

Kontrollordningen for blå resept

Rapport om kontroll av legers forskrivning på refusjonspunkt 41b

SAMMENDRAG

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av blåreseptordningen jf folketrygdloven §5-14 jf *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr*, jf §9 (blåreseptforskriften). For å oppnå dette er det utviklet en metode for å kontrollere legenes forskrivning på blå resept, og for å øke legenes forståelse for ordningen og regelverket. Kontrollene skal mao bidra til økt etterlevelse av regelverket.

Metode

Kontrollstrategien er basert på vurderinger av risiko. På bakgrunn av høye omsetningstall og mistanke om feil forskrivning, ble det bestemt å gjennomføre tre kontroller av legenes forskrivning på refusjonspunkt 41b i sykdomslista. På punkt 41b er det definert refusjonsvilkår for pliktmessig dekning.

Det ble plukket ut ca 500-600 resepter for hver av de tre kontrollene. Kontrollene ble gjennomført på samme refusjonspunkt på forskjellige tidspunkt for å måle om legenes etterlevelse av regelverket endrer seg over tid.

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. Farmasøyter gikk gjennom reseptene og dokumentasjonen legen hadde sendt inn, eventuelt i samråd med rådgivende lege. Etter kontrollen ble legen tilsendt et brev som inneholdt konklusjoner trukket på bakgrunn av den aktuelle legens resept(er). Det som ble kontrollert var legenes etterlevelse av blåreseptforskriften, ikke deres medisinske vurdering.

Resultater av kontrollene

Det er grunn til å trekke fram tre funn. For det første viser kontrollene at det er brudd på regelverket i cirka en tredel av de kontrollerte reseptene på dette sykdomspunktet.¹

For det andre har andelen saker der vilkårene er oppfylt økt over tid. Vi har mao indikasjoner på at legenes etterlevelse av regelverket har økt.

Man kan spørre hvorfor en slik økning i etterlevelsen har funnet sted. Vi mener det er sannsynlig at kontrollene som er gjennomført, samt myndighetenes informasjonsarbeid har bidratt til økt etterlevelse av regelverket blant legene.

For det tredje viser resultatene en utvikling over tid mht metoden for kontroll. Resultatene viser økning i andel saker der trygdeetaten kan konkludere om vilkårene for forskrivning på blå resept er til stede eller ikke. Dette kan skyldes at trygdeetaten har forbedret sitt arbeid med å innhente informasjon fra legene før journalgjennomgang. Det kan også skyldes at legene i større grad sender inn rett dokumentasjon. Dette har bidratt til at man i en økende andel av sakene kan konkludere at enten ”vilkårene er oppfylt” eller ”vilkårene er ikke oppfylt”.

¹ Det er viktig å understreke at man ikke kan si at andelen brudd vi har funnet er representativ for all forskrivning på blå resept. Hva som velges ut for kontroll er blant annet basert på mistanke om høy risiko for feilforskrivning.

Innholdsfortegnelse

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

1 INNLEDNING

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til riktig forskrivning og bedre etterlevelse av *folketrygdloven § 5-14, jf blåreseptforskriften § 9*. Kontrollstrategien er basert på vurdering av risiko. Hvilke punkter som skal kontrolleres er basert på mistanke om feil forskrivningspraksis, høye omsetningstall og om det er kontrollerbare kriterier knyttet til legemidlene, refusjonspunktet og eventuelt undersøkelsesresultat.

Innholdet i de enkelte kontrollene er å kontrollere etterlevelse av blåreseptforskriften. Det er ikke en kontroll av legenes medisinske vurdering.

1.1 Bakgrunn for kontroll

I 2003 og 2004 ble det gjennomført tre kontroller på forskrivning av legemidler etter §9 refusjonspunkt 41b i sykdomslista i blåreseptforskriften.² Kontrollene hadde til hensikt å kartlegge feil ved legers forskrivning på det aktuelle refusjonspunkt, men også å måle om det har vært økt etterlevelse av blåreseptforskriften hos legene over tid.

1.1.1 Vilkår for refusjon

Vilkårene godkjent for refusjon er begrenset til endoskopisk verifisert refluksøsofagitt (betennelse i nedre del av spiserøret) og patologisk refluks (tilbakestrøm av syre fra mage til spiserør) påvist ved 24 timers pH-måling. Det er knyttet flere spesifikke vilkår til refusjonspunkt 41b, jfr preparatlisten i blåreseptforskriften. Behandlingen skal være instituert (startet) av spesialist. Ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre på resepten hvilken institusjon/spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Kravet er en behandlingstid på over 3 måneder i løpet av ett år.

Det finnes tilgrensende diagnoser og sykdomspunkter, som ikke er godkjent for refusjon. Enkelte av disse diagnosene kan gi betennelse i spiserøret og derigjennom danne grunnlag for refusjon. Andre diagnoser gir ikke grunnlag for refusjon under punkt 41b. Se vedlegg.

1.1.2 Omsetningstall

Som nevnt ovenfor er høye omsetningstall ett av kriteriene for hvilke kontroller som skal gjennomføres. På listen over mest solgte reseptbelagte legemidler rangert etter omsetning (AUP) i 2003 er Nexium nummer fire med en omsetning på 233 millioner kroner. Også andre protonpumpehemmere (PPI) har en høy omsetning.

1.1.3 Utvikling over tid

På bakgrunn av mistanke om feil forskrivning på punkt 41b ble det bestemt å foreta tre kontroller på dette refusjonspunktet. Resepter fra oppgjørsperiodene september 2003, mars 2004, og september 2004 ble kontrollert. På denne måten har vi forsøkt å måle utvikling over tid av legenes etterlevelse av regelverket for forskrivning på blå resept.

² Sykdomspunktet gjelder ”Endoskopisk verifisert refluksøsofagitt, eller påvist patologisk refluks ved 24-timers pH-måling, hos pasienter med langvarige, betydelige symptomer”.

2 METODE

Metoden for gjennomføring av kontrollene skal bidra både til kartlegging av omfanget av feilforskrivning og til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften. Kontrollen er basert på tilfeldig utvalg av resepter hvor resepter er plukket ut fra innsendte apotekoppgjør. Kontrollene blir initiert på nasjonalt nivå, men gjennomføres regionalt³. Det kontrolleres 100 resepter fra hver region, totalt ca 600 resepter.

Kontrollene ble gjennomført i 2003 og 2004 på refusjonspunkt 41b. Det ble trukket et utvalg på 493 resepter i kontroll nr 2/2003, 617 resepter i kontroll 1/2004, og 573 resepter i kontroll 6/2004.

Etter utplukket av resepter, blir rekvirerende lege 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 resept mot innsendte journalopplysninger for å kunne fastslå om regelverket er fulgt. Det er farmasøyer som gjennomgår reseptene. Farmasøytene vurderer om de enkelte forskrivningene oppfyller kriteriene for refusjon etter blåreseptordningen, eventuelt i samråd med rådgivende lege.

Det blir ikke fattet vedtak i sakene, men legen mottar brev med trygdeetatens vurdering av hvorvidt han/hun har etterlevd regelverket for forskrivning av den aktuelle resepten som blå resept.

2.1 Refusjonsvilkårene og kontrollpunkt

Reseptene som ble kontrollert var fra september 2003 (for kontroll nr 2/2003), mars 2004 (for kontroll nr 1/2004), og september 2004 (for kontroll nr 6/2004). I blåreseptforskriften finnes kriteriene for refusjon på punkt 41b:

- pasienten har riktig diagnose i henhold til pkt. 41b
- behandlingen skal være instituert (startet) av relevant spesialist/sykehusavdeling (spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller pediatri, eller tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus)
- ved senere forskrivning av en annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/spesialist som har instituert behandlingen/legemiddelet.
- diagnosen skal være verifisert i henhold til vilkåret i forskriften (ved å utføre en undersøkelse som påviser betennelse i nedre spiserør)
- det skal være dokumentert at behandlingens varighet var på minst tre måneder i løpet av ett år.

I sykdomslista er det presisert at diagnosen refluksøsofagitt forutsettes verifisert ved øsofagoskopi. Vanligvis blir det gjort en gastroskopi eller ØVD-skopi, da dette også omfatter undersøkelse av mage og tolvfingertarm (duodenum), i tillegg til undersøkelse av spiserøret.

³ Kontrollene utføres av trygdeetatens 6 regionale oppgjørsenheter. Geografisk tilsvarer regionene helseregionene, med unntak av Oslo som er en egen region.

2.1.1 Diagnose

Diagnosene som er godkjent for refusjon er i følge forskriftsteksten refluksøsofagitt eller patologisk refluks hos pasienter med langvarige, betydelige symptomer. Øsofagitt er en objektiv skade på slimhinnen i spiserøret (øsofagus), og refluksøsofagitt skyldes tilbakestrømming av surt innhold fra magesekken til spiserøret, som dermed kan gi skade på spiserøret. Gastroøsofageal reflukssykdom (GERD) kan klassifiseres i to undergrupper (se vedlegg).

2.2 Utplukkskriterier

Ut over kriteriene nevnt i punkt 2.1 ovenfor, er det et mål å kontrollere flest mulig leger. Siden vi ønsker å nå fram til flest mulig leger med budskapet om at forskrivningen blir kontrollert, ønsker vi ikke å kontrollere samme lege flere ganger. Dette gjøres til dels ved at man velger resepter fra ulike apotek.

De som gjennomførte kontrollene plukket ut reseptene i det enkelte apotekoppgjøret. Det ble valgt resepter der det var rekvirert minst ett av følgende legemidler på refusjonspunkt 41b:

Legemidler	<ul style="list-style-type: none">➤ Nexium➤ Lanzo➤ Losec➤ Losec MUPS➤ Omeprazol➤ Omeprazol Sandoz➤ Somac
------------	--

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
- Diagnose(r) som er bakgrunn for forskrivningen
- Forskrivninger av legemidler mot den aktuelle diagnosen som viser behov for behandling av sykdommen i minst 3 måneder i løpet av ett år.
- Navn på spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller pediatri, eller tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus som har instituert behandlingen
- Resultat av øsofagoskopi eller 24-timers pH-måling

3 RESULTATER OG DISKUSJON

3.1 Etterlevelse av regelverket

Når man sammenligner resultater fra de tre kontrollene, ser man at det i gjennomsnitt er brudd på regelverket i ca en tredel av de kontrollerte reseptene (se diagram 3.1).

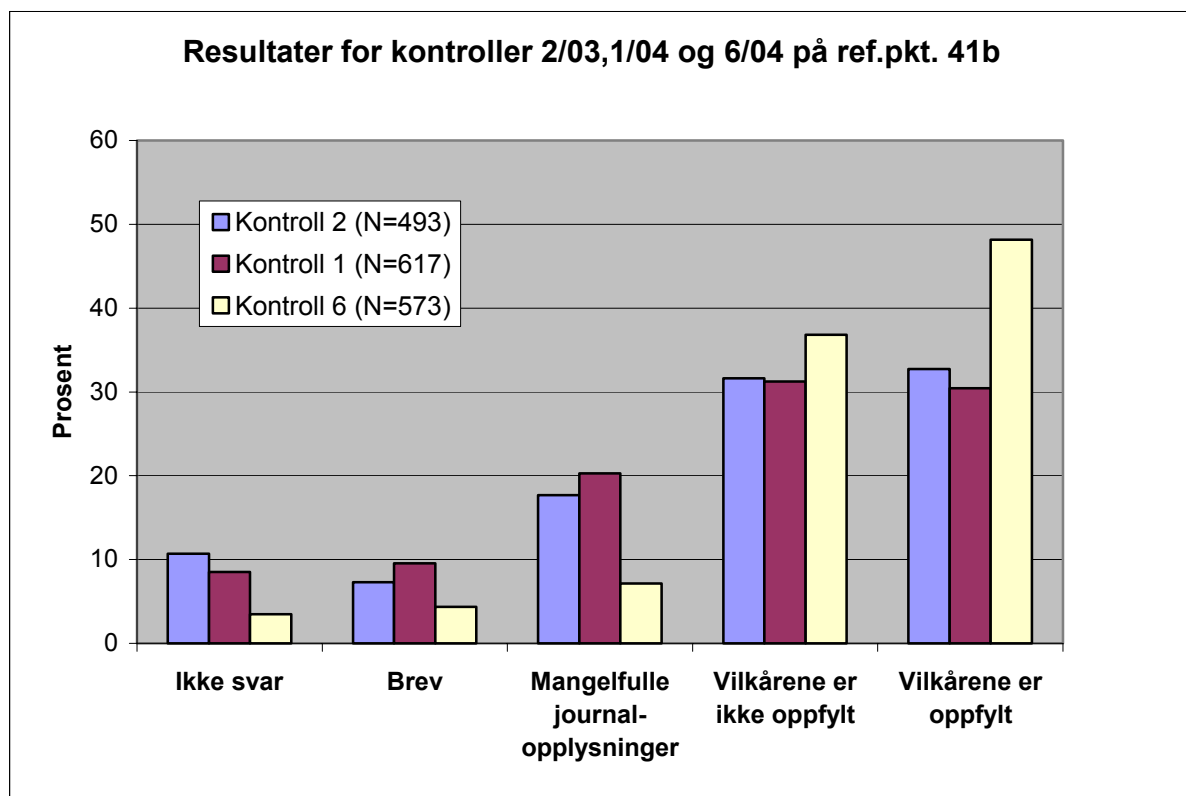


Diagram 3.1. Utvikling av resultater for kontroll 2/2003,1/2004 og 6/2004 på refusjonspunkt 41b

Resultatene ovenfor viser at av totalt antall resepter øker både andelen som etterlever regelverket (vilkårene er oppfylt) og andel der vilkårene ikke er oppfylt. Men andelen der vilkårene er oppfylt øker tre ganger mer enn andelen der vilkårene ikke er oppfylt. Det synes derfor som at legenes etterlevelse av regelverket på pkt 41b har økt fra 2003 til 2004. På den annen side er feilmargenene ved et så vidt begrenset utvalg så store at funnene ikke er signifikante. Vi mener imidlertid tallene gir indikasjoner om en utvikling.

Tallene i seg selv sier ingen ting om årsakene til en slik utvikling. Vi mener imidlertid det er sannsynlig at kontrollene og informasjonsarbeid som er gjennomført av ulike legemiddelmyndigheter har bidratt til økt etterlevelse av regelverket blant legene. Vi har ikke funnet andre hendelser som kan ha bidratt i betydelig grad til en slik utvikling.

Av resultatene ovenfor ser vi at det har vært økning både i andelen som etterlever regelverket, andel der vilkårene ikke er oppfylt og andelen saker der vi kan konkludere om brudd/ikke-brudd. Man kan derfor ikke helt utelukke at økningen i etterlevelsen *kan* skyldes at de sakene der det ikke

kunne konkluderes i tidligere kontroller inneholdt tre ganger så mange konklusjoner på at ”vilkårene er oppfylt” som ”vilkårene er ikke oppfylt”. Vi mener imidlertid dette ikke er en svært sannsynlig mulighet.

3.2 Type brudd på regelverket

Det viste seg at det ofte forekom flere typer brudd på regelverket i én og samme sak. De fleste bruddene i kontroll 1/2004 besto i feil diagnose i forhold til refusjonspunktet og/eller at verifisering av diagnose ikke var dokumentert og/eller det var ikke dokumentert at behandlingen var instituert (startet) av relevant spesialist. For alle de fire vilkårene var det en betydelig andel der det ikke framgår i den innsendte dokumentasjon hvorvidt vilkåret er oppfylt. Se diagram 3.2.

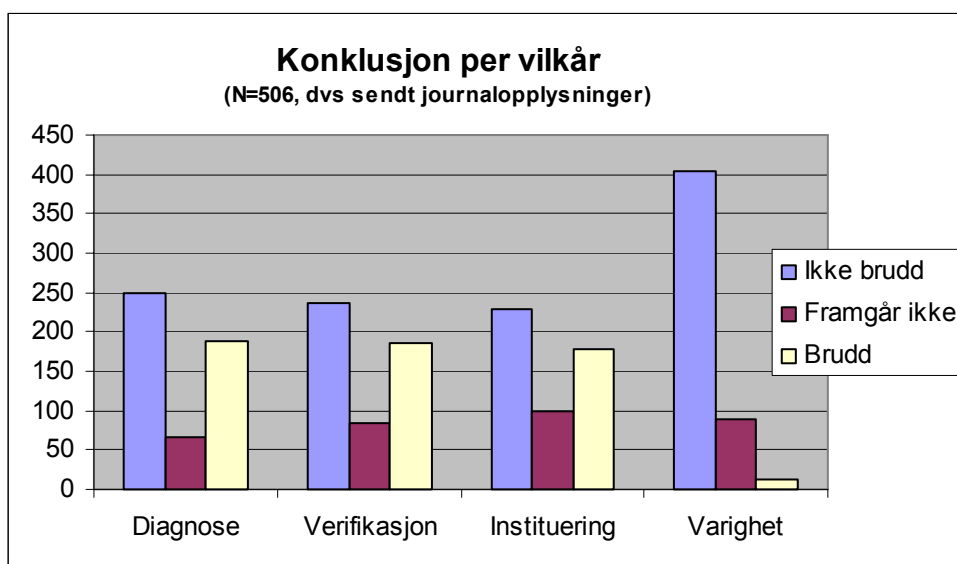


Diagram 3.2. Oppfyllelse av de ulike vilkårene, kontroll 1/2004

3.3 Innsendt dokumentasjon

Resultatene viser også at det har vært økning i andelen saker der det kan konkluderes. Mao at det har vært en økning i andel saker der legene har sendt inn tilstrekkelig dokumentasjon til at trygdeetaten kan konkludere om hvorvidt vilkårene for forskrivning på blå resept er til stede. Tabell 3.1 viser at andel leger som sendte inn journalutskrift var ganske lik i kontroll 2/2003 (81 prosent) og kontroll 1/2004 (82 prosent), mens i kontroll 6/2004 var det flere leger som sendte inn journalutskrift (92 prosent). Enkelte leger sender inn brev med beskrivelse av eller begrunnelse for sin forskrivning, uten at det inneholder kopi av relevante journalopplysninger. Andelen slike brev har sunket fra 10 prosent til 4 prosent, noe som er positivt.

	Kontroll 2/2003	Kontroll 1/2004	Kontroll 6/2004
	Antall resepter (prosent)	Antall resepter (prosent)	Antall resepter (prosent)
Journalutskrift innsendt	404 (81)	506 (82)	528 (92)
Brev	47 (10)	45 (7)	25 (4)
Verken brev eller journalutskrift	42 (9)	66 (11)	20 (3)

Tabell 3.1. Respons på forespørsel om utskrift fra journal i kontroll 2/2003, 1/2004 og 6/2004.

I kontroll 2/2003 og 1/2004 kunne det ikke konkluderes på grunn av utilstrekkelige journalopplysninger i nesten 20 prosent av sakene, mens i kontroll 6/2004 var det redusert til 7 prosent. En slik utvikling gjør at vi kan trekke konklusjoner i en høyere andel av sakene om hvorvidt ”vilkårene er oppfylt” eller at ”vilkårene er ikke oppfylt”.

Dette kan skyldes at oppgjørsenhetene gjør et bedre arbeid med innhenting av informasjon før journalgjennomgang, og at legene i større grad enn tidligere sender inn riktig og tilstrekkelig informasjon. Det kan tolkes i retning av at kontrollordningen er mer kjent og akseptert blant legene og at det er bedre kvalitet på innhentingsbrev fra etaten til legene. Trygdeetaten sender brev til legene som over tid er blitt mer presise på hva man ønsker legene skal sende inn av dokumentasjon.

4 OPPSUMMERING

Kontrollene hadde som formål å kartlegge feil ved forskrivning på refusjonspunkt 41b. De hadde også som hensikt å se om det over tid har vært endringer i legenes etterlevelse av blåreseptforskriften. Derfor ble samme refusjonspunkt kontrollert på tre ulike tidspunkt.

Kontrollene viser at det er brudd på regelverket i cirka en tredel av de kontrollerte reseptene på punkt 41b. Resultatene viser også at andelen saker der vilkårene er oppfylt har økt over tid. Vi har mao indikasjoner på at legenes etterlevelse av regelverket har økt.

Kontrollene og resultatene viser også at trygdeetaten har hatt en positiv utvikling mht metoden for kontroll. Det at vi nå kan konkludere i en høyere andel av sakene er trolig et resultat av forbedring av metoden.

VEDLEGG TIL AVSNITT "2.1.1 DIAGNOSE"

Gastroøsofageal reflukssykdom (GERD) kan klassifiseres i to undergrupper, jf. ICD-10:

- K 21.0 Gastroøsofageal reflukssykdom med øsofagitt
Refluksøsofagitt
- K 21.9 Gastroøsofageal reflukssykdom uten øsofagitt
Øsofageal refluks INA

Endoskopisk verifisering av refluksøsofagitt – Øsofagoskopi, gastroskopi eller ØVD

Øsofagoskopi er en inspeksjon av spiserørets innside ved hjelp av et øsofagoskop, en bøyeelig slange med fiberoptikk og lyskilde som føres ned gjennom munnen og svelget. Ved denne metoden kan man finne øsofagittforandringer, sår, stenoser m.v. i spiserøret. Vanligvis blir det gjort en gastroskopi eller ØVD med undersøkelse av spiserør, ventrikkel (magesekk) og duodenum (tolv fingertarm). De mest vanlige systemer for klassifikasjon av øsofagitt er:

- Savaray-Miller Klassifisering
- Los Angeles klassifikasjon

Alt fra grad 1, henholdsvis grad A, og oppover er vurdert å være funn av øsofagitt.

Hos barn og voksne i vanskelige tilfeller gjøres ofte 24-timers pH-måling. Ved pH-måling beregner refluksindeks (prosentandel måletid med $\text{pH} < 4,0$) som sees i forhold til aldersspesifikke normalverdier. Ved gjennomgang av journaler er det brukt følgende verdier for å vurdere om det forelå en patologisk refluks:

	Refluksindeks, øvre referansegrenser
Opp til ettårsalderen	10%
12-18 måneder	5%
alder over 18 måneder	3,4 %

Hos pasienter med GERD blir typiske øsofagittforandringer påvist hos mer en halvparten og det er diagnostisk. Påvisning av hiatushernie styrker mistanken om reflukssykdom. Indikasjonen for endoskopi er avhengig av symptomenes karakter, grad og varighet, samt pasientens forventninger og angst for alvorlig sykdom. I vanskelige tilfeller, for eksempel uklare brystmerter, og når kirurgisk behandling er aktuelt, bør pasienten utredes med 24-timers måling av pH i distale øsofagus og måling av trykk i nedre øsofageale sfinkter. Hos barn gjøres først og fremst 24-timers pH-måling, mens endoskopi er aktuelt ved uttalte symptomer, dårlig effekt av antirefluksbehandling og ved hematemese (oppkast av blod).

Gastroøsofageal refluks er et normalt fysiologisk fenomen, men med stigende frekvens og varighet kommer det en glidende overgang til patologisk refluks, som kan forårsake symptomer med eller uten patoanatomiske forandringer i øsofaguslimhinnen. Refluksøsofagitt defineres som oftest ved makroskopisk tegn på inflammasjon i slimhinnen som fremtrer ved øsofagoskopi, idet spesifisiteten av histologisk inflammasjonstegn er lav.

Avklaringer – tilgrensende diagnoser

Frem til 1995/96 var det et punkt 37 på sykdomslisten som omfattet *Ulcus ventriculi*, *ulcus duodeni*, *ulcus pepticum oesophagi*, *refluksøsofagitt* og *Zollinger-Ellisons syndrom* hvor det ble refundert preparater som reduserte produksjonen av magesyre.

Det er også mulig å få midler mot medikamentindusert *ulcus* under refusjonspunkt 3 (bl.a. *urinsyregikt*), punkt 11 som omfatter ulike typer bindevevssykdommer, punkt 17 (*leddgikt* og *Bekhterev sykdom*) og punkt 35 (alvorlig symptomgivende *slitasjegikt* i hofte og knær). Ved disse sykdommene brukes ofte NSAIDs og andre midler som kan gi *ulcus*. Det er færre legemidler som er godkjent for refusjon under disse punktene enn under refusjonspunkt 41b.

Det finnes andre diagnoser som vi antar enkelte leger bruker når de forskriver på blå resept. Dette er tilgrensende diagnoser som i seg selv ikke gir grunnlag for refusjon. De kan imidlertid gi betennelse i spiserøret og dermed danne grunnlag for refusjon.

Barretts øsofagus

Barretts øsofagus vil si at en del av slimhinnen nederst i spiserøret er omdannet til slimhinne med annen epitelialdekning enn det normale på dette stedet. Slik omdannelse av slimhinnen er en komplikasjon til alvorlig *refluksøsofagitt*, og representerer en forøket risiko for utvikling av kreft i spiserøret. Funn av Barretts øsofagus betyr at pasienten har eller har hatt alvorlig grad av *refluksøsofagitt*, og det er grunnlag for refusjon.

Schatzkis ring i spiserøret

I spiserøret finnes det hos noen individer folder eller ringer som forsnævrer lumen i forskjellig grad. Disse kan finnes i ulike deler av spiserøret, og mens noen anses å være medfødt, kan andre være ervervet. En slik ring nederst i spiserøret, ved overgang mellom magesekk- og spiserørslimhinne, har fått betegnelsen *Schatzkis ring*. Denne kan gi betydelige svelgvansker med klart behandlingsbehov, men finnes også i mindre uttalt grad hos personer som ikke har sykdomssymptomer fra spiserøret. Årsaken til at *Schatzkis ring* oppstår er ikke fullt klarlagt. Det foreligger resultater av undersøkelser som ikke tyder på at andre tegn på *gastroøsofageal refluks* sykdom er hyppigere hos personer med *Schatzkis ring* enn hos andre. Det kan likevel ikke utelukkes at det finnes ringer med ulik årsak i nedre del av øsofagus og at noen av disse kan være forårsaket av *gastroøsofageal refluks* sykdom.

Mallory-Weiss syndrom

Blødning fra øvre gastrointestinaltraktus som følge av rift i slimhinnen i spiserør eller overgang mellom spiserør og magesekk. Syndromet er assosiert med kronisk alkoholisme, og er vanligvis forårsaket av kraftige eller hyppige brekninger eller hoste. De kan også være forårsaket av epileptiske kramper. Riftene heles normalt i løpet av 10 dager. Det er sjelden behov for operasjon. Det kan gis syrehemmende preparater, H₂-blokkere eller PPI. Ved stort blodtap kan det være aktuelt med blodtransfusjoner. Gjentakende blødninger er sjelden.

Øsofagale varicer

Varicer (åreknuter) i spiserøret kan være uten symptomer, eller de kan vise seg ved blødning fra spiserøret. Tilstanden skyldes oftest alkoholisme, sjeldnere er det leverchirrose på annen basis eller portvenetrombose. Portal hypertensjon forårsaker klinisk obstruksjon av venøs drenering fra øsofagusvenene til portvenen til lever, og blødende varicer er en livstruende komplikasjon som

krever sykehusinnleggelse. Øsofagusvaricer kan blant annet behandles med endoskopisk sklerosering.

Det er enkelte diagnoser som ikke har grunnlag for refusjon, men som vi antar feilaktig brukes for forskrivning på blå resept på pkt. 41b:

Hiatushernie

Påvisning av hiatushernie (mellomgulvsbrokk) styrker mistanke om at det foreligger en reflukssykdom. Denne tilstanden forekommer hyppig, og er sjelden av betydning alene ved refluksøsofagitt. Påvisning av hiatushernie er ikke grunn nok alene til å gi refusjon.

Cardiainsuffisiens

Cardiainsuffisiens vil si at lukkemekanismen i overgangen mellom spiserør og magesekk ikke fungerer optimalt, slik at innholdet fra magesekken kan lekke tilbake opp i spiserøret. Dette disponerer for utvikling av refluksøsofagitt, men er ikke i seg selv synonymt med slik øsofagitt. Denne diagnosen er ikke grunn nok alene til å gi refusjon.

Reflukssykdom uten refluksøsofagitt/symptomatisk gastroøsofageal refluks

Det forekommer flere diagnoser som kommer innunder denne beskrivelsen, for eksempel cardiainsuffisiens uten makroskopisk øsofagitt, gastroøsofageal reflukssykdom uten øsofagitt refluksøsofagitt grad 0, ingen synlig patologi. Disse diagnosene var satt på bakgrunn av endoskopi, og regelverket forutsetter et objektivt funn før det kan gis refusjon. Det er derfor ikke grunnlag for å gi refusjon på bakgrunn av disse diagnosene.