



Arbeids – og velferdsetaten

Kontrollrapport

Legers forskrivning på blå resept

Kontroll 3/2007

Sykdomspunkt 42a, etablert osteoporose



Utarbeidet av: NAV Helsetjenesteforvaltning

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR KONTROLL	4
1.2 VILKÅR FOR REFUSJON	4
1.3 OMSETNINGSTALL	4
2 METODE	5
2.1 REFUSJONSVILKÅR OG KONTROLLPUNKT	5
2.2 UTPLUKKSKRITERIER	6
2.3 INNHENTING AV DOKUMENTASJON	6
3 RESULTATER OG DISKUSJON	7
3.1 INNSENDT DOKUMENTASJON	7
3.2 ETTERLEVELSE AV REGELVERKET	8
3.2.1 <i>Type brudd på regelverk</i>	8
3.3 TRENDUTVIKLING FOR KONTROLLER PÅ ETABLERT OSTEOPOROSE	9
4 INNSPILL OG KOMMENTARER	10

SAMMENDRAG

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av reglene for forskrivning på blå resept. Det vises i denne sammenheng til 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 legers forskrivning på blå resept, og for å øke legers forståelse for ordningen og regelverket. Informasjon er en viktig del av dette arbeidet.

Metode

Kontrollstrategien er basert på vurderinger av risiko. Høye omsetningstall og mistanke om feilforskrivning er bakgrunnen for hvilket sykdomspunkt som skal kontrolleres. For alle punkt i sykdomslisten, som fremgår av blåreseptforskriften § 9, er det definert refusjonsvilkår for pliktmessig dekning.

Det ble plukket ut 600 resepter i kontrollen, men av ulike årsaker måtte noen utgå og vi satt derfor igjen med 589 resepter. Etter utplukket av reseptene ble forskrivende lege tilskrevet for innhenting av relevante journalopplysninger. Reseptene ble deretter kontrollert mot innsendt dokumentasjon, og vurdering ble gjort for hver enkelt forskrivning. Farmasøytene i NAV Helsetjenesteforvaltning, eventuelt i samråd med rådgivende lege, har gått gjennom reseptene og dokumentasjon som legene har sendt inn. Det understrekes at kontrollen omfatter legenes etterlevelse av blåreseptforskriften, ikke deres medisinske vurdering.

Resultat

Det ble mottatt tilstrekkelig dokumentasjon fra legene til å kunne konkludere i 422 av totalt 589 forskrivninger. I 66 % av disse 422 forskrivningene var refusjonsvilkårene ikke oppfylt. Av dette følger at vilkårene var fulgt i 34 % av tilfellene. Hovedkonklusjonen er at andelen forskrivninger som ikke er i samsvar med regelverket, er relativt høy. Hovedgrunnen til feilforskrivning er at det ikke er foretatt beinmasse måling.

Oppfølging av kontroller

Det blir ikke fattet vedtak i sakene, men legen mottar brev fra NAV Helsetjenesteforvaltning regionkontor med vurderinger av hvorvidt han/hun har etterlevd regelverket for forskrivning av den aktuelle resepten. Rapporten fra kontrollen videreformidles til overordnede myndigheter og publiseres på <http://www.nav.no/107374947.cms>.

1 INNLEDNING

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften gitt med hjemmel i 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 for det aktuelle sykdomspunktet, strategiske føringer fra overordnet myndighet og om det er kontrollerbare kriterier knyttet til legemidlene og sykdomspunktet. Dette er ikke en kontroll av legenes medisinske vurderinger, men om kriteriene for refusjon er oppfylt og dokumentert.

1.1 Bakgrunn for kontroll

Det er tidligere utført en kontroll på etablert osteoporose i 2005. Andelen forskrivninger som ikke var i samsvar med regelverket den gangen var lav, med 16 %. 1. mars 2006 ble regelverket på refusjonspunkt 42a endret, noe som har initiert denne kontrollen. Endringen innebar at det ble innført krav til beinmassemåling.

1.2 Vilkår for refusjon

Gjeldende refusjonsvilkår knyttet til blåreseptforskriften § 9 sykdomspunkt 42a:

Etablert osteoporose (postmenopausal osteoporose og osteoporose med annen årsak)
Merknader til bokstav a (bisfosfonater): Beinmasse (BMD / BMC) 2,5 standardavvik eller mer under gjennomsnittet til friske, unge, voksne kvinner/menn (T-score <-2,5) og ett eller flere lavenergibrudd (osteoporosebrudd).

1.3 Omsetningstall

I 2006 ble det utbetalt 117 millioner kroner i refusjon på legemidlene under 42a. Som det kommer fram av tabellen er dette en nedgang på 53 millioner kroner fra 2005. Samtidig har antall brukere og omsetning i doser gått opp. Nedgangen skyldes derfor ikke mindre bruk, men lavere priser etter at trinnpris ble innført 1.12.2005 på alendronsyre.

Refusjonspunkt 42a¹

	Antall brukere	Omsetning i kroner	Omsetning doser (DDD)
2005	55 293	170 537 341	14 421 336
2006	58 783	117 092 250	15 177 380

Tabell 1. Omsetning på sykdomspunkt 42a

¹ Tallene er hentet fra Reseptregisteret

2 METODE

Metoden for gjennomføring av kontrollene skal bidra både til å kartlegge omfanget av feilforskrivning og til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften. Kontrollen er basert på et tilfeldig utvalg av resepter plukket ut fra innsendte apotekoppgjør. Kontrollene blir initiert på nasjonalt nivå, men gjennomføres regionalt². Det kontrolleres vanligvis 100 resepter fra hver region, totalt ca 600 resepter. Utvalget består av resepter som ble utstedt fra april 2006 til mai 2007, men ekspedert i perioden 1. april 2007 – 31. mai 2007.

Etter utplukk av resepter, ble rekvirerende leger tilskrevet for innhenting av journalopplysninger. Legene blir i brevet bedt om å kun sende relevante journalopplysninger for det aktuelle sykdomspunktet. Journalføring av forskrivningen skal blant annet vise hvilken diagnose som ligger til grunn for forskrivningen. Øvrige kontrollpunkt varierer, avhengig av hvilket sykdomspunkt som er gjenstand for kontroll.

Selve kontrollen består av en gjennomgang av resept mot innhentet dokumentasjon for å kunne fastslå om regelverket er fulgt. Farmasøytene i NAV Helsetjenesteforvaltning, eventuelt i samråd med rådgivende lege, vurderer 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 hun/han 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

Følgende refusjonsvilkår ble kontrollert:

- 1) Beinmasse (BMD / BMC) 2,5 standardavvik eller mer under gjennomsnittet til friske, unge, voksne kvinner/menn. (T-score <-2,5)
- 2) ett eller flere lavenergibrudd (osteoporosebrudd)

² Kontrollene utføres av NAV Helsetjenesteforvaltnings seks regionkontor.

2.2 Utplukkskriterier

Resepter ekspedert i perioden 1. april 2007 – 31. mai 2007 ble plukket ut av regionenes apotekoppgjør.

Det ble valgt ut resepter der det var rekvirert følgende legemidler på refusjonspunkt 42a:

- Alendronat
- Fosamax
- Didronate
- Didronate +calcium
- Optinate

Videre ble følgende krav stilt:

- Kun ferdigekspederte resepter
- Vedtaksresepter (§§ 10a og 2) skulle ikke inngå i utplukket.
- Det skulle maksimalt plukkes ut tre resepter per lege.

2.3 Innhenting av dokumentasjon

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

- Journalføring av den aktuelle forskrivningen inkludert:
 - Resultat av beinmassemåling
 - Hvorvidt det foreligger ett eller flere lavenergibrudd (osteoporosebrudd)

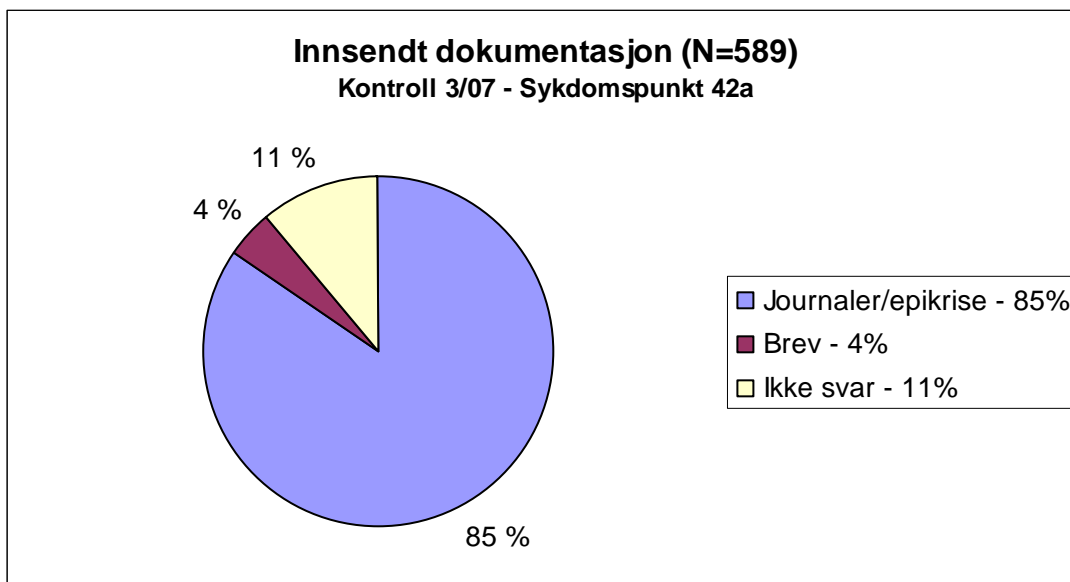
3 RESULTATER OG DISKUSJON

Det ble foretatt kontroll av 514 leger. Disse hadde i gjennomsnitt 1,14 forskrivninger hver. I utgangspunktet ble det etterspurt dokumentasjon for 600 forskrivninger hvorav 11 utgikk fra kontrollen. Med begrepet "utgår" menes at legen for eksempel er død, pensjonert eller har ukjent adresse. Av de resterende 589 forskrivninger ble det ikke innsendt dokumentasjon for 65 (11 %) forskrivninger til tross for purring.

3.1 Innsendt dokumentasjon

I kontrollen ble det mottatt svar i form av journalutskrift/epikrise for 498 av 589 forskrivninger. I 76 av disse 498 forskrivninger forelå ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å kunne konkludere. Dette skyldes sparsomme og uklare journalopplysninger. Det er altså 422 tilfeller vi har konkludert hvorvidt refusjonsvilkårene er oppfylt eller ikke.

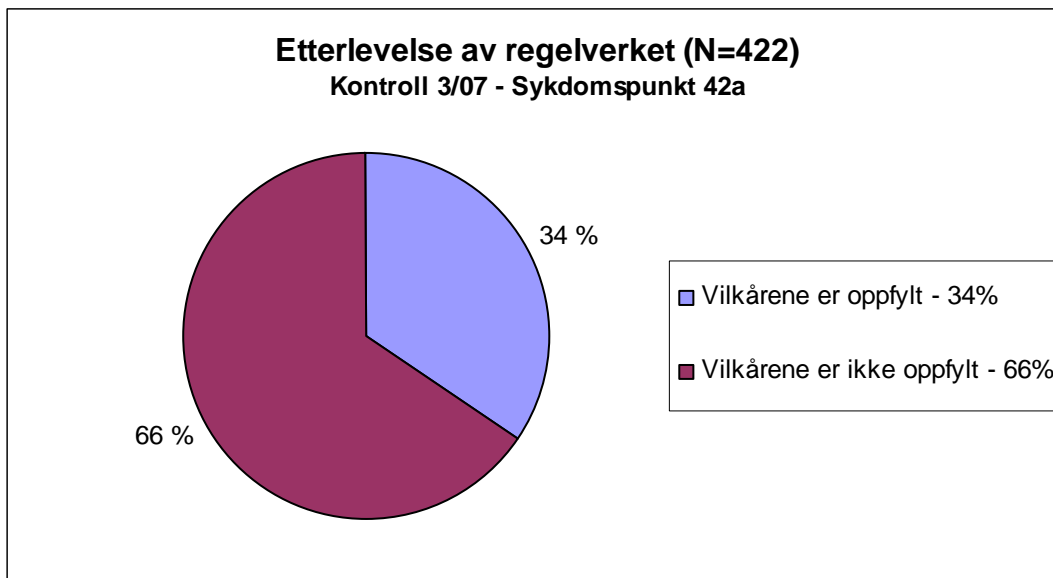
For 26 (4 %) av 589 forskrivninger ble det sendt inn opplysninger i brev form, som i følge kontrollmetodikken ikke godtas som gyldig dokumentasjon. I 5 av de 26 brevene har legene selv innrømmet brudd på vilkårene. Grunnet manglende dokumentasjon er disse blitt inkludert i kategorien "brev" og ikke i kategorien "Journaler/epikrise", i figur 1.



Figur 1. Prosentvis fordeling av resultater for innsendt dokumentasjon

3.2 Etterlevelse av regelverket

Av de 422 forskrivninger der det kan konkluderes, har kontrollen avdekket brudd på refusjonsvilkårene i 278 (66 %) av forskrivningene. Refusjonsvilkårene var oppfylt i 144 (34 %) av de 422 forskrivningene.

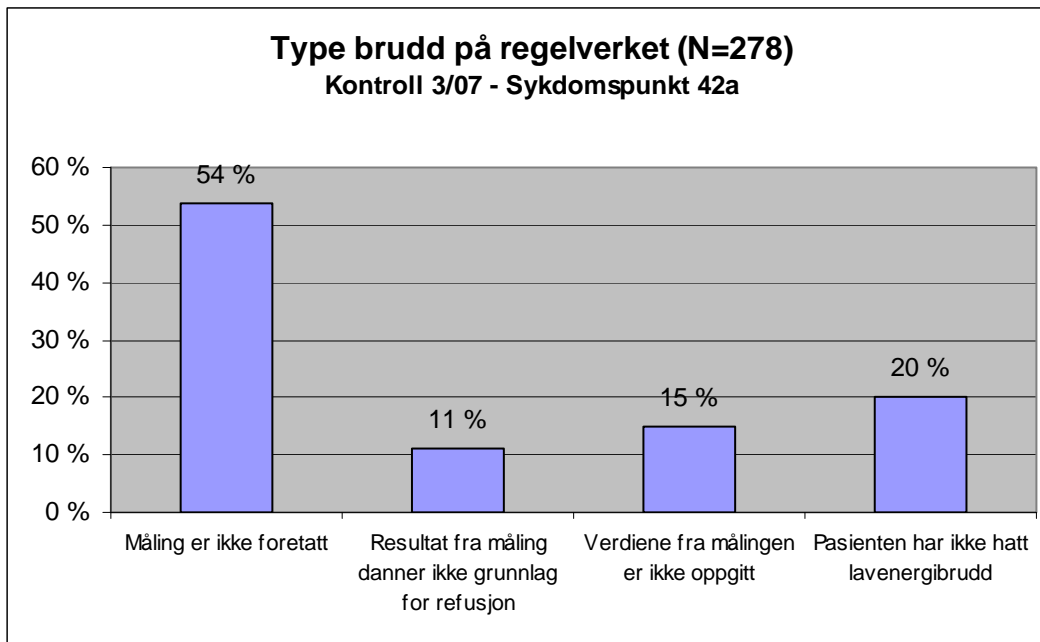


Figur 2. Etterlevelse av regelverket fordelt på forskrivninger der det kan konkluderes

Vurderingene i denne kontrollen er gjort på bakgrunn av innsendt dokumentasjon som er kommet i form av journal/epikrise. Hvis det for eksempel foreligger lavenergibrudd som legen ikke har dokumentert i journal eller epikrise vil dette ikke blitt fanget opp her. Det er dermed mulig at noen av de forskrivningene som ikke har oppfylt vilkårene i vår kontroll, faktisk har pasienter med rett til refusjon på blå resept, men hvor legen ikke har dokumentert dette på en riktig måte.

3.2.1 Type brudd på regelverk

Refusjonsvilkårene var ikke oppfylt i 278 av 422 tilfeller og den vanligste feilen er at det ikke er foretatt beinmassemåling til sammen i 54 % av de 278 forskrivningene. I 20 % av 278 tilfeller forelå ikke lavenergibrudd. For 15% av 278 tilfeller ble det foretatt beinmassemåling, men resultatet av beinmassemålingen var ikke dokumentert. For ytterligere 11% av 278 tilfeller ble det foretatt måling, men verdiene danner ikke grunnlag for refusjon etter sykdomspunkt 42a.



Figur 3. Årsak til at vilkårene ikke er oppfylt

3.3 Trendutvikling for kontroller på etablert osteoporose

I 2005 ble det foretatt en kontroll på forskrivning på sykdomspunkt etablert osteoporose. Kontrollen ble foretatt før de nye vilkårene var gjeldende, det vil si mens det enda ikke var et krav til beinmassemåling.

Andel saker hvor vilkårene ikke er oppfylt, har økt fra 25% i 2005 til 66% i 2007. På grunn av vilkårsendring kan ikke resultatene sammenlignes direkte. Vi ser av type brudd ved denne kontrollen, at økningen i hovedsak skyldes brudd på vilkår om beinmassemåling.

4 INNSPILL OG KOMMENTARER

Flere tilbakemeldinger fra legene sier at det ikke alltid er rimelig å kreve beinmassemåling. Noen eksempler på dette er hvor legene sier at det føles ikke riktig å måtte kreve beinmassemåling når pasienten allerede har hatt et lavenergibrudd, og røntgen har påvist nedsatt beinkalkholdighet, noe som tyder på relativt avansert osteoporose. Videre ble det påpekt at det ikke er hensiktsmessig å foreta beinmassemåling for pasienter som allerede står på behandling med bisfosfonater. Dette fordi slik behandling mest sannsynlig vil ha en effekt på sykdommen, og at verdiene fra målingene foretatt i slike tilfeller ikke vil gi et riktig bilde.

Vi foreslår at i disse tilfellene bør det spesifiseres at gjeldende krav til beinmassemåling kun gjelder behandlinger startet opp etter 01.03.06, og også at måling kun gjelder ved oppstart av behandling. Legemiddelverket har uttalt seg i e-post om at konsekvensene er urimelig hvis man tolker regelverket annerledes enn dette, siden det ikke var krav om måling før denne dato, og stopp av behandling ikke er rimelig.

Angående vilkår om lavenergibrudd har en del andre leger kommet med tilbakemeldinger om at det er uetisk å vente til pasienten har pådratt seg brudd før en kan starte opp refusjonsberettiget behandling med bisfosfonater når osteoporotiske beinmassemålinger foreligger.

Det fremstår som uklart om dekkplatekompresjoner er å anse som lavenergibrudd. Dersom Legemiddelverket er av oppfatning at dekkplatekompresjon ikke er å anse som lavenergibrudd, bør dette kommenteres i vilkårene.