

# **Rapport om kontroll av legers forskrivning på blå resept – refusjonspunkt 12 c (Tiazider)**

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR KONTROLL .....	5
1.1.1 <i>Vilkår for refusjon</i> .....	5
1.1.2 <i>Omsetningstall</i> .....	6
1.1.3 <i>Utvikling over tid</i> .....	6
<b>2 METODE</b> .....	<b>7</b>
2.1 REFUSJONSVILKÅR OG KONTROLLPUNKT .....	7
2.1.1 <i>Diagnose</i> .....	7
2.2 UTPLUKKSKRITERIER .....	8
2.3 INNHENTING AV DOKUMENTASJON .....	9
<b>3 RESULTATER OG DISKUSJON</b> .....	<b>10</b>
3.1 ETTERLEVELSE AV REGELVERKET .....	11
3.2 BRUDD PÅ REGELVERKET .....	12
3.3 INNSENDT DOKUMENTASJON .....	13
<b>4 OPPSUMMERING</b> .....	<b>14</b>
<b>VEDLEGG TIL AVSNITT 2.1.1 DIAGNOSE</b> .....	<b>15</b>

## SAMMENDRAG

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av reglene for forskrivning på blå resept. Det vises i denne sammenheng til Lov om folketrygd §5-14, jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr §9 (blåreseptforskriften). For å oppnå dette er det utviklet en metode for å kontrollere legers forskrivning på blå resept, og for å øke legers forståelse for ordningen og regelverket. Informasjon er en vesentlig del av dette arbeidet. Kontrollene skal med andre ord bidra til økt etterlevelse av regelverket.

Fra 1. mars 2004 ble det gjort endringer i reglene som omhandler refusjon av utgifter til blodtrykksmedisin. Fra nevnte dato skal tiazidpreparater brukes som førstevalg ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk). Det har vært ønskelig å kontrollere om legene følger regelverket, og kontroller har derfor blitt gjennomført både i 2004 og 2005. Aktuell kontroll ble utført som en oppfølging til disse, og ga dermed et visst grunnlag for å sammenlikne etterlevelse av refusjonsvilkårene over tid.

### Metode

Kontrollstrategien er basert på vurderinger av risiko. Høye omsetningstall og mistanke om feil forskrivning er normalt bakgrunnen for kontroll av legers forskrivning av legemidler. I dette tilfellet var det i tillegg strategiske føringer fra overordnet myndighet som førte til kontroll av refusjonspunkt 12 c i sykdomslisten. Hva angår nevnte punkt er det definert refusjonsvilkår for pliktmessig dekning. Det ble kun sett på forskrivning av angiotensin II- reseptorantagonister (AII-blokkere) (se vedlegg). Dette er legemidler som er mye brukt ved hypertensjon, og som har en relativt høy pris sammenliknet med mange andre blodtrykksenkende legemidler.

Det ble plukket ut 582 resepter i kontrollen. Etter utplukket av resepter ble forskrivende lege tilskrevet for innhenting av journalopplysninger. Reseptene ble deretter kontrollert mot innsendte journalopplysninger, og vurdering ble gjort for hver forskrivning. Farmasøytene i de ulike regionene gikk gjennom reseptene og dokumentasjonen legene sendte inn, i samråd med rådgivende lege. Etter kontrollen ble det sendt brev til legene som inneholdt konklusjoner trukket på bakgrunn av den aktuelle leges resept(er). Det som ble kontrollert var om legenes forskrivninger samsvarte med gjeldende regelverk.

### Resultater

For 203 resepter kunne man konkludere om refusjonsvilkårene var oppfylt eller ikke. Vilråene var oppfylt for 71 % av forskrivningene og ikke oppfylt for 29 % av forskrivningene. 258 av reseptene var ikke omfattet av tiazidregelen.

I tilsvarende tiazidkontroll i 2005, var det 130 resepter hvor man kunne konkludere om refusjonsvilkårene var oppfylt eller ikke. Vilråene var oppfylt i 48 % av tilfellene og ikke oppfylt i 52 % av tilfellene, mens det var 360 av reseptene som ikke var omfattet av tiazidregelen.

Reseptene som ikke var omfattet av tiazidregelen gjaldt i hovedsak pasienter som hadde startet behandling før 01.03.2004 eller som hadde en annen diagnose enn ukomplisert hypertensjon. Utilstrekkelig informasjon fra journal og epikrise, ikke svar fra lege eller svar i brevs form, var andre årsaker til at det ikke kunne konkluderes hvorvidt vilråene var oppfylt eller ikke.

Mulige årsaker til brudd på forskrift er mangel på kunnskap om refusjonsvilkårene, ulik tolkning av refusjonsreglens innhold og faglig uenighet i forhold til hvilke krav som stilles til refusjon. Videre valgte legene i flere tilfeller AII-blokkere i stedet for tiazid som et forsøk på å oppnå en tilleggseffekt mot hodepine eller migrene.

## 1 INNLEDNING

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av folketrygdloven § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 9. Kontrollstrategien er basert på vurdering av risiko. Hvilke punkter som kontrolleres er basert på mistanke om feil forskrivningspraksis, høye omsetningstall, strategiske føringer fra overordnet myndighet og om det er kontrollerbare kriterier knyttet til legemidlene og refusjonspunktet.

Hensikten er å kontrollere legenes etterlevelse av blåreseptforskriften. Det er ikke en kontroll av legenes medisinske vurderinger.

### 1.1 Bakgrunn for kontroll

I forbindelse med statsbudsjettet for 2004, vedtok Stortinget endringer av reglene for refusjon av blodtrykksmedisin med virkning fra 1. mars 2004. Etter de nye reglene skal tiazidpreparater brukes som første valg ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk).

Vilkårene for refusjon fremgår av blåreseptforskriften § 9, jf. refusjonspunkt 12 b, c og g. Se omtale under pkt 1.1.1.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Statens legemiddelverk (Legemiddelverket) fremmet i 2004 ønske om å foreta kontroll av legers forskrivningspraksis etter regelendringen. Den første kontrollen ble igangsatt i august 2004. Senere har det vært ytret ønske om ytterligere kontroller, og en ny kontroll ble gjennomført med oppstart i august 2005.

Kontrollen som omtales i denne rapporten ble startet opp i januar 2006 som en oppfølging til de to tidligere kontrollene. Hensikten var å undersøke i hvilken grad legene i tiden etter regelendringen valgte tiazidpreparater ved oppstart av blodtrykksbehandling ved ukomplisert hypertensjon, og i prosessen bidra til å informere leger om refusjonsreglene.

#### 1.1.1 Vilkår for refusjon

Det heter i refusjonspunkt 12 b, c og g i blåreseptforskriften følgende:

”Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes), skal tiazid, eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumbesparende legemiddel, prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen.”

Videre må det være et behov for blodtrykksbehandlingen i minst tre måneder i løpet av et år. Varighetskravet er det samme for all forskrivning på blå resept. Normalt vil pasienter med

blodtrykksbehandling ha behov for dette ut over tre måneder. Av den grunn er ikke varighetskravet det viktigste kontrollpunktet når det gjelder denne pasientgruppen.

Vi valgte å kontrollere legemiddelgruppen AII-blokkere. Disse preparatene har som sin hovedindikasjon essensiell hypertensjon og er mye brukt i Norge. Videre er dette legemidler med en relativt høy pris sammenliknet med mange andre blodtrykkssenkende legemidler.

### 1.1.2 Omsetningstall

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), foretok på oppdrag fra HOD i februar 2006 en analyse<sup>1</sup> av tiazidregelen. Det fremgår av analysen at en fikk en reduksjon i kostnader på 8 millioner kroner det første året etter at refusjonsendringen trådte i kraft. Det er stor usikkerhet knyttet til tallene, men det anslås at tiltaket i løpet av fem år vil føre til om lag 200 millioner kroner i reduserte utgifter. Dette viser at det er grunn til å undersøke hvorvidt regelen etterleves i praksis.

### 1.1.3 Utvikling over tid

Kunnskapssenterets evaluering bygde på analyser som ble foretatt elleve måneder før og elleve måneder etter at tiazidregelen ble innført. Før regelen ble innført var forskrivningen av tiazider ved nyoppstartet behandling av ukomplisert hypertensjon på ti prosent. Elleve måneder etter, fikk tjuefem prosent av pasientene et tiazid. Det vil si at tre av fire som startet på medikamentell behandling av ukomplisert hypertensjon etter regelendringen, ikke får tiazider.

Kunnskapssenteret så på flere preparatgrupper for hypertensjon, mens vi i vår tiazidkontroll kun tok hensyn til bruk av AII-blokkere.

---

<sup>1</sup> Notat fra Kunnskapssenteret februar 2006: "Evaluering av nytt refusjonsvilkår for blodtrykksbehandling (tiazidregelen)"

## 2 METODE

Metoden for gjennomføring av kontrollene skal bidra både til å kartlegge omfanget av feilforskrivning og til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften. Kontrollene er basert på et utvalg av resepter som er plukket ut fra innsendte apotekoppgjør. Kontrollene gjennomføres regionalt<sup>2</sup>. Det kontrolleres vanligvis 100 resepter fra hver region, totalt ca 600 resepter. Kontroll av forskrivning av legemidler under refusjonspunkt 12 c ble startet opp i januar 2006.

Etter utplukket av resepter blir rekvirerende leger tilskrevet for innhenting av journalopplysninger. Dokumentasjon på journalføringen av forskrivningen skal blant annet vise hvilken diagnose som lå til grunn for forskrivningen.

Selve kontrollen består av en gjennomgang av resepter mot innhentet dokumentasjon for å kunne fastslå om regelverket er fulgt. Det er farmasøyter som gjennomgår reseptene. Farmasøytene vurderer, eventuelt i samråd med rådgivende lege, om de enkelte forskrivningene oppfyller kriteriene for refusjon etter blåreseptordningen.

Det blir ikke fattet vedtak i sakene, men legen mottar brev fra NAV Helsetjenesteforvaltning med vurdering av hvorvidt han/hun har etterlevd regelverket for forskrivning av den aktuelle resepten som blå resept. I brevet får legen også informasjon om regelverket for refusjon.

### 2.1 Refusjonsvilkår og kontrollpunkt

Det ble kontrollert om tiazid, eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel, var forsøkt først ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes).

Medisinsk årsak til at tiazid eventuelt ikke kunne benyttes skulle journalføres.

#### 2.1.1 Diagnose

I henhold til refusjonsvilkårene er det ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon krav til bruk av tiazid som første valg. Med ukomplisert hypertensjon menes forhøyet blodtrykk i arteriene i det store kretsløpet uten at det foreligger hypertensiv organskade, urinsyregikt, ubehandlet diabetes eller glukoseintoleranse. Se også vedlegg.

---

<sup>2</sup> Kontrollene utføres av NAV Helsetjenesteforvaltnings seks regionale enheter. Geografisk tilsvarende hver enhet en helseregion, med unntak av Oslo som er en egen region.

## 2.2 Utplukkskriterier

Resepter ekspedert i perioden 01.12.2005-31.12.2005 ble plukket ut fra regionenes totale apotekoppgjør. Det ble kun valgt resepter med en av følgende AII-blokkere rekvirert på refusjonspunkt 12:

Legemidler	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aprovel</li><li>○ Atacand</li><li>○ Cozaar</li><li>○ Diovan</li><li>○ Micardis</li><li>○ Olmetec</li><li>○ Teveten</li></ul>
------------	--

Metoden som ble benyttet i denne kontrollen var i hovedsak lik metoden i de foregående tiazidkontrollene. Begrensningen med hensyn på valg av legemidler skilte seg imidlertid vesentlig fra kontrollen i 2004 (plukket ut resepter med en rekke ulike blodtrykkssenkende legemidler) til kontrollene i 2005 (kun AII-blokkere) og 2006 (kun AII-blokkere).

Videre ble følgende kriterier stilt:

- Medlemmet skulle være født mellom 1940 og 1965.
- Resepten skulle ikke være skrevet ut av hjertespesialist.
- Medlemmet skulle ikke være registrert i APOK med resept utstedt før 01.06.2004 på noen av AII-blokkerne nevnt ovenfor. APOK er et elektronisk overleveringssystem for oppgjør mellom arbeids- og velferdsetaten og apotekene. Datoen 01.06.2004 ble valgt for å luke ut flest mulig medlemmer som hadde startet opp behandling før 01.03.2004. Ettersom datamaterialet i APOK kun gikk tilbake til begynnelsen av 2004 (med små variasjoner mellom ulike apotek), var det i praksis umulig å luke ut alle medlemmer som hadde startet behandling før 01.03.2004. Ved også å luke ut medlemmer registrert med AII-blokker før 01.06.2004, håpet man imidlertid å utelukke så mange som mulig i denne kategorien. Tanken var at medlemmer som fikk utlevert AII-blokker i perioden før oppstart av dataregistrering i APOK, i hovedsak ville få utlevert legemidler for maksimalt tre måneders forbruk, og dermed bli fanget opp i APOK ved neste utlevering en eller annen gang før 01.06.2004.
- Det ble utformet en liste over legemidler som brukes ved diverse hjerte- og karsykdommer, samt enkelte legemidler mot urinsyregikt. Det skulle ikke være rekvirert legemidler fra denne listen på den enkelte resept. Denne listen var mer omfattende enn i forrige tiazidkontroll, med blant annet legemidlene mot urinsyregikt inkludert.

Hensikten med disse kriteriene var å øke sannsynligheten for å utelukke forskrivninger hvor bruk av tiazid ikke er et krav i henhold til refusjonsvilkårene, det vil si unngå forskrivninger til pasienter med hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes, ref. pkt. 1.1.1., samt luke ut behandlinger påbegynt før 01.03.2004.

Det ble plukket ut maksimalt tre resepter per lege.

Det viste seg å være en svært tidkrevende prosess i noen regioner å søke i APOK om medlemmet var registrert med resept på AII-blokker utstedt før 01.06.2004, på grunn av ulik størrelse på databasene. Det varierte derfor mellom regionene om man fikk søkt på utleveringer fra samtlige apotek i regionen, eller om man måtte begrense søket til apoteket hvor resepten var utlevert. Dette utplukkskriteriet kunne dermed påvirke resultatet ulikt i de forskjellige regionen.

## **2.3 Innhenting av dokumentasjon**

Etter utplukket av resepter, ble rekvirerende lege tilskrevet for innhenting av journalopplysninger. Det ble presisert at vi ønsket utskrift fra journal som viste følgende punkter:

- Journalføring av den aktuelle forskrivningen
- Journalføring for oppstart av den aktuelle behandlingen
- Diagnose(r) som er bakgrunn for forskrivningen
- Forskrivning av andre legemidler som er forsøkt for den aktuelle diagnosen
- Medisinsk årsak til at det er nødvendig med tilleggsbehandling eller alternativ behandling til tiazider dersom behandlingen er startet opp etter 1. mars 2004

### 3 RESULTATER OG DISKUSJON

Det ble foretatt kontroll av 493 leger. Disse hadde i gjennomsnitt 1,18 resepter hver. I utgangspunktet ble det etterspurt dokumentasjon for 582 forskrivninger. 17 resepter utgikk fra kontroll. Med begrepet "utgår" menes at legen for eksempel er død, pensjonert eller har ukjent adresse. Det ble ikke innsendt dokumentasjon for 54 av reseptene til tross for purring, mens det for 32 forskrivninger ble mottatt utilstrekkelig dokumentasjon til å vurdere om grunnlaget for refusjon var oppfylt eller ikke. I tillegg ble det for 18 av reseptene kun gitt informasjon fra legene i form av brev. Dette godtas ikke som gyldig dokumentasjon i henhold til kontrollmetodikken.

Målgruppen for kontrollen var pasienter med ukomplisert hypertensjon. For til sammen 57 pasienter forelå imidlertid kompliserende faktorer i form av hypertensiv organskade i tillegg til hypertensjon (se vedlegg). Det er kun pasienter med ukomplisert hypertensjon som er omfattet av refusjonsvilkårene. I tillegg var ni pasienter registrert med urinsyregikt, to pasienter med nedsatt glukosetoleranse og atten pasienter med ubehandlet diabetes. For pasienter med disse diagnosene er det ikke krav til å starte opp med tiazid i henhold til refusjonsvilkårene.

Ettersom refusjonsendringen trådte i kraft 01.03.2004 ble det videre undersøkt når behandling for hypertensjon startet, uavhengig av blodtrykkssenkende preparat. Det var nødvendig å si ut de tilfellene hvor tidspunktet for oppstart av behandling lå forut for nevnte dato, ettersom disse tilfellene ikke vil være omfattet av tiazidregelen.

Til slutt gjenstod dermed i alt 203 forskrivninger hvor behandlingen var startet opp etter 01.03.2004 og hvor det ikke forelå hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes.

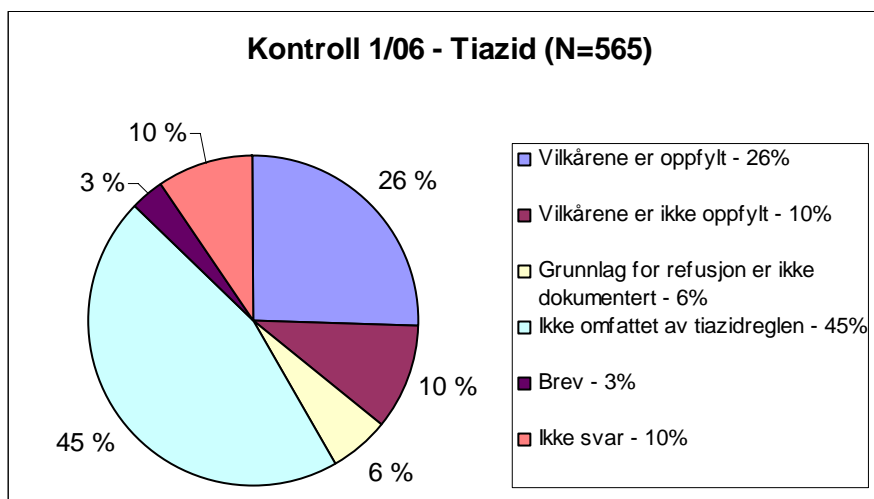


Diagram 1: Oppfyllelse av vilkår for refusjon fordelt på antall forskrivninger

Det var likevel en langt mindre andel forskrivninger som ikke var omfattet av tiazidregelen i denne kontrollen (45 %) enn i tiazidkontrollene i 2004 (81 %) og 2005 (73%). Dette kan delvis skyldes strammere og mer spesifikke utplukkskriterier, og delvis det faktum at de to foregående

kontrollene ble gjennomført langt nærmere tidspunktet for innføring av de nye refusjonsreglene hvor andelen behandlinger med oppstart etter 01.03.2004 var færre.

### 3.1 Etterlevelse av regelverket

Det var som nevnt ovenfor 203 forskrivninger som var omfattet av tiazidregelen. Refusjonsvilkårene var oppfylt for 145 (71%) av disse. Av refusjonsbestemmelsene fremgår at årsak til at tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes, skal angis i journalen.

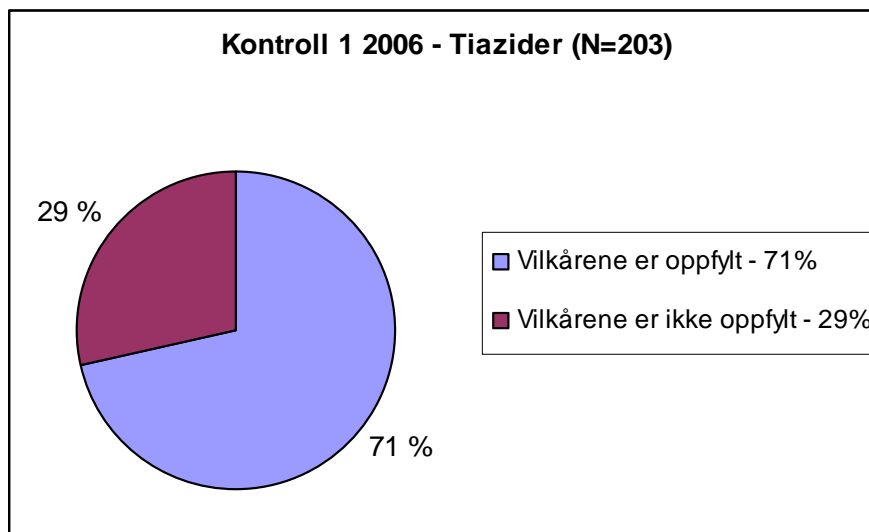


Diagram 2: Oppfyllelse av vilkår for refusjon – der det kan konkluderes

For 79 av de 145 pasientene var blodtrykket såpass høyt at et tiazidpreparat ikke ville gi/ikke ga tilstrekkelig blodtrykkssenkning på tilstrekkelig kort tid. Dette ble enten eksplisitt opplyst av legen i journalen som årsak til valg av annet legemiddel enn tiazid, eller det ble utledet av informasjon i journalen. I denne sammenheng vises til anbefaling fra Legemiddelverket, som tilsier at ved systolisk trykk på 180 mm Hg og/eller diastolisk trykk på 110 mm Hg, kan lege ordinere annet medikament enn tiazid. Det samme gjelder hvis døgnmålinger viser gjennomsnittlig systolisk blodtrykk på minst 160 mm Hg og/eller diastolisk trykk på minst 100 mm Hg. I enkelte journaler var det presisert at det høye trykket var årsak til at andre preparater ble brukt uten at tiazid var forsøkt først. Andre viste til at målet ikke ble nådd ved bruk av tiazider. I til sammen 28 saker fremgikk det at tiazid hadde vært forsøkt før tiazidpreparatet enten ble skiftet ut, eller et annet preparat ble gitt som tilleggsbehandling.

Videre ble det for 29 av de 145 pasientene vurdert at det forelå ekstraordinær risiko for utvikling av diabetes og/eller meget høy risiko for koronarsykdom. Dette ble godkjent som grunn til ikke å velge et tiazidpreparat som første valg, etter rådføring med Legemiddelverket. I dette lå det en viss oppmykning fra foregående tiazidkontroller, uten at det med sikkerhet kan hevdes at de samme årsakene ikke ville blitt godkjent også i disse kontrollene.

Bivirkninger ved bruk av tiazider var dokumentert hos femten pasienter. Dette gjaldt et stort spekter av bivirkninger som for eksempel hodepine, allergi, utslett og gastrointestinalt ubehag.

Andre årsaker til at tiazider ikke ble brukt var blant annet vanskelig kontrollerbar diabetes type II, takykardi og problemer knyttet til vannlating.

Sammenliknet med forrige tiazidkontroll var vilkårene for refusjon oppfylt i langt større grad i denne kontrollen. I forrige tiazidkontroll var 130 forskrivninger omfattet av tiazidregelen, med vilkårene for refusjon oppfylt i 63 (48 %) av tilfellene, mot altså 71 % av tilfellene i denne kontrollen. På grunn av metodiske forhold er det imidlertid knyttet en viss usikkerhet til om disse tallene er representative for den reelle etterlevelsen.

### **3.2 Brudd på regelverket**

Innledningsvis finner grunn til å understreke at det innen legemiljøet er ulike syn på de eventuelle positive og negative effektene av tiazidpreparater på visse pasientgrupper. Dette har vært inngående diskutert både i media og internt i legemiljøet. Legeforeningen var imidlertid ikke motvillig til innføringen av tiazidregelen.

Kontrollen har avdekket brudd på forskriften ved 58 av 203 forskrivninger. Den største gruppen er saker hvor det ikke gis en begrunnelse fra legen for hvorfor et annet blodtrykkssenkende middel enn tiazid har blitt valgt ved oppstart av behandling, og hvor det heller ikke på annen måte fremgår noen rimelig årsak til at refusjonskravet fravikes. Dette gjaldt for 27 av forskrivningene. Det er vanskelig å vurdere hvorfor disse legene ikke har valgt tiazid. Det er mulig at noen leger tror de har fulgt vilkårene for refusjon, siden de faktisk har sendt inn dokumentasjon uten forsøk på å forklare nærmere hvorfor AII-blokker ble valgt foran tiazid. Derfor er det ikke utenkelig at mangel på kunnskap om refusjonsreglene, eller ulik tolkning av refusjonsreglenes innhold, kan være forklaringer på disse legenes valg av legemiddel. I tillegg er det faglig uenighet i forhold til hvilke krav som bør stilles til refusjon, noe som også kan være årsak til manglende etterlevelse av refusjonsvilkårene. Alt dette er imidlertid spekulasjoner. Viten om de faktiske årsakene til legenes forskrivning i disse tilfellene, ville krevd videre undersøkelser.

Videre har leger i 15 av sakene forskrevet det blodtrykkssenkende preparatet for å forsøke å oppnå en tilleggseffekt hos pasienter med forhøyet blodtrykk, som også har hodepine eller migrene. AII-blokkere har imidlertid ikke godkjent indikasjon for verken hodepine eller migrene, og dermed heller ikke forhåndsgodkjent refusjon for bruk mot disse diagnosene. Dette har derfor blitt vurdert som brudd på refusjonsbestemmelsene.

I tillegg henviste noen leger til høye blodtrykksverdier, som imidlertid ikke ble vurdert som høye nok til å fravike bruk av tiazid ved oppstart av behandlingen. Én lege oppgav pasientens generelle skepsis til tiazider som årsak.

I tre saker konkluderte legene selv med at de burde ha valgt tiazid som førstevalg med hensyn på refusjon.

### 3.3 Innsendt dokumentasjon

Resultatene viser at det i denne kontrollen ble mottatt svar i 90% av sakene. Det ble imidlertid ikke konkludert i saker der det kun var mottatt brev. Dette fordi kontrollmetodikken krever dokumentasjon i form av journal/epikrise.

Etterspurt dokumentasjon var derfor sendt inn i 91 % av tilfellene. Av disse var det imidlertid 32 tilfeller (6 %) hvor det ble mottatt utilstrekkelig dokumentasjon til å vurdere om grunnlaget for refusjon var oppfylt eller ikke. En årsak til dette, var sparsomme og uklare opplysninger innsendt av legene. For eksempel kunne de innsendte notatene fra journal eller epikrise mangle informasjon om når behandlingen var startet opp. Enkelte leger fornyet resept for kollegers pasienter i ferietid og informerte om at de ikke hadde tilgang til pasientjournalen. Andre leger manglet komplett journal fordi de som fastlege nettopp hadde overtatt ny pasient.

I 18 tilfeller (3%) det ble sendt svar i form av brev, og svar var ikke mottatt i 54 tilfeller (9%).

---

<b>Kontroll 1/2006</b>	
Antall resepter (prosent)	
Journalutskrift innsendt	478 (82)
Brev	18 ( 3)
Mangelfulle journal opplysninger	32 ( 6)
Ikke svar	54 ( 9)

---

*Tabell 1: Innsendt dokumentasjon*

## **4 OPPSUMMERING**

Kontrollen hadde som formål å undersøke om leger som har forskrevet blodtrykksmedisin etter de nye reglens ikrafttredelse, fortrinnsvis har valgt tiazidpreparater.

Det ble plukket ut 582 resepter i kontrollen. For 203 resepter kunne man konkludere om refusjonsvilkårene var oppfylt (71 % av tilfellene) eller ikke (29 % av tilfellene).

Hyppigst forekommende medisinske årsaker til valg av et annet blodtrykkssenkede legemiddel enn et tiazid, var svært forhøyet blodtrykk, ekstraordinær risiko for utvikling av diabetes og meget høy risiko for koronarsykdom.

Mulige årsaker til brudd på forskrift er mangel på kunnskap om refusjonsreglene, ulik tolkning av refusjonsreglens innhold og faglig uenighet i forhold til hvilke krav som bør stilles til refusjon. Videre valgte legene i flere tilfeller AII-blokkere i stedet for tiazid, som et forsøk på å oppnå en tilleggseffekt mot hodepine eller migrene.

## VEDLEGG TIL AVSNITT 2.1.1 DIAGNOSE

Hypertensjon er forhøyet blodtrykk i arteriene i det store kretsløpet.

Den vanligste typen hypertoni er essensiell (primær) hypertoni. Årsaksforholdene ved essensiell hypertoni er ukjent. Arvelig disposisjon, overvekt, fysisk inaktivitet, høyt alkoholinntak og høyt inntak av koksalt blir regnet som medvirkende faktorer.

WHO har definert grenser for hva som regnes for behandlingstrengende hypertoni. Behandlingsmål for personer med høyt blodtrykk, settes til systolisk trykk på 140 mm Hg og diastolisk trykk på 90 mm Hg.

### Ulike former for hypertensjon

- Essensiell (primær) hypertensjon
- Sekundær hypertensjon  
Innbefatter hypertensjon som er sekundær til andre sykdommer
- Malignt hypertensjon  
Blodtrykket stiger plutselig til høye verdier med raskt økende organforandringer

Flere pasienter har hypertensiv organskade som en kompliserende faktor i tillegg til hypertensjon.

### Hypertensiv organskade

Høyt blodtrykk kan føre til hypertensiv organskade. Eksempler på slik organskade er:

- Øyenbunnsforandringer grad III eller IV (blødninger og eksudater med eller uten stasepupiller,
- Cerebral trombose eller blødning,
- Myocard ischemi, infarkt, venstre ventrikkelhypertrofi, hjertesvikt,
- Hypertensiv encefalopathi (hjerneødem),
- Akutt lungeødem,
- Aortadisseksjon (aortaaneurisme),
- Akutt nyresvikt.

### Behandling

Hypertensjon kan behandles med en rekke forskjellige legemidler. Internasjonale retningslinjer fra Europa og USA anbefaler lavdose tiazid som førstehåndvalg ved behandling av ukomplisert hypertensjon. De amerikanske retningslinjene angir at flertallet av pasienter med ukomplisert hypertensjon kan behandles med tiazid alene, eller i kombinasjon med andre legemidler. En stor amerikansk studie viste at pasienter med hypertensjon har høyere risiko for å få diabetes enn personer med normalt blodtrykk, men at pasienter som fikk tiazid ikke hadde større risiko for å få diabetes enn pasienter med ubehandlet hypertensjon. Sammenlignet med annen behandling mot høyt blodtrykk, kommer tiazider like godt ut som, eller bedre enn alternativene.

På det norske markedet har vi i dag seks legemidler som inneholder tiazid alene eller i kombinasjon med kaliumklorid, eller det kaliumsparende legemiddelet amilorid:

- Centyl
- Centyl med kaliumklorid
- Centyl mite med kaliumklorid
- Esidrex
- Moduretic mite
- Normorix mite

#### AII-blokkere

Angiotensin II – reseptorantagonister er en gruppe legemidler med virkestoff som nedsetter blodtrykket ved en rekke biokjemiske reaksjoner som følge av blokkering av spesielle reseptorer. Disse preparatene kalles ofte AII-blokkere.