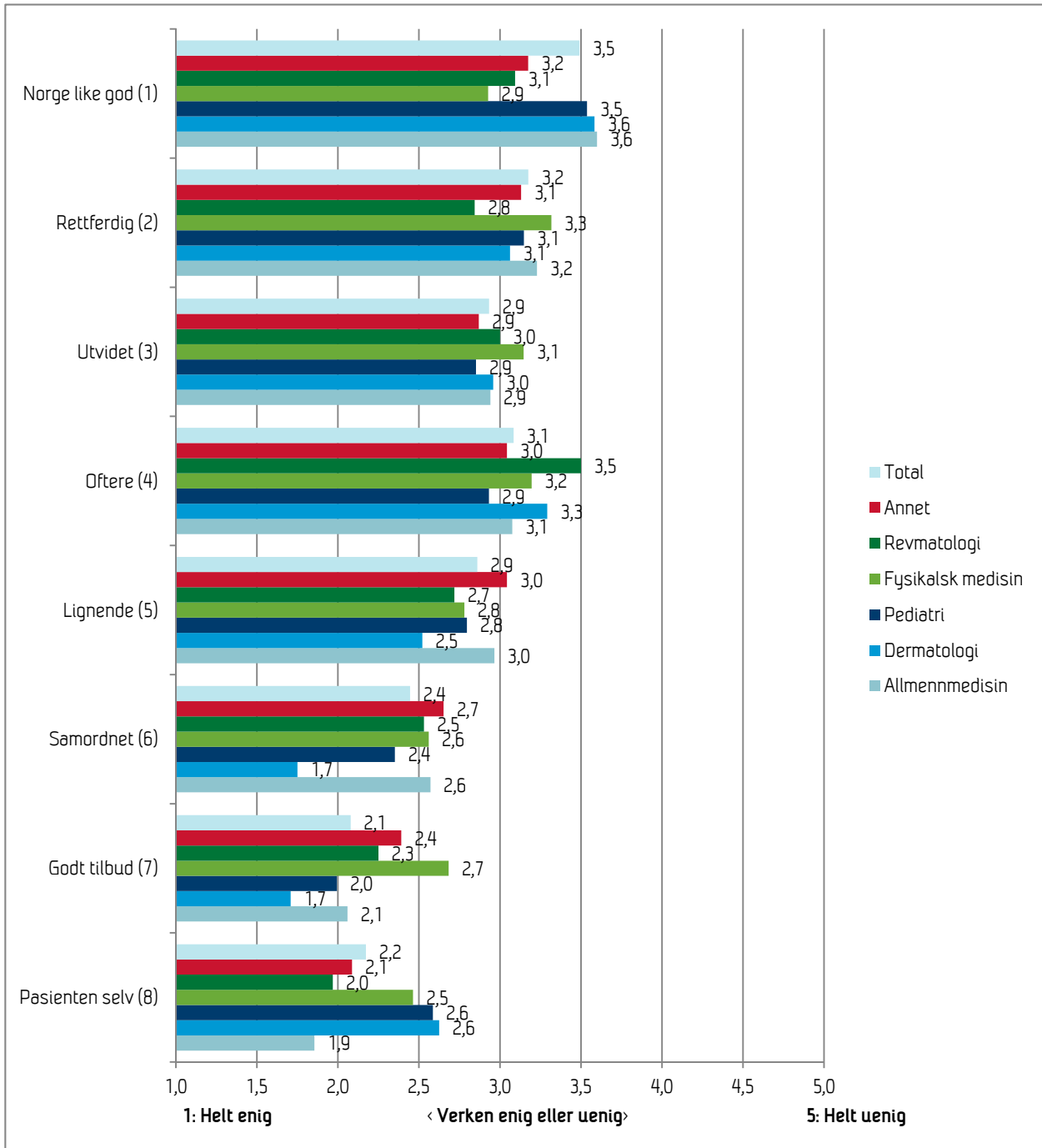
For pasienter med revmatisme svarer 134 leger at rehabiliterings- eller rehabiliteringsinstitusjoner i Norge vil være et alternativt tilbud til behandlingsreiser, mens 55 leger nevner kurbad, spa eller bassengtrening og 37 nevner behandling i spesialisthelsetjeneste. For pasienter med psoriasis nevnes lysbehandling eller solbehandling av 83 leger. For astmapasienter er det i særlig grad innleggelse ved sykehus som er aktuelt alternativ (83 leger).

4.4.2.8 Synspunkter på ordningen

For å undersøke noen andre aspekter rundt ordningen med behandlingsreiser ble legene bedt om å oppgi grad av enighet på en skala fra 1: "Helt enig" til 5: "Helt uenig" til følgende åtte utsagn:

- Behandlingstilbud i Norge gir like god effekt som behandlingsreiser til utlandet
- Tilbudet om behandlingsreiser til utlandet er rettferdig fordelt mellom de ulike godkjente pasientgruppene
- Tilbudet om behandlingsreiser til utlandet burde vært utvidet slik at flere innen de godkjente pasientgruppene får et tilbud
- Pasientene burde fått tilbudet oftere enn i dag
- Det er pasienter med lignende sykdommer som også burde få tilbudet
- Behandlingsreiser er en del av et samordnet tilbud til pasienten
- Behandlingsreiser til utlandet er et godt tilbud som bør opprettholdes
- Behandlingsreiser blir som oftest foreslått av pasienten selv

Ved å beregne gjennomsnittlig grad av enighet for hver legegruppe har vi fremstilt svarene i figur 7. Midtpunktet på skålen er her 3,0 – verken enig eller uenig.



Figur 7. Synspunkter på ordningen med behandlingsreiser

Legene totalt er noe *uenig* i påstanden om at behandlingstilbud i Norge kan gi like god effekt som behandlingsreiser til utlandet (gjennomsnittsskåre 3,5). Legene er med andre ord for det meste enige i at effekten av behandlingsreiser er bedre enn i Norge.

Ser vi på utsagn (8) (om tilbudet bør opprettholdes) er også legene i stor grad *enige* i det (skåre 2,1). Her skiller også legespesialister innen fysikalsk medisin seg ut ved å være noe mer restriktive i å anbefale en opprettholdelse av ordningen. Pasienter hos fastlegen er de pasientene som i størst grad selv foreslår en behandlingsreise (utsagn 9), og i minst grad hos dermatologene.

4.4.3 Oppsummering av resultater fra spørreundersøkelsen

Undersøkelsen viser at de aller fleste allmennleger og legespesialister, kjenner til ordningen med behandlingsreiser. I alt 97 prosent av legene svarer at de kjenner ordningen. Svarprosenten totalt var lav (23) og trolig kan endel av de som ikke har besvart være blant dem som ikke kjenner til ordningen med behandlingsreiser.

Noen hovedfunn fra undersøkelsen:

- 72 prosent av legene har opplevd å få avslag på søknad
- 24 prosent av legene synes ikke søknadskriteriene er klart utformet, (men 38 prosent kjenner dem ikke)
- De aller fleste legene er for det meste enige i dagens prioritering. 10 prosent av legene synes ikke de riktige pasientene blir prioritert, innenfor dagens ordning
- 70 prosent av legene synes ikke at andre pasientgrupper burde være inn under ordningen
- 70 prosent av legene som har erfaring med utenlandsbehandling for psoriasispatienter synes at denne behandlingsformen har stor effekt. Tilsvarende for revmatismepasienter synes 47 prosent at behandlingen har stor effekt
- Legene som er med i undersøkelsen er for det meste enige i at behandlingsreiser er et godt tilbud som burde opprettholdes. I særlig grad er dermatologene positive til å opprettholde tilbudet
- Legene er delt i synet på om tilbudet burde vært gitt oftere enn i dag. Omtrent like mange er enige som uenige i en slik påstand

Alt i alt er legene positive til ordningen med behandlingsreiser og synes at systemet fungerer som en verdifull del av helsetjenesten.

4.5 Er behandlingsreiser god samfunnsøkonomi?

Evalueringsspørsmålene handler bl.a. om behandlingsreiser er kostnadseffektive og om de er rettferdig fordelt. Et av målene med helseøkonomi er å bidra til å vurdere om et spesifikt helsetjenestetiltak er samfunnsøkonomisk effektivt, dvs. om det er kostnadseffektivt. Det innebærer at tiltaket i en bred sammenheng bidrar til mer enn det koster. For å kunne foreta en slik vurdering sammenlignes tiltaket med et gitt alternativ, oftest den eksisterende eller etablerte behandlingen. Kan man for eksempel benytte de samme ressursene (midlene) på en annen og

alternativ måte og fått mer ut av det av de ønskede effektene? Dette er den sentrale problemstillingen innen kost-nytteanalyse.

Nedenfor presenteres først noen generelle (helse-)økonomiske prinsipper og dernest en vurdering av litteratur og data som er fremkommet i prosjektet. Helsedirektoratet har fremlagt et forslag til "Samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren – en veileder"³. Det anbefales her at analyser og beregninger av helsetiltak bør gjennomføres som monetære nyttekostnadsanalyser, der både helsevirkninger og kostnader beregnes i monetære enheter (CBA – Cost Benefit Analysis). Kostnadseffektivitetsanalyser vil bare kunne benyttes for å velge mellom alternative tiltak for en gitt pasientgruppe (CEA – Cost Effectiveness Analysis).

Helseøkonomiske kost-nyttebetraktninger

Utgangspunktet for (helseøkonomiske) nyttekostnadsanalyser er at ressursene har en begrenset mengde, og at *en* bruk av ressurser derfor går på bekostning av ressursene brukt til en *annet* bruk. Verdien av ressursene man bruker til noe settes derfor til verdien av ressursene brukt til den best tenkelige *alternativ* anvendelsen (alternativkostnad). I helseøkonomiske analysene er målet å veie forbedringen i helsetilstanden opp mot ressursbruken.

En utfordring for kost-nytteanalyse innen helsesektoren er at det ikke bestandig er målbare effekter, og effektene (for eksempel helseforbedringer) er utfordrende å verdsette. Dette gjelder både for nytteelementene og noen ganger også for en del av kostnadene.

Gitt at et tiltak A har en viss effekt på helsetilstanden, og at det alternative tiltaket B gir en noe mindre effekt og de realøkonomiske kostnadene, inklusive bivirkninger, er like store. I dette tilfellet vil det være enkelt å anbefale tiltak A. Men hva hvis tiltak A har en noe større kostnad enn B? Og hva bør en anbefale hvis både A og B har svært små, eller svært usikre effekter? Det er i økende grad benyttet metoder for å måle effekter i form av (endringer i) funksjonsnivå og livskvalitet for å gjøre slike vurderinger. Sentralt er målinger av helserelatert livskvalitet og bruk av kvalitetsjusterte leveår. I prinsippet vil man ved hjelp av slike metoder kunne besvare slike spørsmål og gi anbefalinger i de spørsmål som er stilt over.

(Helse-)økonomien i behandlingsreiser

I dette prosjektet er relevant forskningslitteratur om behandlingsreiser gjennomgått. Forskning om helsetiltak – kliniske studier – handler i vesentlig grad om å undersøke i hvilken grad ulike behandlingsformer gir effekt,

³ Se:

<http://www.helsedirektoratet.no/fagnytt/horinger/saker/samfunns-ekonomiske-analyser-i-helsesektoren--ute-p--h-ring--809424>

sammenlignet med alternativene. Merk at denne sammenligningen er en vesentlig del av den økonomiske analysen. Den mest anerkjente metoden i kliniske studier er såkalte dobbelt-blinde, randomiserte kontrollerte forsøk. I slike eksperimenter deles pasientene i (minst) to grupper på en tilfeldig måte, og der verken helsepersonell eller pasient i utgangspunktet vet hvilken gruppe som får den aktuelle medisinen (tiltaket) eller hvem som får alternativ (tradisjonelt eller ikke-virkende) medisin. Av svært mange praktiske årsaker er dette en metode som ikke er gjennomførbart for å undersøke effekten av behandlingsreiser. Det finnes derfor RCT'er som ikke er blindet.

For å finne ut om utenlandsbehandling, eller behandling i det hele tatt, totalt sett er samfunnsøkonomisk lønnsomt må en sammenligne med et alternativ der en *ikke* gir behandling. Dernest må en sammenligne den (positive) effekt av behandlingen med ressursene som er benyttet til behandlingen (kostnadene). Dette kalles nyttekostnadsanalyser (CBA).

For å konkludere om behandlingsreiser er kostnadseffektive er det nødvendig både å se på effekt og på kostnader. Litteraturgjennomgangen og intervjuene har derfor hatt en særlig oppmerksomhet knyttet til kostnadsspørsmålet, og det er undersøkt om det er gjennomført studier der man sammenligner alternative behandlings- eller rehabiliteringsopplegg.

Behandlingsreiser er definert til å være et *supplement* til norske helsetjenester. Det betyr at tilbudet kommer som et tillegg, og ikke som *erstatning* for tilbud i Norge. Men det betyr sannsynligvis ikke at behandlingsreiser ikke vil påvirke behovet for tjenester i Norge. En pasient som gjennomfører et behandlingstilbud i utlandet vil få dekket sitt behov for denne type behandling for en periode. Til en viss grad vil etterspørselen etter, eller behovet for, behandling eller medisiner bli lavere for en periode etter oppholdet, og det er nokså klart at dette vil avlaste presset på helsetjenestene i Norge. Det betyr at behandlingsreiser *også* utgjør et alternativt tilbud, og innebærer en økonomisk innsparing som må inkluderes i de samfunnsøkonomiske analysene. Dette er effekter som må vurderes opp mot kostnadene for å gjennomføre behandlingsreisene.

Nedenfor presenteres noen av studiene med helseøkonomiske beregninger, og det gis en vurdering av om man kan si om utenlandsbehandling er kostnadseffektiv, dvs. om man kan si at dette tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Først presenteres en oversikt over kostnadene til utenlandsbehandling og tilsvarende tilbud i Norge.

Kostnader ved behandlingsreiser i utlandet

Det er over statsbudsjettet i 2011 bevilget 106,7 millioner kroner til behandlingsreiser, noe som skal dekke både reise-, oppholds- og behandlingsutgifter samt administrasjon av ordningen. Samlet gis det hvert år støtte til 3000

pasienter, som i all hovedsak får opphold av 28 dager varighet. Grovt sett koster derfor hver reise 36 000 kroner, eller 1280 kroner per dag i 2011. Av dette er tre firedeler kostnader til reise og opphold for pasienter og ledsagere, resten administrasjonskostnader og kostnader til personale i Norge og i utlandet.

Kostnader ved behandling i Norge

Behandlingsreiser til utlandet er definert som et supplement til behandling i Norge. Likevel kan et rehabiliteringsopphold i Norge være et alternativ for noen av pasientgruppene. Det er derfor interessant å sammenligne kostnadsnivået med opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

Tidligere var det et fast sett med kurdøgnpriser for disse institusjonene, offentliggjort av Rikstrygdeverket. I dag blir prisen avtalt mellom hver av institusjonene og de fire regionale helseforetak. Disse prisavtalene er ikke offentlige. Nedenfor er det derfor forsøkt å beregne kostnadsnivået ut fra pasientstatistikk og regnskapsdata.

I følge Årsrapport fra Helseregion Sør-Øst var utgiftene til opptreningsinstitusjonene i 2010 800 millioner kroner (www.helsesorost.no). I "Aktivitetsrapport for spesialisthelsetjenesten 2010" fra Norsk pasientregister (www.npr.no) fremgår det at Helse Sør-Øst i alt hadde 19 323 opphold og i alt 435 990 oppholdsdøgn i 2010. Det innebærer at et opphold i gjennomsnitt koster omkring 41 400 kroner, og et døgn 1835 kroner. Gjennomsnittsoppholdet var 22,5 dager. Flere av opptreningsinstitusjonene i Norge har de siste årene rustet opp og bygget opp mer spesialiserte tjenester. Døgnprisene varierer mye etter type behandling og pasientgruppe. Eksempelvis svarer Hokksund Kurbad at en gjennomsnittspasient koster i underkant av 1500 kroner for RHF-et.

Om vi sammenligner gjennomsnittlig opphold ved norske rehabiliteringsinstitusjoner er kostnadsnivået noe høyere *per dag* enn ved utenlandsbehandling. I det norske kostnadsestimater er det inkludert en del nye og noe "tyngre" brukergrupper som trekker kostnadsnivået opp. Regnet *per opphold* er også kostnadene høyere i Norge, på tross av at utenlandsbehandling i all hovedsak er fire og ikke tre uker som i Norge. Pasientgruppen for norske rehabiliteringsinstitusjoner er trolig mer sammensatt og variabel enn ved utenlandsbehandling. Kostnadsnivået i opptreningsinstitusjoner i Norge er derfor ikke uten videre direkte sammenlignbart med behandlingsreiser til utlandet, men det kan gi en indikasjon på at døgnprisene for rehabilitering og behandling i utlandet vil være rimeligere enn i Norge. Det beste hadde vært å sammenligne med tilsvarende tilbud innenlands. F. eks. for revmatikere kunne det også være relevant å sammenlikne med billigere tilbud, fysioterapi, trening, basseng m.m.

Studier om kostnadseffektivitet

Litteraturgjennomgangen (kap 4.1) viser at det er få kliniske studier som eksplisitt foretar (helse-) økonomiske kalkyler. De fleste studiene undersøker om "tiltaket virker", dvs. om man kan se en (signifikant og relevant) endring i sykdomsaktivitet, funksjonsnivå, smerte osv. av behandling i varmt klima. Det undersøkes også om

denne endringen er varig, dvs. om den kan spores over en periode på tre eller seks måneder, og videre om denne endringen er forskjellig fra tradisjonell behandling innenlands. Om man også sammenligner kostnadene ved ulike behandlingsformer kan man utføre en kostnadseffektivitetsanalyse (CEA).

I NoU 2000:2 ble det at det da ut i fra tilgjengelig informasjon konkluderte 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 (1).

For eksempel viser Ståalesen Strumse i en ny studie at pasienter med ankyloserende spondylitt (Bekhterev) har en større effekt av utenlandsbehandling enn behandling i Norge (25). Både behandling i Norge og i utlandet bedrer situasjonen for deltakerne, men utenlandsbehandling gir en vesentlig større og mer langvarig bedring, for en større andel av pasientene. Dersom i tillegg kostnadene ved behandling er lavere enn ved tilsvarende behandling i Norge vil det naturligvis være samfunnsøkonomisk mer fordelaktig å utføre behandling i utlandet, fremfor i Norge. Det forutsetter at pasientene tåler reisen, og at det ikke foreligger kontraindikasjoner. Denne konklusjonen samsvarer med Forseth (2010) (12).

En finsk studie (65) indikerer at to ukers helioterapi (behandling med sollys) kan være kostnadseffektivt for atopisk eksem. Konvensjonell lokal terapi kan være UV-bestråling og bruk av legemidler som steroider. Atopisk eksem er en ustabil lidelse, som kan vise store variasjoner over tid. Det er også vist at psykiske forhold har stor betydning. Helioterapi viser en svært god bedring for de aller fleste pasientene, en del blir så å si symptomfrie i løpet av oppholdet. Det ble ikke vist signifikant større effekt for tre kontra to ukers opphold, kostnadsforhold indikerer derfor at to-ukers opphold bør foretrekkes.

Frå den samme studien ble det også beregnet totalkostnadene ved behandlingsformen. "*Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis*" (80) viser til et 2-årig forsøk for å evaluere kosteffekt av helioterapi for psoriasis. Kostnadene for helioterapi overgikk i mangfold gjennomsnittlig månedlig kostnad av konvensjonell psoriasis-terapi. Det var ingen total sporing å bruke helioterapi for pasienter som led av bare av moderat alvorlig psoriasis. Helioterapi utgjør bare et alternativ til pasienter som lider av alvorlig psoriasis.

I en rapport frå Link Medical Research er det referert en beregning av kostnader for behandling av pasienter med RA i Norge (81). Samlet sett anslås kostnader i 2010 til om lag 73 000 kroner for hver pasient, totalt 2,26 milliarder kroner, basert på at det i alt er ca 31 000 mennesker i Norge med RA. Dette inkluderer kostnader til medisiner, inklusive legemidler til enkelte pasienter. Samtidig foretas det i denne rapporten en beregning av de totale kostnadene ved sykdommen:

"Rapporten viser at de årlige samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til RA i Norge beløper seg til i overkant av 8,7 milliarder kroner. De betydelige samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med RA oppstår i hovedsak som følge av at personer med RA ikke lenger kan være i arbeid. Rapporten viser at ca. 63 % av de samfunnsøkonomiske kostnadene skyldes produktivitetstap ved arbeidsuførhet. Kostnadene til behandling av RA representerer 31,1 % av de samfunnsøkonomiske kostnadene, mens uførepensjon og sykepenger til sammen representerer omlag 5,9 % (ref: op.cit.).

Disse beregningene kan sette kostnadene til behandlingsreiser i et perspektiv. Om man antar at ca 60 prosent av behandlingsreisene til utlandet foretas av revmatikere, står disse for ca 64 millioner kroner. Det utgjør følgelig totalt i underkant av tre prosent av behandlingskostnadene.

4.5.1 Oppsummering av helseøkonomi

Kan vi vite om ressursene som benyttes til behandlingsreiser gir god effekt? Utgangspunktet for (helseøkonomiske) nyttekostnadsanalyser er at ressursene har en begrenset mengde, og at en bruk av ressurser derfor går på bekostning av ressursene brukt til en annet bruk. Det er anbefalt at man gjennomfører monetære nyttekostnadsanalyser (CBA) der både behandlingseffekt og behandlingskostnader verdsettes i kroner. Det er ikke tilstrekkelig å gjennomføre kostnadseffektstudier (CEA), fordi man da bare er i stand til å gi vurderinger om alternative tilbud til en gitt pasientgruppe. Ved å gjennomføre en CBA vil man kunne sammenligne nytte/kostnadsforholdet mellom ulike pasientgrupper.

I dette prosjektet er relevant forskningslitteratur om behandlingsreiser gjennomgått, og det er undersøkt om de publiserte studiene inneholder analyser om kostnadseffektivitet. Ingen av studiene som er identifisert har gjennomført nyttekostnadsanalyser, men det er gjennomført en del kostnadseffektstudier (CEA). Det anbefales at det gjennomføres nyttekostnadsanalyser (CBA) for de eksisterende pasientgruppene.

Kostnadsnivået (døgnprisen) ved utenlandsbehandling er lavere enn det gjennomsnittlige kostnadsnivået ved norske rehabiliteringsinstitusjoner, men det er ikke klårlagt om pasientgruppene her er direkte sammenlignbare. Norske institusjoner mottar nå en variert pasientgruppe, inkludert noen med stort omsorgsbehov. De aller fleste som mottar utenlandsbehandling forutsettes å være selvhjulpne.

5 Oppsummerende diskusjon og anbefalinger

Overordnet mål for SINTEFs evaluering er å undersøke hvorvidt ordningen med behandlingsreiser til utlandet er i overensstemmelse med formålet slik det er bestemt av Stortinget. I følge NOU 2000:2 "Behandlingsreiser til utlandet – et offentlig ansvar?" er ordningens 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 (1). Tilbudet bør ikke kunne erstattes av liknende tilbud i Norge. Dagens ordning 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 (klimæffekt) (ibid). NOUen fra 2000 ble ikke politisk behandlet, er ikke et styringsdokument i formell forstand, men har blitt lagt til grunn som anbefalinger for utvikling av behandlingstilbudet.

Som metoder for datainnsamling har vi benyttet dokumentgjennomgang, litteratursøk i databaser, gjennomgang og evaluering av forskningslitteratur, kvalitative intervjuer med et utvalg brukerorganisasjoner og intervju med leder og ansatte ved Seksjon for behandlingsreiser, samt en spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg fastleger og legespesialister.

Nedenfor vil vi diskutere våre resultater opp mot hver av de seks problemstillingene vi gjorde rede for i kapittel 2 og deretter vurdere hvorvidt ordningen er i overensstemmelse med formålet slik det er bestemt av Stortinget. Vi vil også knytte våre anbefalinger opp mot disse punktene.

1 Ivaretar BHR sitt ansvar og sine oppgaver som forutsatt?

BHR har godt (høyt) kvalifiserte ansatte. Etter vår vurdering har de ansatte ved seksjonen tilstrekkelig kompetanse til å utføre saksbehandlingen og de daglige gjøremål og vi mener at de har gode muligheter for kurs og opplæring. De ivaretar derfor de oppgavene de per i dag er pålagt. Dette er i overensstemmelse med revisjonsrapporten fra Helse Sør-Øst der dette også vurderes positivt (22). Etter vår vurdering er den nære tilknytning til kliniske miljøer en styrke, og en sentral forutsetning for en faglig forsvarlig drift av Seksjon for behandlingsreiser. Seksjonens årsrapporter viser at tilknytningen til Helse Sør-Øst ikke har ført til noen forfordeling av enkelte fylker eller regioner når det gjelder tildeling av plasser på behandlingsreisene. Videre mener vi at det er en styrke ved ordningen med behandlingsreiser at den forvaltes av én enhet for hele landet og ikke er lagt ut på foretaksnivå, og at tilskuddet til ordningen følger av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet. Ansatte ved Seksjonen for behandlingsreiser opplever det som problematisk og kompliserende

at Seksjonen ikke er knyttet til økonomisystemet i OUS, og at en har en lang vei å gå for å nå fram til "ansvarlig signatur" i organisasjonen.

Vår vurdering er at kravet om tilgjengelighet, kvalitet og rettferdig fordeling av behandlingsreiser til utlandet er ivare tatt i dag og best ivaretas ved at den forvaltes av én enhet for hele landet, ikke legges ut på foretaksnivå, og at tilskuddet til ordningen følger av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet. Vi anbefaler derfor at dagens organisatoriske tilknytning til OUS, Helse Sør-Øst videreføres. Dette vil også sikre den nødvendige tilknytningen til medisinsk faglige miljøer som Seksjon for behandlingsreiser er avhengig av i forvaltning av ordningen. Vi anbefaler at det tas organisatoriske grep internt i OUS slik at Seksjon for behandlingsreiser gis tilgang til pasientsystemet i OUS for alle programmene innenfor ordningen, gis tilgang til OUS økonomisystem og at det arbeides for å gjøre veien til ansvarlig signatur i organisasjonen enklere.

Når det gjelder ivaretagelse av samordning og kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet, har vi pekt på at dette forutsetter bl.a. god involvering av brukerens/pasientens fastlege og spesialist, både før og etter et behandlingsopphold. I denne forbindelse mener vi det er fornuftig at Seksjon for behandlingsreiser viderefører arbeidet med å innarbeide som fast rutine at epikrise etter behandlingsoppholdene sendes til pasientens fastlege, også når han/hun ikke er innsøkende lege. Dette vil etter vår vurdering gi et bedre grunnlag for samordning og kontinuitet i behandlingstilbudet.

2 Er behandlingsreiser virkningsfulle, trygge og sikre?

Virkningsfull

Når vi skal vurdere hvorvidt ordningen med behandlingsreiser er i overensstemmelse med formålet gitt av Stortinget, er hovedsaken om de er virkningsfulle. Vi retter derfor oppmerksomheten mot om hvorvidt de har effekt når det gjelder behandling. For å besvare dette spørsmålet vises det til ordningens formål som 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. Ordningens mål 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. Med dokumentert nytte menes at positiv behandlingseffekt av kombinasjon av medikamentell og /eller fysisk behandling og varmt og solrikt klima er målt minst tre måneder etter endt behandling (1). Det bør foreligge minst to separate vitenskapelige undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandlingen. Undersøkelsene bør være kontrollerte, og kontrollgruppen bør bestå av pasienter med samme sykdom som gjennomgår behandling ved sammenliknbare institusjoner i hjemlandet. Undersøkelsen bør være publisert i tidsskrift med referee, eller vurdert etter tilsvarende faglige krav (1). For å vise til effekt av tiltak er det derfor bare vist til randomiserte kontrollerte studier

som er foretrukket design og til Cochrane Database of Systematic Reviews and Clinical Trials som regnes for gullstandard av slike litteratursøk.

Når det gjelder *dokumentert effekt for de ulike diagnosegruppene* er effekt av behandlingsreiser for **revmatisk sykdom** godt dokumentert, men det vises til få randomiserte kontrollerte studier (tre stk) og langtidseffekt utover seks måneder etter behandling er i liten grad undersøkt. Flere ukontrollerte studier har vist effekt rett etter avsluttet terapi og også langtidseffekt etter tre og seks måneder. Når det gjelder barn og ungdom med revmatisk sykdom foreligger det ikke kontrollerte studier av behandlingseffekt. Det er ikke gjort nyttekostnadsanalyser.

Revmatisk sykdom er en av de best dokumenterte gruppene og utgjør også den største gruppen som får tilbud om behandlingsreiser til utlandet. For ytterligere dokumentasjon kan det trolig anbefales at det utføres nye undersøkelser om hvilke pasienter innenfor de anbefalte diagnosegruppene som egner seg spesielt godt for denne type behandling, behandlingssopplegg av ulik varighet undersøkes, behandlingens langtidseffekt (utover seks måneder) dokumenteres og det foretas nyttekostnadsanalyser.

Effekt av behandlingsreiser for **psoriasis** er og godt dokumentert, men det vises til få randomiserte kontrollerte studier (to stk) og langtidseffekt utover seks måneder etter behandling er i liten grad undersøkt. Flere ukontrollerte studier har vist til effekt. Det er ikke gjort undersøkelser om optimale solingsdoser eller varighet for å gi optimal effekt.

For ytterligere dokumentasjon kan det trolig anbefales at det undersøkes nærmere hvilke solingsdoser som gir optimal effekt bedømt ved størrelsen og varighet av effekt, behandlingssopplegg av ulik varighet undersøkes, behandlingens langtidseffekt (utover seks måneder) dokumenteres og at det foretas nyttekostnadsanalyser.

Det er kun én randomisert kontrollert studie for **nevromuskulære sykdommer** som viser til positiv langtidseffekt på ulike helsedimensjoner for personer med nevromuskulære diagnoser, mens én RCT studie fortolker at det ikke er noen forskjell mellom fysikalskmedisinsk behandling under varme klimatiske forhold og tilsvarende behandling ved institusjon i Norge. Det er kun én RCT for **postpolio** som konkluderer at det synes å kunne dokumentere en positiv effekt av behandling i Syden for senfølger etter poliomyelitt. Denne studien var med i en systematisk oversikt fra Cochrane som konkluderte at grunnet utilstrekkelig kvalitetsdata og mangel på randomiserte studier var det umulig å trekke entydige konklusjoner på virkningen av intervensjonene av postpolio.

Det anbefales at det utføres nye undersøkelser med sikte på effekt av behandlingsreiser og at det foretas nyttekostnadsanalyser.

Det foreligger ingen publiserte studier av behandlingseffekt for **astma** i varmere klima **for barn og unge**. Det er imidlertid utført én randomiserte kontrollerte studier for voksne som konkluderer med at det ikke er signifikant langtidsforskjell i et subtropisk klima versus et temperert klima etter rehabilitering av kronisk obstruktiv lungesykdom når det gjelder bedring av helse relatert livskvalitet eller psykisk velvære. Det er vist til oversiktsstudier der høyfjells klima er gunstig, men som viser til behov for kontrollerte studier.

Vi fant én norsk randomisert, kontrollert studie om **atopisk eksem** hos barn. Studien konkluderte at skifte fra et subarktisk/temperert klima til et subtropisk klima i fire uker bedret signifikant hudsymptomer (SCORAD) og livskvalitet selv etter tre måneder hjemkomst.

Det anbefales at det utføres undersøkelser med sikte på effekt av behandlingsreiser i varmt klima og at det foretas nyttekostnadsanalyser.

Legene synes at effekten av utenlandsbehandling var størst for pasienter med psoriasis og atopisk eksem, og noe mindre for revmatisme. Legene hadde ulike oppfatninger av påstanden om at behandlingstilbud i Norge gir like god effekt som behandlingsreiser til utlandet og, flertallet av legene var uenige i påstanden.

Trygge og sikre

I henhold til Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. (lov 1999-07-02 nr. 61) (82) er lovens formål bl.a. å bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet og bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov. Behandlingsreiser til utlandet omfatter både behandlingssteder hvor det er ansatt norsk helsepersonell og behandlingssteder som er bemannet av lokalt helsepersonell. I forhandlingene med behandlingsstedene legges til grunn de samme kravene til godkjenning av personalets kompetanse som er anført i Lov om helsepersonell m.v. (lov 1999-07-02 nr 64) (83).

Pasienter som reiser på behandlingsreiser omfattes også av Norsk Pasientskadeerstatning (Lov om erstatning ved pasientskader m.v. Lov 2001-06-15, nr. 53) (84). Vi anser behandlingsreiser som trygge og sikre da det, etter det vi kjenner til, ikke er fremkommet rapporter om ulykker eller uønskete hendelser. Det har heller ikke i intervjuene med brukerorganisasjonene fremkommet forhold som tyder på at behandlingsreisene ikke oppleves som trygge og sikre.

Litteraturgjennomgangen (kap 4.1 og 4.5) viser at det ikke er gjennomført nyttekostnadsanalyser for utenlandsbehandling, der man sammenligner nytte, målt i økonomiske størrelser, med kostnadene til tiltaket. Det er anbefalt fra Helsedirektoratet at slike analyser gjennomføres for helsetjenester.

For klimabehandling er det gjennomført en rekke effektanalyser, der en dels sammenligner behandling innenlands med utenlandsbehandling, eller med en gruppe som ikke får behandling. Behandlingseffekten blir som regel målt ved sykdomsspesifikke måleinstrumenter. Noen studier viser også kostnadene ved ulike typer av behandling. I slike tilfeller kan man beregne kostnadseffektiviteten ved ulike tiltak, der to eller flere typer av behandlinger blir sammenlignet.

I en nyttekostnadsanalyse beregnes det vunne kvalitetsjusterte leveår (Quality Adjusted Life Years, QALY) med et anerkjent generisk måleinstrument. Helsegevinsten etter behandlingen, målt i QALY, kan oversettes til en gjennomsnittlig verdi, som kan sammenlignes med kostnadene. Beregningene skal utføres kun for grupper av pasienter, og skal ikke benyttes for å fatte beslutninger på individnivå.

Før man for eksempel anbefaler at nye pasientgrupper vurderes å inkluderes i ordningen med behandlingsreiser, vil det være formålstjenlig å gjennomføre nyttekostnadsanalyser for eksisterende grupper. Det bør dernest foretas tentative nyttekostnadsanalyser også for nye grupper for å demonstrere om de har like god eller bedre kost/nytteforhold som de eksisterende gruppene.

3 Er tjenestene tilgjengelige?

Tilbud om behandlingsreiser skal omfatte brukere fra hele landet, og årsrapportene fra Seksjon for behandlingsreiser viser at seksjonen mottar og innvilger søknader innen alle programmene fra alle fylker. Innvilgelsesprosenten synes også å være relativt lik for alle fylker. Søkere som er satt på venteliste det ene året gis prioritert det neste året, om de da velger å søke igjen. I revisjonsrapporten (22) ble det vist til at en har ventelister i flere kategorier, *"men at ventelister for voksne ikke inneholder en prioritert mellom søkerne. Vurdering av ventelistene er derfor skjønnsbasert og ikke basert på faste vurderingskriterier"* (Revisjonsrapporten, side 8). I rapporten anbefales det derfor at det i større grad differensieres mellom søkerne i saksbehandlingen slik at det blir en tydelig prioritering i ventelistene. Vi slutter oss til denne anbefalingen.

Flere forhold kompliserer det å gi et godt svar på spørsmålet om forholdet mellom behov for behandlingsreiser og kapasiteten i dagens ordning. Det er langt fra alle med diagnose som tilfredsstillt kriteriene for å komme innenfor ordningen med behandlingsreiser. Videre vil langt fra alle ha behov for et behandlingsopphold eller ha ønske om å reise. Antallet søknader kan gi en viss indikasjon, men her må man ta forbehold om at en del brukere, i følge brukerorganisasjonene, lar være å søke, enten fordi man reise året før og regner med å få avslag, fordi man er lite tilfreds med boforholdene på behandlingsstedet, eller at reisetidspunktet av en eller annen grunn ikke passer –

for å nevne noe. Vi anbefaler at det, ut fra medisinske kriterier, gjøres en samlet kartlegging av det reelle behovet for behandlingsreiser i de aktuelle diagnosegruppene.

4 Er tjenestene rettferdig fordelt?

I henhold til Revisjonsrapporten (22), er det ikke utarbeidet styringsdokumenter ut over det som går fram av NOU 2000:2 (1). Videre heter det at *"behandlingsreiser er ikke et særskilt tema i styringsdialogen mot verken Helse Sør-Øst eller Helse- og omsorgsdepartementet. Det er ikke gitt særskilte føringer eller krav om formålet med tilskuddsordningen eller bruken av tilskuddsmidlene"* (22) (Revisjonsrapporten, side 5). Videre pekes det på at tatt i betraktning av at det ikke er gitt føringer for bruken av midler, kan det være en risiko for at seksjonen kan bruke tildelte midler på områder som ikke ligger innenfor intensjonene med ordningen. *"NOU 2000:2 gir heller ikke føringer for bruken av øremerkede tilskuddsmidler"* (Revisjonsrapporten, side 5).

Både brukerne, fastleger og spesialister etterlyser i vår evaluering klarere og tydeligere kriterier for tildeling av behandlingsreiser. Behovet for klargjøring og mer detaljerte kriterier er erkjent av Seksjon for behandlingsreiser, og et større arbeid på dette feltet er igangsatt og vil bli avsluttet i løpet av høsten 2011. Dette vurderer vi som positivt da det vil tydeliggjøre både for brukere, innsøkende lege og bevilgende myndighet hvilke valg og prioriteringer som foretas ved Seksjon for behandlingsreiser.

Evalueringen har avdekket at både brukere og leger mener standardformuleringene som benyttes i avslagsbrevene ikke er tydelige nok med hensyn til årsakene til avslag. Etter vår vurdering ville en del av avslagene kunne unngås dersom fastleger og spesialister satte seg bedre inn i den informasjonen om ordningen som bl.a. finnes på internettsidene til Seksjon for behandlingsreiser, samt om en hadde satte seg bedre inn i søkerens sykdomshistorie (bl.a. for å avdekke tilleggdiagnoser). Samtidig pågår det, etter det vi kjenner til, et kontinuerlig arbeid i Seksjon for behandlingsreiser med kvalitetssikring av alle sider ved søknadsprosessen, også en forbedring av standardformuleringene som benyttes i avslagsbrevene.

I spørreundersøkelsen ble også legene spurt om både de riktige pasientene ble prioritert *innen* ordningen. Det var kun ti prosent av legene samlet som ikke syntes at pasienter med størst nytte blir prioritert, mens 18 prosent av revmatologene var kritiske til dagens prioritering. Mer enn halvparten av legene som ikke hadde synspunkter på dette spørsmålet. Legene i undersøkelsen var følgelig i hovedsak enige i at prioriteringen innen ordningen virker hensiktsmessig. Når det gjelder brukerorganisasjonene, var spørsmålet om endringer i prioriteringer innenfor ordningen et tema som de i liten grad kom inn på i intervjuene. Dette kan skyldes en erkjennelse av at dersom

noen skal prioriteres opp, må andre prioriteres ned, i og med at erfaringene viser at de økonomiske rammene for ordningen med behandlingsreiser ligger fast.

5 Hvilke andre diagnosegrupper bør vurderes lagt inn under ordningen behandlingsreiser til utlandet?

I NOU 2000:2 ble det presisert at "tilbudet skal være diagnosespesifikt og omfatte pasientgrupper av en viss størrelse som har dokumentert nytte av behandlingstiltak i varmt og solrikt klima". Videre heter det under utvalgets anbefalinger at det skal foreligge en diagnostisert somatisk, kronisk sykdom som er så utbredt at behandlingsreiser kan gi et permanent og kontinuerlig tilbud, og hvis pasientgrupper er av en slik størrelse at kontrollerte effektstudier kan gjennomføres.

Vi har tidligere i evalueringen omtalt de enkelte diagnosegruppene. Generelt ligger det innenfor dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet visse begrensninger som ekskluderer noen av de omtalte diagnosegruppene fra å omfattes av ordningen med behandlingsreiser. For det første er det stilt krav om dokumentert effekt av klimabehandling og som nevnt tidligere er den ulik for de forskjellige diagnosegruppene. For det andre forutsetter ordningen at deltakerne på behandlingsreiser kan greie seg selv, da ordningen ikke inkluderer personell som kan ivareta personlig assistanse. Videre forutsettes det at pasientene kan delta på de aktivitetene som det er lagt opp til innenfor de ulike programmene. Det ligger også en begrensning i at flyselskapene kun har lov til å medbringe to store rullestoler pr flygning. To av diagnosegruppene som er omtalt i evalueringen og som pr i dag ikke er inkludert i ordningen med behandlingsreiser, står overfor de utfordringene som vi har omtalt som "sjeldenhet" (f. eks Iktyose og Hereditær Spastisk paraparese / Hereditær ataksi), og hvor "sjelden" defineres som færre enn 100 personer med diagnosen pr 1 000 000 innbyggere. Det å bygge opp og drive et behandlingstilbud krever mye planlegging, personellressurser og et pasientgrunnlag som gjør det mulig å opprettholde og drive et behandlingstilbud over tid. I et slikt perspektiv står en overfor spesielle utfordringer når det gjelder sjeldengruppene (se også vurderingene referert fra NOU 2000:2 ovenfor).

I litteratursøket kan det vises til effekt gjennom randomisert kontrollerte studier for to diagnosegrupper, nemlig fibromyalgi og multippel sklerose, henholdsvis med to og én RCT. Gruppene kan, etter vår vurdering, trolig vurderes med tanke på prøveordning. I alt 70 prosent av legene synes ikke det bør inkluderes andre pasientgrupper i ordningen.

Når det gjelder brukerorganisasjonene, ble det gitt uttrykk for at dersom andre grupper skulle inkluderes i ordningen, så forutsatte dette at de økonomiske rammene for ordningen med behandlingsreiser ble utvidet. Brukerorganisasjonenes erfaringer så langt har vist at endringer i tilknytning til ordningen, eksempelvis

inkludering av nye prøvegrupper, var blitt tatt av eksisterende ramme – med andre ord at tilbudet til diagnosegruppene innenfor ordningen var blitt redusert tilsvarende utgiftene for prøvegruppene. Blant brukerorganisasjonene ble det imidlertid satt spørsmålsteget ved bl.a. hva argumentene var for å inkludere barn og unge med astma, allergi og atopisk eksem, og ikke voksne. Vi har ikke faglige forutsetninger for å gå inn i denne problemstillingen, og registrerer kun at spørsmålet er stilt.

6 Er brukermedvirkningen ivare tatt på en tilfredsstillende måte?

I henhold til Lov om pasientrettigheter (lov 1999-07-02 nr 63), § 3.1 (77) har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester. Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være et samspill mellom pasient og tjenesteyter i behandlingen. Regelverket er et utslag av en erkjennelse av at samarbeidet mellom helsevesenet og pasienten er viktig for å oppnå god effekt av helsehjelpen, jf Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) (85).

Etter vår vurdering er det positivt at det er etablert et samarbeid mellom Seksjon for behandlingsreiser og brukerorganisasjonene, både i form av felles møter med alle organisasjonene og møter med enkeltorganisasjoner når dette etterspørres. Brukerorganisasjonene gir imidlertid uttrykk for mangel på reell innflytelse på hvilke grupper som bør omfattes av ordningen behandlingsreiser, på tjenestenes innhold og kvalitet, på hvilke behandlingssteder det skal inngås avtale med osv. Møtene med Seksjonen oppleves mer som informasjonsmøter enn som drøftingsmøter hvor organisasjonene har reell påvirkningsmulighet. Etter vår vurdering kan dette til en viss grad henge sammen med at organisasjonene tillegger Seksjon for behandlingsreiser et større handlingsrom enn det de i realiteten har i forvaltning av ordningen. Det kan derfor være behov for en forventningsavklaring på dette området. Vår konklusjon er videre at Seksjon for behandlingsreiser er imøtekomne med hensyn til brukerorganisasjonenes behov for møter med seksjonen, noe som støttes av tilbakemeldingene fra brukerorganisasjonene.

Når det gjelder oppfølgingen av behandlingsstedene basert på evalueringsskjemaene fra pasientene, viser vår evaluering at denne informasjonen benyttes av Seksjon for behandlingsreiser i kvalitetssikringsarbeidet og i kontakten med behandlingsstedene – både den løpende kontakten og i forbindelse med forhandlinger. Etter vår vurdering utgjør evalueringsskjemaene, i tillegg til epikrise (medical report) som Seksjonen mottar etter behandlingsoppholdene, viktige elementer i kvalitetssikrings- og utviklingsarbeidet.

Konklusjon

Etter våre vurderinger fungerer ordningen med behandlingsreiser til utlandet rimelig godt i overensstemmelse med formålet. Stortinget/NOU 2000:2 setter som en betingelse at pasientene skal ha dokumentert nytte av tilbudet.

Effekt av behandlingsreiser er imidlertid dokumentert i ulik grad for de forskjellige diagnosegruppene. For noen pasienter, f.eks. pasienter med revmatisk sykdom og psoriasis er effekten godt dokumentert, mens for de andre diagnosegruppene er det dårligere. I vurdering om hvorvidt ordningen bør videreføres bør en trolig vurdere om dette gjelder for alle diagnosegruppene som er inkludert per i dag, eller alternativt for noen av diagnosegruppene. Muligens kan det være hensiktsmessig å inkludere nye diagnosegrupper inn under ordningen.

Det er ikke utført nyttekostnadsanalyser for noen av diagnosegruppene. Når slike skal gjennomføres, bør behandlingsreiser til utlandet etter vår vurdering sammenliknes med forskjellige tilbud i Norge.

Litteraturliste

- (1) NOU Norges offentlige utredninger 2000:2 Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar? Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning; 2000. Report No.: 2.
- (2) Seksjon for Behandlingsreiser Årsrapport 2010. Oslo Universitetssykehus; 2010.
- (3) Forseth KO. [Treatment of rheumatic patients in a warm climate abroad]. Tidsskr Nor Laegeforen 2007 Feb 15;127(4):449-52.
- (4) Wolfe T. A reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism 2000;43(12):2751-61.
- (5) Aikman H. The association between arthritis and the weather. Int J Biometeorol 1997 Jun;40(4):192-9.
- (6) Patberg WR, Rasker JJ. Weather effects in rheumatoid arthritis: from controversy to consensus. A review. J Rheumatol 2004 Jul;31(7):1327-34.
- (7) Strusberg I, Mendelberg RC, Serra HA, Strusberg AM. Influence of weather conditions on rheumatic pain. J Rheumatol 2002 Feb;29(2):335-8.
- (8) Cronstedt H, Stenstrom CH. [Rehabilitation in temperate climate for persons with pelvospondylitis. Accessed disease activity and general well-being is gradually improving]. Lakartidningen 2002 Feb 21;99(8):793-6.
- (9) Hafstrom I. [Care in warm climate is good for patients with rheumatism. Both the functional ability and well-being is improved]. Lakartidningen 1997 Mar 19;94(12):1094-6.
- (10) Johansson M, Sullivan L. Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. A controlled prospective study of psychological, medical and social effects. Scand J Rheumatol Suppl 1975;9:1-193.
- (11) Staalesen Strumse YA, Nordvag BY, Stanghelle JK, Rosland M, Winther A, Pajunen PA, et al. The efficacy of rehabilitation for patients with rheumatoid arthritis: comparison between a 4-week rehabilitation programme in a warm and cold climate. Scand J Rheumatol 2009 Jan;38(1):28-37.
- (12) Forseth KO, Hafstrom I, Husby G, Opava C. Comprehensive rehabilitation of patients with rheumatic diseases in a warm climate: a literature review. J Rehabil Med 2010 Nov;42(10):897-902.
- (13) Monsbakken J, Waage AM. Klimabehandling - en viktig behandlingsform. Psoriatikeren 2004;(1).
- (14) Osancevic A, Nilsen LT, Landin-Wilhelmsen K, Soyland E, Abusdal TP, Hagve TA, et al. Effect of climate therapy at Gran Canaria on vitamin D production, blood glucose and lipids in patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009 Oct;23(10):1133-40.
- (15) Osancevic A, Landin-Wilhelmsen K, Larko O, Krogstad AL. Vitamin D status in psoriasis patients during different treatments with phototherapy. J Photochem Photobiol B 2010 Nov 3;101(2):117-23.

- (16) Strumse YA, Stanghelle JK, Utne L, Ahlvin P, Svendsby EK. Treatment of patients with postpolio syndrome in a warm climate. *Disabil Rehabil* 2003 Jan 21;25(2):77-84.
- (17) 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 Apr;151(4):1194-200.
- (18) Carlsen KH, Oseid S, Sandnes T, Trondskog B, Roksund O. [Asthma and mountain air]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991 Mar 20;111(8):935-7.
- (19) Haugen TS, Stavem K. Rehabilitation in a warm versus a colder climate in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized study. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007 Jan;27(1):50-6.
- (20) Mucke W. [Photochemical smog. Medial effects--limit values--consequences]. *Fortschr Med* 1994 Aug 20;112(22-23):301-2.
- (21) ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedepartementet; 2005.
- (22) Revisjon av tilskuddsordningen for behandlingsreiser til utlandet. Konsernrevisjonen Helse-Sør-Øst; 2011. Report No.: 3.
- (23) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- (24) Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD002822.
- (25) Staalesen Strumse YA, Nordvag BY, Stanghelle JK, Roisland M, Winther A, Pajunen PA, et al. Efficacy of rehabilitation for patients with ankylosing spondylitis: comparison of a four-week rehabilitation programme in a Mediterranean and a Norwegian setting. *J Rehabil Med* 2011 May;43(6):534-42.
- (26) Norsk Rheumabulletin Medlemsblad for Norsk Revmatologisk Forening. Nummer 2. 2011.
- (27) Codish S, Dobrovinsky S, Abu SM, Flusser D, Sukenik S. Spa therapy for ankylosing spondylitis at the Dead Sea. *Isr Med Assoc J* 2005 Jul;7(7):443-6.
- (28) Hafstrom I, Hallengren M. Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months. *Scand J Rheumatol* 2003;32(2):108-13.
- (29) Hashkes PJ. Beneficial effect of climatic therapy on inflammatory arthritis at Tiberias Hot Springs. *Scand J Rheumatol* 2002;31(3):172-7.
- (30) Stahle A. [Good long-term effects of rehabilitation in warm climate]. *Lakartidningen* 2009 Aug 5;106(32-33):1978-81.
- (31) Harari M, Dramsdahl E, Shany S, Baumfeld Y, Ingber A, Novack V, et al. Increased vitamin D serum levels correlate with clinical improvement of rheumatic diseases after Dead Sea climatotherapy. *Isr Med Assoc J* 2011 Apr;13(4):212-5.

- (32) Snellman E, Aromaa A, Jansen CT, Lauharanta J, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, et al. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1993 Oct;73(5):388-92.
- (33) Snellman E. Heliotherapy and psoriasis. An Experimental and Clinical Study. Helsinki: Social Insurance Institution, Research and Development Unit; 1993.
- (34) Snellman E, Lauharanta J, Reunanen A, Jansen CT, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Kallio M, et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *Br J Dermatol* 1993 Feb;128(2):172-7.
- (35) Even-Paz Z, Efron D. Determination of solar ultraviolet dose in the Dead Sea treatment of psoriasis. *Isr Med Assoc J* 2003 Feb;5(2):87-8.
- (36) Schuh A, Nowak D. [Evidence-based acute and long-lasting effects of climatotherapy in moderate altitudes and on the seaside]. *Dtsch Med Wochenschr* 2011 Jan;136(4):135-9.
- (37) Roos S, Hammes S, Ockenfels HM. [Psoriasis. Natural versus artificial balneophototherapy]. *Hautarzt* 2010 Aug;61(8):683-90.
- (38) Stasic A, Batinac T, Komadina S. Heliomarinotherapy in psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat* 2004;12(1):51-4.
- (39) Soyland E, Heier I, Rodriguez-Gallego C, Mollnes TE, Johansen FE, Holven KB, et al. Sun exposure induces rapid immunological changes in skin and peripheral blood in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2011 Feb;164(2):344-55.
- (40) Mork C, Wahl A. Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy at the Canary Islands. *J Am Acad Dermatol* 2002 Aug;47(2):314-6.
- (41) Wahl AK, Mork C, Cooper BA, Padilla G. No long-term changes in psoriasis severity and quality of life following climate therapy. *J Am Acad Dermatol* 2005 Apr;52(4):699-701.
- (42) Ben-Amitai D, David M. Climatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris. *Pediatr Dermatol* 2009 Jan;26(1):103-4.
- (43) David M, Tsukrov B, Adler B, Hershko K, Pavlotski F, Rozenman D, et al. Actinic damage among patients with psoriasis treated by climatotherapy at the Dead Sea. *J Am Acad Dermatol* 2005 Mar;52(3 Pt 1):445-50.
- (44) El-Arabi AM. Natural radioactivity in sand used in thermal therapy at the Red Sea Coast. *J Environ Radioact* 2005;81(1):11-9.
- (45) Harari M, Novack L, Barth J, David M, Friger M, Moses SW. The percentage of patients achieving PASI 75 after 1 month and remission time after climatotherapy at the Dead Sea. *Int J Dermatol* 2007 Oct;46(10):1087-91.
- (46) Hodak E, Gottlieb AB, Segal T, Politi Y, Maron L, Sulkes J, et al. Climatotherapy at the Dead Sea is a remittive therapy for psoriasis: combined effects on epidermal and immunologic activation. *J Am Acad Dermatol* 2003 Sep;49(3):451-7.

- (47) Kazandjieva J, Grozdev I, Darlenski R, Tsankov N. Climatotherapy of psoriasis. *Clin Dermatol* 2008 Sep;26(5):477-85.
- (48) Kudish AI, Harari M, Evseev EG. The measurement and analysis of normal incidence solar UVB radiation and its application to the photoclimate therapy protocol for psoriasis at the Dead Sea, Israel. *Photochem Photobiol* 2011 Jan;87(1):215-22.
- (49) Nilsen LT, Soyland E, Krogstad AL. Estimated ultraviolet doses to psoriasis patients during climate therapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2009 Aug;25(4):202-8.
- (50) Piechnik SK, Forseth KO, Krogstad AL. Semi-quantitative assessment of the distribution of skin lesions in patients with psoriasis and psoriasis arthritis. *Skin Res Technol* 2009 Nov;15(4):451-8.
- (51) Rigopoulos D, Gregoriou S, Katrinaki A, Korfitis C, Larios G, Stamou C, et al. Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol* 2010 Mar;20(2):189-95.
- (52) Koopman FS, Uegaki K, Gilhus NE, Beelen A, de VM, Nollet F. Treatment for postpolio syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;2:CD007818.
- (53) Nordby PA, Staalesen Strumse YA, Frosli KF, Stanghelle JK. Patients with neuromuscular diseases benefit from treatment in a warm climate. *J Rehabil Med* 2007 Sep;39(7):554-9.
- (54) Dahl A, Skjeldal OH, Simensen A, Dalen HE, Brathen T, Ahlvin P, et al. [Treatment of patients with neuromuscular disease in a warm climate]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004 Jul 1;124(13-14):1795-8.
- (55) Farbu E, Gilhus NE, Barnes MP, Borg K, de VM, Driessen A, et al. EFNS guideline on diagnosis and management of post-polio syndrome. Report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2006 Aug;13(8):795-801.
- (56) Stanghelle JK, Strumse YA, Utne L, Ahlvin P, Svendsby EK. Evaluering av behandlingsreiser til Syden for postpolio-pasienter. Sunnaas sykehus, FOU-enheten, 1450 Nesoddtangen; 2000.
- (57) Broman G, Bahtsevani C, Berg T, Agens I. Treating asthma and COPD - a systematic review (Structured abstract). *The Cochrane Database Technology Assessment* [2]. 2011.
- (58) Ahnert J, Loffler S, Muller J, Vogel H. [Systematic literature review on interventions in rehabilitation for children and adolescents with asthma bronchiale]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2010 Jun;49(3):147-59.
- (59) Schultze-Werninghaus G. [Effects of high altitude on bronchial asthma]. *Pneumologie* 2008 Mar;62(3):170-6.
- (60) Schultze-Werninghaus G. Should asthma management include sojourns at high altitude? *Chem Immunol Allergy* 2006;91:16-29.
- (61) Petraccia L, Masciullo SG, Grassi M, Pace A, Lucchetta MC, Valenzi VI, et al. [Spa and climate therapy in chronic obstructive pulmonary diseases]. *Clin Ter* 2005 Jan;156(1-2):23-31.
- (62) Engst R, Vocks E. [High-mountain climate therapy for skin diseases and allergies-- mode of action, therapeutic results, and immunologic effects]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2000 Aug;39(4):215-22.

- (63) Byremo G, Rod G, Carlsen KH. Effect of climatic change in children with atopic eczema. *Allergy* 2006 Dec;61(12):1403-10.
- (64) Harari M, Shani J, Seidl V, Hristakieva E. Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost-effectiveness. *Int J Dermatol* 2000 Jan;39(1):59-69.
- (65) Autio P, Komulainen P, Larni HM. Heliotherapy in atopic dermatitis: a prospective study on climatotherapy using the SCORAD index. *Acta Derm Venereol* 2002;82(6):436-40.
- (66) Langhorst J, Musial F, Klose P, Hauser W. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome--a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford)* 2009 Sep;48(9):1155-9.
- (67) Zijlstra TR, van de Laar MA, Bernelot Moens HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. *Rheumatology (Oxford)* 2005 Apr;44(4):539-46.
- (68) Zijlstra TR, Braakman-Jansen LM, Taal E, Rasker JJ, van de Laar MA. Cost-effectiveness of Spa treatment for fibromyalgia: general health improvement is not for free. *Rheumatology (Oxford)* 2007 Sep;46(9):1454-9.
- (69) Clarke-Jenssen AC, Forseth K, Mengshoel A, Staalesen Strumse YA, Brathen T. Effekt av behandlingsopphold i varmt kontra kaldt klima for pasienter med fibromyalgi. Oslo universitetssykehus Seksjon for Behandlingsreiser til utlandet; 2010.
- (70) Skjeldal OH, Capjon H, Dahl A, Diseth TH. Therapy in a subtropical climate for children with cerebral palsy. Evidence of physical and psychosocial effects? *Acta Paediatr* 2009 Apr;98(4):670-4.
- (71) Smedal T. The Influence of Physiotherapy and Climate on Functioning in Multiple Sclerosis Aspects of physical performance, fatigue and health-related quality of life. University of Bergen: 2010.
- (72) Smedal T, Myhr KM, Aarseth JH, Gjelsvik B, Beiske AG, Glad SB, et al. The influence of warm versus cold climate on the effect of physiotherapy in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2010 Jul 15.
- (73) Smedal T, Strand LI, Aarseth JH, Gjelsvik B, Myhr KM. Evaluering av behandling med fysioterapi i varmt klima for pasienter med multippel sklerose - en randomisert kontrollert crossover-studie. Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet Revmatologisk avdeling Seksjon for Behandlingsreiser til utlandet; 2009.
- (74) Gånemo A, Mørk N, Nordlie G. "Behandlingsreiser for Ichtyose". NOKEF- Norsk Keratose Forening Iktyoseforeningen i Norge; 2009. Report No.: Helse og Rehabilitering Rehabilitering prosjekt nr 2007/3/0209.
- (75) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. 1984.
- (76) Justis- og politidepartementet. LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). 1970.

- (77) Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 1999-07-02 nr 63: lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). 2001.
- (78) Lippestad JW, Kurtze N, Bjerkan AM. Status for helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. SINTEF Teknologi og samfunn; 2011. Report No.: SINTEF A17571.
- (79) Solli O. Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. synovate Research reinvented; 2010.
- (80) Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol* 1998 Feb;138(2):288-92.
- (81) Trond Haider og Pål Suseg. Helseøkonomisk rapport En analyse av effekten av biologisk behandling på arbeidsevnen til en 40 år gammel kvinne som får diagnosen revmatoid artritt mens hun er i arbeid. Utarbeidet av LINK Medical Research AS i samarbeid med Norsk Revmatikerforbund; 2010.
- (82) Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). 2001.
- (83) Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). 2001.
- (84) Helse- og omsorgsdepartementet. LOV -2001-06-15-53: Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). 2001.
- (85) Helse- og omsorgsdepartementet. Ot.prp. nr. 12 (1998-99) lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). 1998.
- (86) Altan L, Bingol U, Aslan M, Yurtkuran M. The effect of balneotherapy on patients with ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 2006 Jul;35(4):283-9.
- (87) Analay Y, Ozcan E, Karan A, Diracoglu D, Aydin R. The effectiveness of intensive group exercise on patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rehabil* 2003 Sep;17(6):631-6.
- (88) Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Morales-Cabezas M, Miangolarra-Page JC. Two exercise interventions for the management of patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil* 2005 Jun;84(6):407-19.
- (89) Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Alguacil-Diego IM, Miangolarra-Page JC. One-year follow-up of two exercise interventions for the management of patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil* 2006 Jul;85(7):559-67.
- (90) Helliwell P, Abbott C, Chamberlain M. A randomized trial of three different physiotherapy regimes in ankylosing spondylitis. *Physiotherapy* 1996;82(82):85-90.
- (91) Hidding A, van der Linden S, Boers M, Gielen X, de WL, Kester A, et al. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. *Arthritis Care Res* 1993 Sep;6(3):117-25.

- (92) Ince G, Sarpel T, Durgun B, Erdogan S. Effects of a multimodal exercise program for people with ankylosing spondylitis. *Phys Ther* 2006 Jul;86(7):924-35.
- (93) Kraag G, Stokes B, Groh J, Helewa A, Goldsmith C. The effects of comprehensive home physiotherapy and supervision on patients with ankylosing spondylitis--a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 1990 Feb;17(2):228-33.
- (94) Lim HJ, Moon YI, Lee MS. Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2005 Apr;25(3):225-9.
- (95) Sweeney S, Taylor G, Calin A. The effect of a home based exercise intervention package on outcome in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2002 Apr;29(4):763-6.
- (96) van TA, Landewe R, van der Heijde D, Hidding A, Wolter N, Asscher M, et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2001 Oct;45(5):430-8.
- (97) Staalesen Strumse YA. The efficacy of rehabilitation in warm and cold climates for patients with rheumatic and neurological diseases Three randomised controlled studies. Oslo: Faculty of Medicine University of Oslo; 2011.
- (98) Mork C, Ozek M, Wahl AK. [Psoriasis and psoriatic arthritis--is climate therapy a treatment or a leisure activity?]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004 Jan 8;124(1):60-2.
- (99) Chan KM, Amirjani N, Sumrain M, Clarke A, Strohschein FJ. Randomized controlled trial of strength training in post-polio patients. *Muscle Nerve* 2003 Mar;27(3):332-8.
- (100) Chan KM, Strohschein FJ, Rydz D, Allidina A, Shuaib A, Westbury CF. Randomized controlled trial of modafinil for the treatment of fatigue in postpolio patients. *Muscle Nerve* 2006 Jan;33(1):138-41.
- (101) Dinsmore S, Dambrosia J, Dalakas MC. A double-blind, placebo-controlled trial of high-dose prednisone for the treatment of post-poliomyelitis syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 1995 May 25;753:303-13.
- (102) Farbu E, Rekand T, Vik-Mo E, Lygren H, Gilhus NE, Aarli JA. Post-polio syndrome patients treated with intravenous immunoglobulin: a double-blinded randomized controlled pilot study. *Eur J Neurol* 2007 Jan;14(1):60-5.
- (103) Gonzalez H, Sunnerhagen KS, Sjoberg I, Kaponides G, Olsson T, Borg K. Intravenous immunoglobulin for post-polio syndrome: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2006 Jun;5(6):493-500.
- (104) Horemans HL, Nollet F, Beelen A, Drost G, Stegeman DF, Zwarts MJ, et al. Pyridostigmine in postpolio syndrome: no decline in fatigue and limited functional improvement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003 Dec;74(12):1655-61.
- (105) Stein DP, Dambrosia JM, Dalakas MC. A double-blind, placebo-controlled trial of amantadine for the treatment of fatigue in patients with the post-polio syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 1995 May 25;753:296-302.

- (106) Strumse YA, Stanghelle JK, Utne L, Ahlvin P, Svendsby EK. [Treatment of patients with postpolio syndrome in warm climate]. Tidsskr Nor Laegeforen 2001 Jun 30;121(17):2003-7.
- (107) Trojan DA, Collet JP, Shapiro S, Jubelt B, Miller RG, Agre JC, et al. A multicenter, randomized, double-blinded trial of pyridostigmine in postpolio syndrome. Neurology 1999 Oct 12;53(6):1225-33.
- (108) Vallbona C, Hazlewood CF, Jurida G. Response of pain to static magnetic fields in postpolio patients: a double-blind pilot study. Arch Phys Med Rehabil 1997 Nov;78(11):1200-3.
- (109) Vasconcelos OM, Prokhorenko OA, Salajegheh MK, Kelley KF, Livornese K, Olsen CH, et al. Modafinil for treatment of fatigue in post-polio syndrome: a randomized controlled trial. Neurology 2007 May 15;68(20):1680-6.
- (110) Beamon S, Falkenbach A, Fainburg G, Linde K. Speleotherapy for asthma. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2):CD001741.
- (111) Novotny A. Therapeutic effect of radon inhalation and hyperthermy in the curative Gastein galleries on children with bronchial asthma. Die Höle 1994;48 (Suppl):198-202.

Vedlegg 1

6 Kunnskapsoppsummering

Det vises til en kunnskapsoppsummering av litteratursøket.

6.1 Litteratursøk

Resultatene fra litteraturstudien presenteres under de ulike diagnosegruppene som omfatter ordningen med funn fra Cochrane database for systematiske oversikter (reviews) og andre oversikter, kliniske forsøk (RCT), Pubmed med oversikter og enkeltstudier og rapporter vist til fra brukerorganisasjonene og BHR, samt en oppsummering for hver gruppe. Tilslutt presenteres resultatene fra andre grupper som ikke omfattes av ordningen.

6.1.1 Revmatisk sykdom

Det vises først til funn fra Cochrane database og så fra Pubmed samt en oppsummering. Studiene omtales kort med mål, metode og konklusjon under hver av studiene.

6.1.1.1 Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane databasen for systematiske oversikter (reviews) er det identifisert en systematisk oversikt av 6641 studier (records) på søkeordet "climate therapy" om ankyloserende spondylitt (bekhterevs sykdom) :

"Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis" (24)

Ankyloserende spondylitt (AS, bekhterev) er en kronisk, inflammatorisk reumatisk sykdom som typisk affiserer ledd og ligament i ryggen og medfører varierende grad av smerte, stivhet og funksjonshemming.

Hensikten med oversiktsstudien var å oppsummere vitenskapelig evidens på effekt av fysioterapiintervensjoner i håndtering av AS. 11 studier med totalt 763 deltagere var inkludert i denne oppdaterte oversikten (27;86-96). Oversiktsstudien konkluderer med at hjemmebasert eller overvåket treningsprogram er bedre enn ikke intervensjon, og at overvåket gruppefysioterapi er bedre enn hjemmetrening, og at kombinert sykehus spåtreningsterapi etterfulgt av gruppefysioterapi er bedre enn gruppeterapi alene.

Frå den nevnte oversikten er det bl.a. en studie som sammenliknet balneoterapi (behandling av sykdommer ved bad) og daglig trening med bare daglig trening (86) og en annen gruppe sammenliknet balneoterapi med friskvannsterapi (27). Begge disse studiene viste bedring etter behandling på flere utfallsmål, men det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. En siste studie sammenliknet to grupper som begge hadde ukentlig gruppetrening i 10 måneder, der en av gruppene reiste til et spåopphold i 3 uker med fysioterapi (96). Spåterapi pluss ukentlig gruppetrening bedret smerte og trivsel mer enn bare ukentlig gruppetrening.

I Cochrane databasen for kliniske forsøk (RCT) vises det til følgende tre studier ut fra 645086 "records":

"The efficacy of rehabilitation for patients with rheumatoid arthritis: comparison between a 4-week rehabilitation programme in a warm and cold climate" (11)

Hensikten med studien var å undersøke langtidseffekt (uke 16) av et 4 ukers rehabiliteringsprogram for pasienter med revmatisme (rheumatoid arthritis, RA) og sammenlikne effekt av denne intervensjonen gitt i middelhavsklima og i norsk klima.

Metode: Randomisert, kontrollert, parallelt gruppedesign, der 124 RA pasienter ble randomisert til et rehabiliseringsprogram enten i Norge eller i et middelhavsklima.

Det ble funnet evidens for signifikant større bedring tre måneder etter avsluttet behandling vurdert ved DAS28 (28-Joint Disease Activity score) hos de som ble behandlet i varmt klima. Vedvarende bedring i sykdomsaktivitet, smerte, tretthet, pasientenes totale vurdering etter tre måneder og for tretthet også seks måneder etter avsluttet behandling ble kun funnet i denne gruppen.

En ny artikkel i Yndis Annette Stålesen Strumse sin doktorgrad (disputas 20. mai 2011) (97) er publisert, artikkelen vil sannsynlig bli å finne i Cochrane databasen senere og er derfor tatt med her. Studien har tittelen:

"Efficacy of rehabilitation for patients with ankylosing spondylitis: comparison of a four-week rehabilitation programme: in a Mediterranean and a Norwegian setting" (25)

Hensikten med studien var å undersøke den vedvarende effekt av et rehabiliteringsprogram for pasienter med ankyloserende spondylitt (AS) og sammenlikne effekten av denne intervensjon gitt i Middelhavet versus norsk setting.

Metode: Randomisert, kontrollert, parallelt gruppedesign, der 107 pasienter med AS ble randomisert til et rehabiliseringsprogram enten i Norge eller i et middelhavsland.

Studien konkluderer med at pasienter med AS har nytte av et 4 ukers rehabiliteringsprogram i Norge, men har endå mer nytte av et lignende program i en middelhavs setting.

Denne vedvarende spesielle effekten av behandling i varmt klima, var en vedvarende større økning i ryggens sidebevegelighet (LatFlex) blant AS pasientene.

"Spa therapy for ankylosing spondylitis at the Dead Sea" (27)

Hensikten var å studere balneoterapi og klimaterapi ved Dødehavsområde.

Metode: I et blindt randomisert kontrollert forsøk ble 28 pasienter med ankyloserende spondylitt allokert i to grupper, hver på 14 pasienter. Den første gruppen (den kombinerte behandlingsgruppen) fikk balneoterapi (mudd

pakker og svovelbåd) og utsatt for de unike klimatiske forholdene ved Dødehavet. Den andre gruppen (klimatoterapigruppen) brukte frisktvannbasseng og utsatt for de samme klimatiske forhold. Behandlingstiden var 2 uker og oppfølging etter 3 måneder. Begge gruppene viste til signifikant bedring på utfallsmål. De konkluderte at klimaterapi ved Dødehavet kan bedre tilstand til pasienter som lider av langvarig ankyloserede spondylitt.

6.1.1.2 PubMed

Det vises først til en norsk oversikt om revmatisk sykdom og deretter til åtte enkeltstudier.

Oversikt revmatisk sykdom

"Comprehensive rehabilitation of patients with rheumatic diseases in a warm climate: a literature review" (12)

Hensikten var å presentere evidens for effekt av omfattende rehabilitering i varmt klima for pasienter med ulike revmatiske sykdommer. Seks studier ble inkludert (8-11;28;29).

Resultater: For pasienter med revmatisk artritt ble det funnet moderat evidens for reduksjon av sykdomsaktivitet, smerte, tretthet og "global disease impact". Evidensen var og moderate for at omfattende rehabilitering i varmt klima ikke bedret trening eller redusert aktivitetsbegrensning utover nivå oppnådd ved rehabilitering i Skandinavia. Blant pasienter med ankyloserende spondylitt ble det funnet evidens på lavt nivå for reduksjon av sykdomsaktivitet, smerte, "joint range of motion", aktivitetsbegrensning og "global disease impact". For gruppen med blandede revmatiske sykdommer ble det funnet evidens på lavt nivå for reduksjon av smerte, aktivitetsbegrensning, "global disease impact" og forbedret helserelatert livskvalitet. Det ble ikke funnet studier om psoriasis artritt, osteoartritt, fibromyalgi eller osteoporose.

Konklusjon var at det var stort behov for studier med godt design for å validere og forbedre den lave til moderate evidens for effekt av omfattende rehabilitering i varmt klima for pasienter med inflammatoriske revmatisk sykdom.

Enkeltstudier revmatisk sykdom

Det vises til åtte enkeltstudier om revmatisk sykdom. Hver enkelt studie kommenteres kort:

- *"Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. A controlled prospective study of psychological, medical and social effects"* (10)
- *"Care in warm climate is good for patients with rheumatism. Both the functional ability and well-being is improved"* (9)
- *"Beneficial effect of climatic therapy on inflammatory arthritis at Tiberias Hot Springs"* (29)

- *"Rehabilitation in temperate climate for persons with pelvospondylitis. Accessed disease activity and general well-being is gradually improving"* (8)
- *"Treatment of rheumatic patients in warm climate abroad"* (3)
- *"Goda långtidseffekter av rehabilitering i varmt klima"* (30)
- *"Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months"* (28)
- *"Increased vitamin D serum levels correlate with clinical improvement of rheumatic diseases after Dead Sea climatotherapy"* (31)

"Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. A controlled prospective study of psychological, medical and social effects" (10)

Den eldste kontrollerte RA studien er fra 1975. Det var 79 svenske pasienter med revmatoid artritt og becterev i studien og effekt ble målt med pasientvurderinger og legens vurdering av leddstatus. Studien konkluderte med signifikant større bedring umiddelbart etter avsluttet behandling i gruppen som ble behandlet i Spania sammenliknet med dem som fikk ambulent behandling i Sverige. Dette var en krysstudie (pasienter var sine egne kontroller) der effekten av den første behandlingen fortsatt var tilstede når neste behandling begynte. Studiedesignet tillot ikke sikker vurdering av langtidseffekten (10).

"Care in warm climate is good for patients with rheumatism. Both the functional ability and well-being is improved" (9).

Hensikten med studien var å vurdere den umiddelbare såvel som den langsiktige effekten av rehabilitering i varmt og stabilt klima for pasienter med leddgikt (rheumatoid arthritis, RA) og Beckterevs (ankylosing spondylitis) sykdom. I denne ukontrollerte studien av 149 svensker, konkluderte Håfström med at behandlingsreiser 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 behandling (9).

"Beneficial effect of climatic therapy on inflammatory arthritis at Tiberias Hot Springs" (29)

Hensikten var å undersøke den gunstige effekten av klimaterapi ved Tiberias varmekilde for pasienter med inflammatorisk artritt.

Metode: Pasienter fra Sverige med inflammatoriske artritt fikk klimaterapi i 4 uker ved Tiberias varmekilde i Israel. Pasientene ble undersøkt i begynnelsen og tilslutt etter terapien og ble evaluert i henhold til internasjonale validerte kriterier. De konkluderte med at de fleste pasientene hadde signifikant fordel av klimaterapi. Det er

nødvendig med langtids oppfølging for å se om forbedring opprettholdes og om arbeidsevne og hospitalisering forbedres.

"Rehabilitation in temperate climate for persons with pelvospondylitis. Accessed disease activity and general well-being is gradually improving" (8)

Hensikten med denne prospektive, deskriptive studien var å undersøke hvilken effekt et treukers kurs og treningsreise til Gran Canaria har på personer med pelvospondylitt med hensyn til sykdomsaktivitet, leddbevegelighet, daglige aktiviteter og velbefinnende.

Metode: 48 personer med pelvospondylitt eller annen røntgenverifiserende spondylartritt som under perioden september 1996 til september 1997 var på en av de tre kursene og treningsreisene til det svenske Res rehabiliteringsanlegg på Gran Canaria. 34 deltok i alle målinger.

Oppsummert viser resultatene at rehabilitering i varmt klima for personer med pelvospondylitt er et verdifullt supplement til handling som fins tilgjengelig i landet. Foreliggende evaluering viser at såvel leddbevegelighet som selvopplevd sykdomsaktivitet, daglige aktiviteter og allmentbefinnende ble forbedret signifikant under rehabiliteringen. Verdiene for allment velvære fortsatte med forbedring også etter avsluttet rehabilitering.

"Treatment of rheumatic patients in warm climate abroad" (3)

Hovedhensikten med behandlingsopphold er nedfelt i Norges offentlige utredninger 2000:2 – Behandlingsreiser til utlandet 8.2.3 (1). Målsettingen er å gi en dokumenterbar bedring av symptomer, funksjoner, sykdomsforløp og livskvalitet i minst tre måneder etter endt behandling. Det vises til at det er utført få studier på effekt av klimabehandling.

Opplegget for voksne med kronisk inflammatorisk leddsykdom er basert på intensiv fysikalsk behandling i varmt, solrikt og tørt klima. Programmet presenteres i denne artikkelen. Pasientuttaket er overveiende diagnosespesifikt med revmatoid artritt, Bekhterevs sykdom, psoriasisartritt og juvenil idiopatisk artritt som de vanligste diagnosene. Alvorlighetsgrad, funksjonsnivå og sykdomsaktivitet vurderes i hvert enkelt tilfelle før søknaden innvilges.

"Goda langtids effekter av rehabilitering i varmt klima" (30)

Hensikten med denne prospektive studien var å studere langtids effekt av selvrapportert helse og helsereelatert livskvalitet etter deltagelse i et tre ukers rehabiliteringsprogram i varmt klima.

Metode: Studien besto bl.a. av pasienter med ankyloserende spondylitt (AS, pelvospondylitt/Mb Bekhterev) og revmatisme (RA). Deltakerne kom fra hele landet og ble informert skriftlig og muntlig om hensikten med studien.

Målinger ble gjort ved start, samt 3, 6 respektive 12 måneder etter gjennomført program via brev.

Resultatene tyder på at rehabilitering i varmt klima er effektivt og gir positive forandringer i selvrapportert helse og livskvalitet uansett sykdomsbakgrunn. Resultatene viser til at det kan være et verdifullt tilskudd til behandling og rehabilitering i Sverige. Svakheter ved studien er mangel på kontrollgruppe. Dette gjør at resultatenes generaliserbarhet kan påvirkes og det må tas hensyn til ved tolkning av resultatene.

"Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months" (28)

Hensikten var å evaluere kort og langtidseffekt av intensiv fysioterapi i et stabilt, solfylt og varmt klima på fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet for pasienter med rheumatoid arthrit (RA) og spondylarthropathies (SpA).

Metode: 93 svenske pasienter med RA og SpA fikk fysioterapi i 4 uker i Israel eller Tenerife og ble fulgt i 6 måneder. Fysisk funksjon ble evaluert med den svenske versjonen av Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) og livskvalitet med Nottingham Health Profile (NHP) questionnaire.

Studien konkluderte med at fysioterapi i varmt og stabilt klima, med mange timer daglig sol er et verdifullt behandlings supplement for svenske pasienter med RA og SpA. Studien manglet kontrollgruppe.

"Increased vitamin D serum levels correlate with clinical improvement of rheumatic diseases after Dead Sea climatotherapy" (31)

Hensikten med studien var å vurdere effekten av klimaterapi ved Dødehavet for D vitamin i norske pasienter som led av ulike revmatiske sykdommer og å studere mulige assosiasjoner mellom økt vitamin D serum verdier, muskel symptomer og alvorlighetsgrad av sykdom. Konklusjonen var at klimaterapi ved Dødehavet forklarer signifikante endringer av vitamin D. Økte 25-OH-D serum verdier er assosiert med reduserte muskelsmerter og alvorlighetsgrad av sykdom.

6.1.1.3 Oppsummering Revmatisk sykdom

Frå Cochrane vises det til en systematisk oversikt om evidens på effekt av fysioterapiintervensjoner og AS (24) og kun to randomiserte, kontrollerte studier om RA/AS (11;25) frå Cochrane. Den siste tredje studien (27) som studerte balneoterapi og klimaterapi ved Dødehavet sammenliknet imidlertid to ulike behandlinger under de samme klimatiske forhold der begge studiene viste bedring.

Frå PubMed var det en oversikt og åtte enkeltstudier om revmatisk sykdom. Oversikten (12) om rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer konkluderte at det var behov for randomiserte kontrollerte studier. I de åtte andre studiene er det imidlertid svakheter ved studiedesignet og det var ingen randomiserte kontrollerte studier bortsett frå den eldste til Johansson & Sullivan (1975). I denne eldste kontrollerte RA studien (10), tillot ikke studiedesignet (cross-over studie) sikker vurdering av langtidseffekten pga kort tid mellom kryssingen. I de

andre studiene som var ukontrollerte, prospektive studier (8;9;28-30) konkluderes det bl.a. med at behandling i varmt klima er et supplement for disse pasientgruppene.

6.1.2 Psoriasis

Det vises først til funn fra Cochrane databasen og så fra PubMed samt en oppsummering. Studiene omtales kort med mål, metode og konklusjon under hver studie.

6.1.2.1 Cochrane database for kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane databasen for kliniske forsøk vises det til en studie:

"Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis" (32)

Langtidseffekt av helioterapi (sol) ble studert i en randomisert cross-over studie med 2 års oppfølging. 95 pasienter fikk et 4 ukers helioterapikurs enten i begynnelsen eller midt oppfølgingsperioden. Etter en høyst signifikant øyeblikkelig lindring av psoriasis hadde 50 % av pasientene fremdeles en reduisering av psoriasis 6 måneder senere og omtrent 25 % et år senere. En gunstig effekt ble fremdeles observert etter andre års oppfølging. Tatt i betraktning at det var et krysstudiedesign så ble effekten av helioterapi kalkulert til å være statistisk signifikant i løpet av det første oppfølgingsåret og den synlige langtidslindringen etter helioterapi ble reflektert i en signifikant periodeeffekt. Lindringen av psoriasis var forbundet med en signifikant reduisering i antipsoriatisk behandling

6.1.2.2 PubMed

Det vises til tre oversikter om psoriasis og deretter til seks enkeltstudier av norske forfattere samt litteraturhenvisning til aktuelle studier som viser god effekt av klimaterapi :

"Evidence-based acute and long-lasting effects of climatotherapy in moderate altitudes and on the seaside" (36)

Det er evidens for øyeblikkelig og langvarig effekter av klimaterapeutisk rehabilitering av atopisk sykdommer (neurodermatitis, asthma bronchiale) i moderate høyder. Imidlertid, for å vedlikeholde den klimaterapeutiske effekten for psoriasis og ikke-allergisk astma behandling, er det behov for kontrollerte studier, særlig for langtidseffekt. I Nordsjøen og den Baltiske sjø er den klimaterapeutiske effekten usikker, særlig for psoriasis, atopisk eksem og astma. Det er evidens for øyeblikkelig gunstig effekt på Kanariøyene og langvarig remisjoner av Dødehavs klimabehandling og thalassoterapi.

"Psoriasis. Natural versus artificial balneophototherapy" (37).

Studien uttrykker at evidens baserte studier på Dødehavs klimaterapi viste gode kliniske resultater og lang remisjonsperiode for pasienter med psoriasis. De to metodene, naturlig og kunstig balneoterapi synes sammenliknbare i effekt.

"Heliomarinotherapy in psoriasis" (38).

Studien uttrykker at heliomarinterapi er en viktig terapeutisk mulighet i behandling av psoriasis. Forskning på dette i Kroatia viste til langvarig bedring av psoriasis etter slik behandling.

Enkeltstudier psoriasis

Det vises til seks enkeltstudier om psoriasis samt en referanseliste for god effekt av klimaterapi særlig ved Dødehavet.

"Sun exposure induces rapid immunological changes in skin and peripheral blood in patients with psoriasis" (39)

Hensikten var å karakterisere tidlig solindusert immunologiske forandringer lokalt og systemisk hos pasienter med psoriasis.

Metode: 20 pasienter med moderat til alvorlig psoriasis ble utsatt for kontrollert soleksponering på Gran Canaria og Spania.

Konklusjon var klinisk bedring av psoriasis etter soleksponering innledet ved hurtig reduksjon i lokalt og systemisk inflammatoriske markører, idet man antok at immun modulering var den indirekte observerte kliniske effekten. En kan ikke utelukke at andre faktorer som stress kan bidra, men det er godt dokumentert at UV stråling er en potent foranledning for immunopphvelse og de konkluderer derfor at den observerte effekten først og fremst skyldes soleksponering. Studien mangler kontrollgruppe.

"Effect of climate therapy at Gran Canaria on vitamin D production, blood glucose and lipids in patients with psoriasis" (14)

Hensikten med studien var å undersøke effekten av klimaterapi på vitamin D (3) syntese, blodsukker, lipider og vitamin B 12 hos pasienter med psoriasis.

Metode: 20 hvite pasienter med moderat til alvorlig psoriasis fikk klima terapi på Gran Canarias i tre uker. Konklusjon var at klima terapi med soleksponering hadde en positiv effekt på psoriasis, vitamin D produksjon, lipider og karbohydrat status. Studien mangler kontrollgruppe.

"Psoriasis and psoriatic arthritis-is climate therapy a treatment or a leisure activity?" (98)

Bakgrunn: Tilbud om behandlingsreiser i offentlig regi for pasienter med psoriasis eller psoriasisartritt har eksistert i mange år. I 2002 ble det gjennomført et prøveprosjekt for pasienter med begge sykdommer.

Metode: 50 pasienter med psoriasis og psoriasisartritt fikk klimabehandling og medisinsk treningsterapi i Tyrkia. Utslettet ble evaluert ved ankomst og avreise (PASI 0 - 72). Pasientene registrerte leddsmerter (VAS 0 - 100) og funksjon (MHAQ 1 - 4) samt hud- (DLQI-N 0 - 29) og leddrelatert livskvalitet (ADI-N 0 - 33) ved ankomst, en uke etter og to måneder etter behandling. Standardisert responssnitt (endring/SD-endring) ble brukt til å fortolke den kliniske betydningen av resultatene. Studien var ukontrollert og prospektiv.

Resultater: Statistisk signifikant ($p < 0,05$) endring i skåre for PASI (6,0 versus 2,0), DLQI-N (8,4 versus 2,2 versus 4,6), ADI-N (9,9 versus 4,8 versus 7,0) og MHAQ (1,6 versus 1,3 versus 1,4) (gjennomsnitt). Det var ingen signifikant endring i smerte for dem med leddsmerter. Sykdomsaktiviteten var liten ved ankomst. Behandlingen hadde stor klinisk betydning for sykdomsrelatert livskvalitet en uke etter hjemreise, moderat etter to måneder. Endring i leddsmerter og leddfunksjon ble vurdert til å være av liten betydning.

Fortolkning: Dersom denne type klimabehandling skal anses som supplerende behandling, anbefales rekruttering av pasienter med alvorlig til moderat sykdomsaktivitet og bruk av kostnad-nytte-analyser.

"Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy at the Canary Islands" (40)

Totalt 559 norske pasienter med psoriasis fylte ut The Dermatology Life Quality Index questionnaire og en spesialist i hudsykdommer vurderte alvorlighetsgrad av psoriasis før og etter klimaterapi. Det var ingen kontrollgruppe. En klinisk viktig forbedring er registrert av livskvalitet etter klimaterapi. Forbedring i alvorlighetsgrad av sykdom er signifikant relatert til forbedring i livskvalitet.

"No long-term changes in psoriasis severity and quality of life following climate therapy" (41)

En norsk studie beskriver sykdomsbehandling (severity) og livskvalitet til 286 pasienter med psoriasis som gjennomgikk klimaterapi.

Metode: Studien baseres på et randomisert utvalg av 286 norske pasienter med psoriasis utfrå totalt 561 pasienter som fikk klimaterapi i 2001. Studien hadde et prospektivt gruppedesign med fire repeterte målinger i løpet av en periode på ni måneder. Pasientene svarte på et spørreskjema en uke før klimaterapi, og etter to uker, fire måneder og åtte måneder. Målene er basert på selvrapporterte data. I tillegg til klinisk og demografisk informasjon ble det brukt ulike spørreskjema.

Begrensningene i studien var at det ikke var noen kontrollgruppe.

Beste resultatene var etter 2 ukers behandling, etter 4 og 8 måneder hadde målene gått tilbake til tilnærmet det samme nivå som før behandling.

Det vises ellers til referanse av aktuelle studier for effekt av klimaterapi, men som ikke er har de strengeste krav til metode for RCT'er:

- *The measurement and analysis of normal incidence solar UVB radiation and its application to the photoclimate therapy protocol for psoriasis at the Dead Sea, Israel* (48)
- *Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate* (51)
- *Semi-quantitative assessment of the distribution of skin lesions in patients with psoriasis and psoriasis arthritis* (50)
- *Estimated ultraviolet doses to psoriasis patients during climate therapy* (49)
- *Climatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris* (42)
- *Climatotherapy of psoriasis* (47)
- *The percentage of patients achieving PASI 75 after 1 month and remission time after climatotherapy at the Dead Sea* (45)
- *Actinic damage among patients with psoriasis treated by climatotherapy at the Dead Sea* (43)
- *Natural radioactivity in sand used in thermal therapy at the Red Sea Coast* (44)
- *Climatotherapy at the Dead Sea is a remittive therapy for psoriasis: combined effects on epidermal and immunologic activation* (46)
- *The measurement and analysis of normal incidence solar UVB radiation and its application to the photoclimate therapy protocol for psoriasis at the Dead Sea, Israel* (48)

6.1.2.3 Oppsummering Psoriasis

Frå Cochrane database for kliniske forsøk vises til en randomisert cross-over studie (32) der 95 pasienter ble fulgt opp i to år.

Frå PubMed vises det til tre oversikter og seks enkeltstudier om psoriasis samt til noen referanser på klimastudier særlig ved Dødehavet. I oversikten frå 2011 bekrefter en rekke studier effekten av klimaterapi på hudsykdommer, inkludert eksem i varme solfylte strøk (36). Ellers viser evidens baserte studier på Dødehavs klimaterapi gode kliniske resultater og lang remisjonsperiode for pasienter med psoriasis (37), samt at heliomarinterapi er et viktig terapeutisk valg i behandling av psoriasis som kan vise til langvarig bedring (38).

Det er vist til seks enkeltstudier med psoriasis. Av disse studiene er det imidlertid svakheter ved studiedesignet og det var ingen randomiserte kontrollerte studier. Kontrollgrupper manglet. De konkluderer imidlertid at den observerte effekten først og fremst skyldes soleksponering (39) og at klimaterapi med soleksponering hadde en positiv effekt på psoriasis, vitamin D produksjon, lipider og karbohydrat status (14). En annen studie fortolket at dersom klimabehandling skal anses som supplerende behandling, anbefales rekruttering av pasienter med alvorlig til moderat sykdomsaktivitet og bruk av kostnad-nytte-analyser. Den første studien som bekrefter bedret livskvalitet etter klimaterapi blant pasienter med psoriasis (40) bekrefter og den kliniske effekten av alvorligheten av psoriasis og artritt problemer. De viser til behov for videre forskning på klimaterapi på livskvalitet, kontrollgrupper av pasienter som gjennomgår andre behandlingsmetoder og evaluering av langtidseffekt. Den siste studien viser til at beste resultatene var etter 2 ukers behandling, etter 4 og 8 måneder hadde målene gått tilbake til tilnærmet det samme nivå som før behandling (41). Flere aktuelle studier viser videre til god bedring av psoriasis ved klimabehandling (42-51).

6.1.3 Nevromuskulære sykdommer, postpolio

Det vises først til funn fra Cochrane database og så fra PubMed samt en oppsummering. Studiene omtales kort med mål, metode og konklusjon under hver studie.

6.1.3.1 Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane databasen for systematiske oversikter (reviews) vises det til en systematisk oversikt om behandling av postpolio:

"Treatment for postpolio syndrome (Review)" (52)

I den systematiske oversikten er det gjennomgått systematisk effekt av enhver behandling for postpolio syndrom (PPS) sammenliknet med placebo, vanlig behandling (usual care) og ingen behandling. Resultatene var ni farmakologiske (modafinil, intravenøs immunoglobulin, pyridostigmine, lamotrigine, amantadine, prednisone) og tre ikke-farmakologiske (muscle strengthening, rehabilitation in a warm climate ((i.e temperature ± 25 C, dry and sunny) og i kaldt klima (i.e temperature ± 0 °C, rainy or snowy) og statisk magnetiske områder).

Konklusjon var at grunnet utilstrekkelig kvalitetsdata og mangel på randomiserte studier er det umulig å trekke entydige konklusjoner på virkningen av intervensjonene av PPS.

Referansene til de tolv studiene som ble inkludert i oversikten (review) er Chan 2003 (99), Chan 2006 (100), Dinsmore 1995 (101), Farbu 2007 (102), Gonzalez 2006 (103), Horemans 2003 (104), On 2005, Stein 1995 (105), Strumse 2003 (106), Trojan 1999 (107), Valbona 1997 (108) og Vasconcelos 2007 (109).

Når det gjaldt rehabilitering i varmt og kaldt klima var det to artikler av Strumse (16;106) i den nevnte oversikten. Det er imidlertid den samme studien det refereres til, først i Tidsskriftet for den norske legeförening på norsk i 2001 (106) og så publisert internasjonalt i 2003 (16). Studien synes å dokumentere effekt av behandling i Syden for pasienter med senfølger av poliomyelitt.

I Cochrane databasen for kliniske forsök (RCT) vises det til fire studier:

"Patients with neuromuscular diseases benefit from treatment in a warm climate" (53)

Flere studier har vist positiv effekt ved behandling av kroniske sykdommer i varmt klima. Hensikten var å evaluere langtidseffekt av et 4 ukers rehabiliteringsprogram i et varmt klima for pasienter nevromuskulære sykdommer.

Metode: En randomisert, kontrollert, krysstudie (pasientene var sine egne kontroller). En periode med intervensjon og en periode med "vanlig liv" for 60 personer med nevromuskulære diagnoser.

Studien konkluderte med positive langtidseffekter (etter tre måneder) på ulike helsedimensjoner etter et 4 ukers rehabiliteringsopphold i varmt klima for pasienter med nevromuskulære sykdommer. Imidlertid kunne effekten skyldes programmet, det varme klima eller en kombinasjon av begge deler.

"Treatment of patients with neuromuscular disease in warm climate" (54)

Bakgrunn for studien var at behandlingsreiser til utlandet for nye pasientgrupper er gjenstand for debatt, og flere ønsker å få et slikt tilbud.

Metode: 47 barn og 40 voksne med nevromuskulære sykdommer ble randomisert til to barne- og to voksegrupper som fikk behandling enten under varme klimatiske forhold eller ved en norsk institusjon. Alle pasienter gjennomgikk fysiske tester og besvarte spørreskjema umiddelbart før og etter oppholdet og etter tre måneder, de voksne også etter seks måneder.

Studien fortolker at det er ingen forskjell i effekt mellom fysikalsk-medisinsk behandling under varme klimatiske forhold og tilsvarende behandling ved institusjon i Norge.

"Treatment of patients with post-polio syndrome in a warm climate" (16). Den samme studien er tidligere beskrevet på norsk i Tidsskriftet for den norske legeförening:

"Treatment of patients with post-polio syndrome in warm climate" (106)

Behandlingsreiser til utlandet er gjenstand for mye debatt.

Metode: 88 pasienter med postpoliosyndrom (61 kvinner) ble rekruttert, stratifisert etter kjønn, alder (over og under 60 år) og bruk/ikke bruk av elektrisk rullestol og randomisert i grupper. Gruppe 1 (n=30) gjennomførte et fire ukers behandlingsopphold i Syden i november/desember 1999. Gruppe 2 (n=29) gjennomførte et tilsvarende

behandlingsopphold ved en norsk opptreningsinstitusjon i samme periode, mens gruppe 3, kontrollgruppen (n=29), fulgte sitt vanlige behandlingsopplegg.

Etter 4 uker oppnådde begge behandlingsgrupper signifikant bedring, de som var i Syden og de som gjennomførte tilsvarende behandlingsopphold ved en norsk opptreningsinstitusjon i samme periode. Det var en tendens til at de positive effektene var større i Syden gruppen. Effekten synes og å være lenger i Syden gruppen. Kontrollgruppen var stort sett uforandret i forsøksperioden. Konklusjonen er at studien synes å dokumentere en positiv effekt av behandling i Syden for pasienter med senfølger etter poliomyelitt.

NB Begge de nevnte studiene til Strumse (16) og (106) var inkludert i en tidligere nevnt systematisk oversikt, *"Treatment for postpolio syndrome"* (52) som konkluderte at grunnet utilstrekkelig kvalitetsdata og mangel på randomiserte studier er det umulig å trekke entydige konklusjoner på virkningen av intervensjonene av PPS.

6.1.3.2 PubMed

"EFNS guideline on diagnosis and management of post-polio syndrome. Report of an EFNS task" (55).

Hensikten med studien var å utarbeide diagnostiske kriterier for PPS, og å evaluere eksisterende evidens for terapeutiske intervensjoner. De anbefalte Halstead's definisjon av PPS fra 1991 som diagnostisk kriterie. Studien viser til at bl. a trening i varmt klima og vann gymnastikk er særlig formålstjenlig (Level B). De peker og på behov for evaluering av studier for behandling av smerte, som vanligvis er rapportert av PPS pasienter og langtids effekt av muskulær trening.

Studien her viser imidlertid bare til evaluering av eksisterende litteratur om terapeutiske intervensjoner.

Det vises og til Rapporten *"Evaluering av behandlingsreiser til Syden for postpolio-pasienter Behandling i Norge versus behandling i Syden"* (56) fra prosjekt *"Evaluering av behandlingsreiser til Syden for postpolio-pasienter, 1999-2000"*. Studien er publisert og gjengitt under kliniske forsøk (53) kap 6.1.3.1.

6.1.3.3 Oppsummering nevromuskulære sykdommer, postpolio

I Cochrane database vises det til en oversikt og fire studier. Den systematiske oversikten (52) viste til effekt av behandling for postpolio og konkluderte at grunnet utilstrekkelig kvalitetsdata og mangel på randomiserte studier var det umulig å trekke entydige konklusjoner på virkningen av intervensjonene av PPS. Når det gjaldt de fire studiene fra Cochrane kliniske forsøk viste den ene randomiserte studien viser til positiv langtids effekt på ulike helsedimensjoner for personer med neuromuskulære diagnoser (53), mens en annen studie med nevromuskulære sykdommer (54) fortolker at det ikke er noen forskjell mellom fysisk - medisinsk behandling under varme klimatiske forhold og tilsvarende behandling ved institusjon i Norge. Studien med postpolio

pasienter konkluderer med at det synes å kunne dokumentere positiv effekt av behandling i Syden for senfølger etter poliomyelitt (16).

PubMed viser bare til en evaluering av eksisterende litteratur om terapeutiske intervensjoner (55).

De peker og på behov for evaluering av studier for behandling av smerte, som vanligvis er rapportert av PPS pasienter og langtids effekt av muskulær trening.

6.1.4 Astma og lungesykdommer

Det vises først til funn fra Cochrane database og så fra PubMed samt en oppsummering. Studiene omtales kort med mål, metode og konklusjon under hver studie.

6.1.4.1 Cochrane database for systematiske oversikter og kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane databasen for systematiske oversikter (reviews) vises det til en systematisk oversikt:

"Speleotherapy for asthma" (110)

Hensikten her var å studere evidens for effekt av speleoterapi som er behandling i salt/mineralhuler der bruk av undergrunnsomgivelser, er et terapeutisk mål i behandling av kronisk obstruktiv luftveissykdommer.

Seleksjonskriteriene var kontrollerte kliniske studier som sammenliknet effekten av speleoterapi med andre intervensjoner eller ingen behandling av pasienter med kronisk astma.

Hovedresultatene fra denne oversikten inkluderte tre undersøkelser med totalt 124 astmatiske barn, men bare en hadde akseptabel metodisk kvalitet (111). Effekt av denne studien viser til en liten bedring av lungefunksjon etter en 3 ukers behandlingsperiode. Ni uker etterbehandling var det ikke observert noen forskjell mellom gruppene.

Utifra et fåtall av studier uttrykkes det at en ikke kan trekke en reliabel konklusjon om hvorvidt speleoterapeutiske intervensjoner er effektive i behandling av kronisk astma. Det er behov for randomiserte studier med langtidsoppfølging (110).

I Cochrane databasen for kliniske forsøk (RCT) vises det til en studie:

"Rehabilitation in a warm versus colder climate in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized study" (19)

Hensikten her var å evaluere om lungerehabilitering i et subtropisk klima om vinteren hadde bedre langtidseffekt på helserelatert livskvalitet og symptomer på angst og depresjon enn et liknende lungerehabiliteringsprogram i et kaldere klima.

Metode: Henviste pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom ble randomisert til og avsluttet rehabilitering i et subtropisk klima i Spania (n=60) eller i et temperert klima i Norge (n=36). Helserelatert livskvalitet ble vurdert

med St. George's Respiratory Questionnaire, og symptomer på angst og depresjon ble vurdert med Hospital Anxiety and Depression Scale ved start på rehabiliteringen, underveis og åtte måneder senere.

Studien konkluderte med at det var ingen signifikant langtids forskjell i et subtropisk klima versus et temperert klima etter rehabilitering av kronisk obstruktiv lungesykdom når det gjaldt bedring av helse relatert livskvalitet eller psykisk velvære.

Under **Cochrane Technology Assessment** var det en studie:

"Treating asthma and COPD - a systematic review (structured)" (57). Originalartikkelen er Broman G. et. al. fra Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU), 2000.

De konkluderer med at gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen har vist at røykekutt er den eneste og viktigste intervensjonen mot COPD. Det er videre et stort behov for kontrollerte randomiserte studier. Det nevnes bl.a. at det er behov for å utvikle bedre metoder for behandling og at den kan styrkes ved at pasienter selv deltar i avgjørelser av disse. Det er et stort behov for å vurdere spesielle astmakinikker og behandlingsmetoder hjemme for alvorlig COPD. Ulike former for COPD rehabilitering spiller en viktig rolle, men det trengs utvikling og evaluering av disse.

6.1.4.2 PubMed

Det vises til fem oversiktsstudier om astma, lungesykdommer.

"Systematic literature review on interventions in rehabilitation for children and adolescents with asthma bronchiale" (58).

Den systematiske litteraturgjennomgangen av intervensjonene i rehabilitering av barn og ungdom med obstruktiv lungesykdom viser bl.a. til klimaterapi som ikke konsistent bevis.

"Effects of high altitude on bronchial asthma" (59).

Hensikten med studien er å summere publiserte studier om effekt av opphold på 1500 m og mer over havet på astmatiske pasienter. Flere kontrollerte studier må utføres for å vise positiv effekt på høyfjellsklima for astma.

"Should asthma management include sojourns at high altitude?" (60).

Hensikten med arbeidet er å summere tilgjengelig data på effekt av opphold for astmatiske pasienter i 1500-1800 m over havet. Det konkluderes med en signifikant gunstig effekt av høy høyde over havet for astma, særlig for steroid-avhengige pasienter.

"Spa and climate therapy in chronic obstructive pulmonary disease" (61).

Gullstandard på medisinsk terapi av COPD er vist. Späterapi er basert på inhalering av mineralvann, hovedsakelig svovelaktig og salsajodisk. Tilslutt referer forfatter noen av effektene for spaterapi og klimatiske omgivelser for COPD morbiditet.

"High-mountain climate therapy for skin diseases and allergies-- mode of action, therapeutic results, and immunologic effects" (62).

Dermatologisk allergiklimaterapi er fortolket som en terapi utprøvd i et spesielt klima med terapeutiske fordeler, umiddelbare og langtids. Først og fremst klima i høyfjell (1560 m) og øyene i Nordsjøen har vist seg effektiv for hud og allergiske sykdommer som atopisk eksem, eksem og psoriasis. Mål og analyse av klimaeffekten har imidlertid vist seg å være vanskelig pga kompleksiteten.

6.1.4.3 Oppsummering astma og lungesykdommer

Oversiktsstudien fra Cochrane om behandling av astma og COPD viser til at det er et stort behov for randomiserte studier (57). En studie av voksne fra Cochrane kliniske forsøk konkluderte at det var ingen signifikant langtids forskjell i et subtropisk klima versus et temperert klima etter rehabilitering av kronisk obstruktiv lungesykdom når det gjaldt bedring av helse relatert livskvalitet eller psykisk velvære (19).

Frå PubMed vises det til fem oversikter som først og fremst studerer høyfjellsklima og som viser til behov for kontrollerte forsøk.

Den systematiske litteraturgjennomgangen av intervensjonene i rehabilitering av barn og ungdom med obstruktiv lungesykdom viser bl.a. til klimaterapi som ikke konsistent bevis (58). Det er behov for flere kontrollerte studier for å vise positiv effekt på høyfjellsklima for astma (59). Annen oversikt på effekt av opphold for astmatiske pasienter i 1500-1800 m over havet viser til en signifikant gunstig effekt av høy høyde over havet for astma, særlig for steroid-avhengige pasienter (60). Videre vises det til gullstandard på medisinsk terapi av COPD og noen av effektene for spaterapi og klimatiske omgivelser for COPD morbiditet (61). Tilslutt vises det til at klima i høyfjell (1560 m) og øyene i Nordsjøen har vist seg effektiv for hud og allergiske sykdommer som atopisk eksem, eksem og psoriasis. Mål og analyse av klimaeffekten har imidlertid vist seg å være vanskelig pga kompleksiteten (62).

6.1.5 Atopisk eksem

Det vises først til funn fra Cochrane database og så fra PubMed samt en oppsummering. Studiene omtales kort med mål, metode og konklusjon under hver studie.

6.1.5.1 Cochrane database for kliniske forsøk (RCT)

I Cochrane databasen for kliniske forsøk vises det til en systematisk oversikt om effekt av klimaendring for barn med atopisk eksem:

"Effect of climatic change in children with atopic eczema "(63)

Hensikten med studien var å evaluere effekten av å flytte fra et subarktisk/temperert klima til et solfylt subtropisk klima for barns atopiske eksem.

Metode: Barn, 4-13 år med alvorlig atopisk eksem ble randomisert til et fire ukers opphold på Gran Canaria (index pasienter = 30) og hjemme i Norge (kontroll = 26) med en oppfølging etter tre måneder. Forklæringsvariabel var SCORing of Atopic Dermatitis (SCORAD) og bivariabel var Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), staphylococcus aureus skin colonization og farmakologisk hud behandling.

Konklusjonen var at forandring fra et subarktisk/temperert klima til et subtropisk klima i fire uker bedret signifikant hudsymptomer (SCORAD) og livskvalitet selv etter tre måneder hjemkomst.

6.1.5.2 PubMed

Det vises til to studier:

"Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost-effectiveness "(64)

Retrospektiv studie av 1718 pasienter med atopisk eksem konkluderte at klimaterapi for atopisk eksem ved Dødehavet i høy grad er en metode for behandling av denne sykdommen. Den er også en kosteffektiv metode, ettersom pasientene ikke tar noen medisiner i løpet av oppholdet og ikke opplever bivirkninger.

"Heliotherapy in atopic dermatitis: a prospective study on climatotherapy using the SCORAD index"(65)

Hensikten med studien var å studere velegnetheten og effekt av helioterapi (HT) i moderat og alvorlig atopisk dermatitt (AD) hos voksne på Kanariøyene.

Metode: Totalt 216 pasienter deltok på seks ulike 2- eller 3 ukers helioterapi turer. SCORAD ble vurdert før starten med helioterapi, etter 2 uker, og så tre måneder etter endt helioterapi.

Konklusjon var at helioterapi var en effektiv og verdifull terapeutisk medhjelper, særlig for voksne med alvorlig atopisk dermatitt.

6.1.5.3 Oppsummering atopisk eksem

Det var en norsk randomisert, kontrollert studie om atopisk eksem og barn (63). Studien konkluderte at skifte fra et subarktisk/temperert klima til et subtropisk klima i fire uker bedret signifikant hudsymptomer (SCORAD) og livskvalitet selv etter tre måneder hjemkomst.

Frå PubMed vises det til en retrospektiv studie og en enkeltstudie som er prospektiv og mangler kontrollgruppe. Oversiktsartikkelen "*Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost-effectiveness*" (64) konkluderte at klimaterapi for atopisk eksem ved Dødehavet i høy grad er en metode for behandling av denne sykdommen. Den er også en kosteffektiv metode, ettersom pasientene ikke tar noen medisiner i løpet av oppholdet og ikke opplever bivirkninger.

Heliotherapy in atopic dermatitis: a prospective study on climatotherapy using the SCORAD index (65) var den første prospektive HT studien som brukte en av de strenge skåringsmetodene for AD. Resultatene indikerte at overvåket HT på Kanariøyene i høy grad er en effektiv terapeutisk metode for AD. Ettersom en 3 ukers HT periode for hovedparten av pasientene feilet med å fremskaffe noen fordel i tillegg, så synes en 2 ukers periode å være optimal. HT kunne og betraktes som en kosteffektiv terapeutisk metode da tilgjengelig data viste at de totale utgiftene er redusert både direkte ved mindre kostnader til hudbehandling, og indirekte ved en økning i pasientenes arbeidskapasitet og redusert antall dager med sykemelding.

6.1.6 Andre grupper som ikke tilhører ordningen med behandlingsreiser til utlandet

Det vises til funn om fibromyalgi, cerebral parese, multippel sklerose og iktyose.

6.1.6.1 Fibromyalgi

Det vises til en oversikt, to kliniske studier hvorav den ene er en økonomisk evaluering fra Cochrane database og en rapport.

6.1.6.1.1 Cochrane database for systematiske oversikter (reviews), andre oversikter (other reviews) og kliniske forsøk (RCT)

Frå andre oversikter (reviews) var det en studie:

"Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials" (66) Hensikten var å gjennomgå effekten av hydroterapi for fibromyalgi syndromet (FMS). Randomiserte kontrollerte studier på behandling av FMS med terapi (spå-, balneo - og thalassoterapi, hydroterapi og innpakking og kompresser) ble analysert. Metodisk kvalitet ble vurdert med van Tylder score. Studien konkluderte at det var moderat bevis for at hydroterapi har korttidseffekt på smerte og helsereelatert livskvalitet for pasienter med FMS. Det er en risiko for overestimering av effekten av hydroterapi grunnet metodiske svakheter i studiene og til små forsøk i metaanalyser.

Frå Cochrane database for kliniske forsøk var en studie, samt en økonomisk evaluering av fibromyalgi:

"Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life" (67)

Hensikten er å studere effekt av en kombinasjon av thalassoterapi (behandlinger basert på terapeutisk bruk av sjøvann oppvarmet til 34-36 grader, samt sjøvannsprodukter som sjøgress og algepåkninger), trening og pasient læring for personer med fibromyalgi.

Metode: Pasienter med fibromyalgi selektert fra revmatologisk poliklinikk og fra medlemmer av det nederlandske fibromyalgiforbund, ble pre randomisert til å få 21/2 ukes behandling i Tunisia, som inkluderte thalassoterapi, overvåket trening, gruppelæring (aktiv behandling) og behandling som vanlig (kontroll behandling). Viktigste utfallsmål var helserelatert livskvalitet, målt med RAND -36 spørsmål. Andre mål inkluderte Fibromyalgia Impact Questionnaire, The McGill pain Questionnaire, the Beck Depression Inventory, tender point score og en 6-min tredemølle gå- test.

Konklusjon var at en kombinasjon av thalassoterapi, trening og pasient læring kunne bedre symptomer på fibromyalgi og helserelatert livskvalitet en kort stund.

"Cost-effectiveness of Spa treatment for fibromyalgia: general health improvement is not for free" (68)

Hensikten var å estimere kostnytte effekten av spåbehandling for fibromyalgi (FM) sammenlignet med vanlig behandling.

Metode: 134 pasienter med FM selektert fra en revmatologisk poliklinikk og fra nederlandsk fibromyalgiforbund ble randomisert til 21/2 ukes spåbehandling i Tunis eller som vanlig. Resultatene er uttrykt som kvalitetsjusterte leveår (QUALYs) for en 6 måneders så vel som en 12 måneders tidshorisont. Konklusjon var at den midlertidige bedring av livskvalitet som skyldtes et behandlingskurs med spåterapi for pasienter med FM er assosiert med begrenset voksende kostnader per pasient.

I tillegg vises det til en rapport om fibromyalgi.

Oslo universitetssykehus HF Seksjon for Behandlingsreiser til utlandet har utgitt en rapport om *"Effekt av behandlingsopphold i varmt kontra kaldt klima for pasienter med fibromyalgi"* (69). Hensikten med denne randomiserte kontrollerte studien var å undersøke om et 4 ukers behandlingsopphold tilpasset pasienter med fibromyalgi hadde bedre effekt på symptomer, fysisk funksjon og livskvalitet enn det å ikke få noen behandling. Videre å undersøke om et slikt behandlingsopphold hadde bedre effekt når det ble gitt i varmt klima (Tyrkia, 44), enn i tilsvarende behandlingsopphold gitt i kaldt klima (Norge, 44).

Både Tyrkia og Skogli gruppen viste signifikant bedring etter 12 måneder etter behandlingsopphold i forhold til kontrollgruppen når det gjaldt fysisk funksjon målt med gangtest og håndkraft. Tyrkiagruppen viste statistisk signifikant bedring i forhold til kontrollgruppen på smerteintensitet (VAS) og smerteutbredelse (smertegubbe) i 3 måneder og på trykkømme punkter (TP) i 12 måneder. Det var dessuten forskjell mellom de to

behandlingsgruppene i Tyrkia gruppens favør, når det gjaldt smerteutbredelse i 6 måneder og TP i 12 måneder. Konklusjon var at i denne studien hadde pasienter med fibromyalgi vedvarende god effekt på fysisk funksjon i minst 12 måneder etter et 4 ukers behandlingsopphold i Norge og i varmt klima. Långtidseffekten på smerte var klart bedre når behandlingen ble gitt i varmt klima.

6.1.6.1.2 Oppsummering fibromyalgi

En oversiktsstudie av Langhorst et. al. (66) viser til en metaanalyse av randomiserte kontrollerte kliniske forsøk av hydroterapi. Studien konkluderte med at det var moderat bevis for at hydroterapi har kortidseffekt på smerte og helserelatert livskvalitet for pasienter med FMS.

Når det gjaldt å studere effekt av en kombinasjon av thalassoterapi, trening og pasient læring for personer med fibromyalgi så var studiens design et pre-randomisert kontrollert forsøk (67). Konklusjon var at en kombinasjon av thalassoterapi, trening og pasient læring kunne bedre symptomer på fibromyalgi og helserelatert livskvalitet en kort stund. Dette er den første studien som også fastsetter kost-effekt av spåbehandling (68). I tillegg viser en rapport utgitt av BHR til långtidseffekt (69). Begge studiene om fibromyalgi viser til långtidseffekt på smerter ved behandling i varmt klima sammenliknet med behandling i kjølig klima.

6.1.6.2 Cerebral pærese

Det vises til en artikkel fra PubMed om cerebral pærese:

"Therapy in a subtropical climate for children with cerebral palsy. Evidence of physical and psychosocial effects?"
(70)

Hensikten her var å vurdere mulig terapeutisk effekt av et habiliteringsprogram i varmt klima for barn og ungdom med cerebral pærese.

Metode: 57 ungdom med cerebral pærese ble integrert med normalt fungerende barn i skole. De fikk et individualisert fire ukers habiliteringsprogram ved et habiliteringssenter på Lanzarote. De ble klinisk vurdert før og etter behandling, og igjen etter tre og seks måneder. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført på alle 57 foreldre etter endt behandlingsperiode.

Resultatene viste noe bedring i fysisk yteevne. Det mest påfallende funnet var imidlertid den varige effekten av atferds- og emosjonsparametre når det gjaldt selvrespekt. De konkluderte med at trening i varmt klima kunne forklare noe av den positive effekten. Basert på fokusgruppeintervjuer og kvantitative funn, er det imidlertid en mer plausibel forklaring at det er en interaksjon i en sosial setting med andre i liknende situasjon.

6.1.6.3 Multippel sklerose

Det vises til en norsk doktorgrad med tittel:

The Influence of Physiotherapy and Climate on Functioning in Multiple Sclerosis Aspects of physical performance, fatigue and health-related quality of life (71) der artikkel om multipel sklerose er publisert i PubMed:

"The influence of warm versus cold climate on the effect of physiotherapy in multiple sclerosis" (72)

Hensikten med studien var å sammenlikne kort- og langtids effekt av behandlingsopphold med fysioterapi i et varmt klima (Tenerife, Spania) versus et kaldere klima (Hakadal, Norge) for personer med multipel sklerose (MS).

Studien var en randomisert kontrollert krysstudie (pasientene var sine egne kontroller). Seksti personer med gangproblem som følge av MS og som ikke hadde varmeintoleranse, ble randomisert til et 4 ukers behandlingsopphold i Spania (Clinica Vintersol, Tenerife) eller i Norge (MS-Senteret Hakadal). Deltakerne fikk behandling på motsatt sted året etter og var dermed sine egne kontroller. De ble testet før og etter randomisering, før og etter behandling, og tre og seks måneder etter hvert behandlingsopphold. Deltakerne ble testet med fem ulike fysiske tester, og rett etter gjennomføring av 6-minutters gangtest (6MWT) som var hovedeffekt mål.

Studien konkluderte at resultatene indikerte at MS pasienter som ikke hadde varmeintoleranse hadde supplerende fordeler av fysioterapi i et varmt klima.

Oslo universitetssykehus HF Seksjon for Behandlingsreiser til utlandet har også utgitt en rapport om *"Effekt av behandling med fysioterapi i varmt klima for pasienter med multipel sklerose – en randomisert kontrollert cross-over-studie"* (73).

6.1.6.4 Iktyose

Det er utgitt en rapport *"Behandlingsreise for Ichtyose"* med støtte fra Helse og Rehabilitering, Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner (74). Norge har i 30 år sendt pasienter først og fremst med psoriasis på klimabehandling til Gran Canaria. Pasienter med iktyose har ikke hatt et slikt tilbud. Iktyose er en gruppe (20-30 ulike former) medfødte hudsykdommer som karakteriseres av tørr, fortykket og flassende hud. Hensikten med prosjektet var å studere hvordan pasienter med iktyose tåler å være i tropisk klima og hvordan deres hud påvirkes.

Metode: 10 iktyose pasienter (8 med lamellær iktyose og 2 med Nethertons syndrom) ble utvalgt og innkalt til klinisk prøve på hudavdelingen på Rikshospitalet. Disse fikk reise til Krabi, Thailand i 2 uker. I undersøkelsen inngikk gradering av iktyose, utfylling av spørreskjema for å vurdere egen livssituasjon samt fotografering av huden.

Resultater: Den første uken var det mange pasienter som ikke svetter eller svettet for lite og ikke hadde det bra. Etter en uke var det en generell forbedring i huden og de begynte å svette. Da to uker var gått svettet alle kraftig. Og den fuktige varmen og svettingen forbedret hudsykdommene enormt. Hudens forbedring var særlig hos de

som hadde lamellær iktyose. Det konkluderes med at 2 ukers reisen til Thailand har gitt pasientene en velfortjent hvile og reduser hudsymptomene, noe som og har hatt stor betydning for deres daglige liv hjemme etter hjemkomsten.

På grunnlag av de gode resultatene foreslås det at pasienter med iktyose skal få ta del i klimabehandling til tropisk klima.

Vedlegg 2

Intervjuguide – Seksjon for behandlingsreiser og brukerorganisasjonene

Vurdering av Seksjon for behandlingsreiser - personell og organisering, søknadsbehandling....

- Fagsammensetningen ved BHR – tilfredsstillende ut fra de oppgavene som skal ivaretas?
- Hvordan er bemanningen ved BHR (øntallet stillinger og fagsammensetning) i forhold til de oppgavene seksjonen skal ivareta?
- Hvorfor lagt til et RHF og hvorfor Helse Sør-Øst? har en drøftet å legge det ut på de ulike helseforetakene?
- Beskriv søknadsbehandlingen – inkl begrunnelse for avslag.
- Bruk en medical report – individnivå, kvalitetssikring, forskning?
- Medical report – sendes kun innsøkende lege? Hva med fastlege når høn/hun ikke er innsøkende lege?

Virkning og effekt av behandlingsreiser – hva kan dokumenteres – lik effekt for alle diagnosene?

- Hva viser eksisterende forskning (publisert og ikke publisert) når det gjelder behandlingseffekt og kostnadseffektivitet av behandlingsreiser i varmt klima?

Behovet for behandlingsreiser – forholdet mellom eksisterende rammer og reelt behov

- Forholdet mellom antall søknader og reelt behov?
- Årsaker til av bruker velger ikke å søke?
- Hvordan vurderes forholdet mellom de økonomiske rammene som er gitt for ordningen og behovet?

Vurdering av de diagnosegruppene som er inkludert i ordningen

- Dokumentasjon?
- Effekt av behandlingsreiser versus behandling hjemme?
- Betydningen av nye biologiske legemidler?
- Valg av prøveopphold/ prøvegrupper?
- Aldersgrenser innenfor de ulike diagnosegruppene?

Vurdering av eventuelt andre diagnosegrupper som kan ha effekt av ordningen

- Er det pasientgrupper med diagnoser som har likhetstrekk med de som faller innenfor ordningen og som bør vurderes inkludert?
- Hvorfor tilbud til barn med atopisk eksem og ikke voksne?
- Hvorfor tilbud til barn med astma/allergi og ikke voksne?
- Hvorfor tilbud til pasienter med psoriasis og ikke lkytose?
- Foreligger det ny forskning som viser god og kostnadseffektiv effekt for andre grupper?

Vurdering av eksisterende behandlingstilbud – behandlingsstedene

- Hvordan vurderes det tilbudet som gis ved det enkelte behandlingssted (personell, behandling, boforhold oa.)?

Samhandlingen med brukerorganisasjonene

- Er brukermedvirkningen ivare tatt på en tilfredsstillende måte?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom BHR og brukerorganisasjonene?
- Brukes brukernes evalueringer av behandlingsopphold i utvikling og kvalitetssikring av behandlingstilbudet?

Kriteriene for å få innvilget behandlingsreise (diagnose, alvorlighetsgrad, bosted, tilgjengelighet til andre tilbud...?)

- Kriteriene for tildeling av behandlingsreiser til utlandet?
- Betydningen av alvorlighet for tildeling?
- Tilleggsdiagnoser?
- Andre kriterier ut over diagnose (bosted, lokalt tilbud, reist tidligere...)?

Kjennskap til ordningen blant fastleger og spesialister

- Hvor kjent er og i hvilken grad benyttes ordningen blant fastleger og spesialister?
- Hvordan informeres fastleger og spesialister om ordningen?

Kvaliteten på søknadene/henvisningene – hvem bør kunne søke/henvise

- Hvor god er kvaliteten på søknadene?
- Søknad fra fastlege/ spesialist?
- Krav til tilleggsdokumentasjon ved søknad fra fastlege?
- Brukers alder og forskjeller i krav til søknad/ hvem som kan søke?

Vurdering av behandlingsreiser i forhold til annen behandling – tilfredsstillende behandling nasjonalt som alternativ til behandlingsreiser?

- Er bruk av midler på behandlingsreiser til utlandet et supplement eller et alternativt til behandling nasjonalt?
- Har annen behandling helt eller delvis erstattet behovet for behandlingsreiser (eks biologiske medisiner)?
- Holdingen blant legene til klimabehandling?

Vedlegg 3

Spørsmålene som er benyttet i spørreundersøkelsen

BEHANDLINGSREISER

SINTEF skal på oppdrag for Helsedirektoratet evaluere tilbudet om behandlingsreiser til utlandet. Vi trenger derfor å vite hva slags erfaringer legene har med denne ordningen. Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter i dag tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Formålet med behandlingsreiser er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Spørsmålene går til fastleger og til en avgrenset gruppe legespesialister. NB: Undersøkelsen er kort, med for det meste avkryssning. Det tar under fem minutter å besvare undersøkelsen. Undersøkelsen er anonym, hverken oppdragsgiver eller SINTEF kjenner identiteten til respondentene. Hvis det er noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen kan du kontakte Karl-Gerhard Hem ved SINTEF Teknologi og samfunn i Oslo, tlf. 930 05 019, e-post hem@sintef.no .Alternativt kan du kontakte prosjektleder Nanna Kurtze, tlf. 470 35 596 eller Jan W. Lippestad tlf. 982 45 132.

q2

Er du spesialist og/eller fastlege? (sett ett eller flere kryss)

- Fastlege (1) [*Keep position*]
- Spesialist i allmenntilleggsmedisin (2) [*Keep position*]
- Spesialist i lungemedisin (3) [*Keep position*]
- Spesialist i ortopedi (4) [*Keep position*]
- Spesialist i dermatologi (5) [*Keep position*]
- Spesialist i pediatri (6) [*Keep position*]
- Spesialist i fysikalsk medisin (7) [*Keep position*]
- Spesialist i revmatologi (8) [*Keep position*]
- Spesialist i nevrologi (9) [*Keep position*]
- Annen spesialist, vennligst spesifiser: (10) _____ [*Keep position ♦ Other*]

q3

Din praksis ligger i helseregion:

- Helse Sør-Øst (1)
- Helse Vest (2)
- Helse Midt (3)
- Helse Nord (4)

q4

Hvor mange år har du vært i praksis som lege?

- 0 - 5 år (1)
- 6 - 10 år (2)
- Mer enn 10 år (3)

q5

Ordningen med behandlingsreiser til utlandet er tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Kjenner du til denne ordningen?

- Ja (1) [*Keep position*]
- Nei (2) Skip to End (Complete) [*Keep position*]

q6

[*Not required*]

Har du søkt pasienter til behandlingsreiser til utlandet, enten for pasienter innenfor ordinær ordning eller for forsøksordninger? Sett ett kryss for hver linje

	En til tre pasiente	Mer enn tre pasienter	Ingen pasienter
Revmatisme (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoriasis (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postpolio (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma og lungesykdommer (barn og ungdom) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atopisk eksem (barn og ungdom) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevromuskulære sykdommer (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebral parese (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromyalgi (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multipel sklerose (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre pasientgrupper (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q16

[Not required]

Eventuelle andre pasientgrupper:

q7

[Not required]

Hvis du ikke har søkt for noen pasienter: Hvorfor ikke?

- Har ingen tro på effekt av behandlingsreiser til utlandet for mine pasienter (1) [Keep position]
- Har ikke hatt pasienter dette har vært aktuelt for (2) [Keep position]
- Annen grunn (3) _____ [Keep position ♦ Other]

q8

Har du opplevd at søknaden om behandlingsreise til utlandet har blitt avslått?

- Ja, ofte (1) [Keep position]
- Ja, av og til (2) [Keep position]
- Ja, en sjelden gang (3) [Keep position]
- Nei, aldri (4) [Keep position]

q9

Synes du kriteriene for å få tilbud om behandlingsreiser til utlandet er klart utformet?

- Ja (1) [Keep position]
- Nei (2) [Keep position]
- Jeg kjenner ikke kriteriene (3) [Keep position]

q10

Innen dagens ordning med behandlingsreiser til utlandet: Synes du de pasientene som har størst nytte av behandlingen blir prioritert?

- Ja (1) [Keep position]
- Nei: vennligst spesifiser (2) _____ [Keep position ♦ Other]
- Vet ikke (3) [Keep position]

q11

[Not required]

Mener du at andre pasientgrupper som har nytte av dette burde fått et tilbud?

Nei (1)

Ja, i så fall, hvilke grupper? (2) _____ [Other]

q12

Hva er dine generelle erfaringer med effekten av behandlingsreiser til utlandet? Sett ett kryss for hver linje

	Stor effekt	Moderat	Liten	Ingen effekt	Har ikke hatt pasienter
Re (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoriasis (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postpolio (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma og lungesykdommer (barn og ungdom) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atopisk eksem (barn og ungdom) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevromuskulære sykdommer (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebral parese (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromyalgi (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multippel sklerose (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre pasientgrupper (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q13

Vi vil be deg si deg enig eller uenig i følgende utsagn vedrørende behandlingsreiser til utlandet

	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Behandlingstilbud i Norge gir like god effekt som behandlingsreiser til utlandet (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudet om behandlingsreiser til utlandet er rettferdig fordelt mellom de ulike godkjente pasientgruppene (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudet om behandlingsreiser til utlandet burde vært utvidet slik at flere innen de godkjente pasientgruppene får et tilbud (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientene burde fått tilbudet oftere enn i dag (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er pasienter med lignende sykdommer som også burde få tilbudet (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlingsreiser er en del av et samordnet tilbud til pasienten (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlingsreiser til utlandet er et godt tilbud som bør opprettholdes (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlingsreiser blir som oftest foreslått av pasienten selv (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q14

[Open Text ♦ Not required]

Hva ville være alternative tilbud i Norge til de ulike pasientgruppene? Vennligst spesifiser for hver gruppe

Revmatisme (1)

Psoriasis (2)

Postpolio (3)

Astma og lungesykdommer (barn og ungdom) (4)

Atopisk eksem (barn og ungdom) (5)

q15

[Not required]

Har du ellers kommentarer til ordningen med behandlingsreiser til utlandet kan du skrive disse her:





Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no