

RAPPORT

Legers forskrivning på blå resept

**Kontroll 4/2009
Refusjonskoder K21/D84;
refluksøsofagitt/patologisk
refluks**

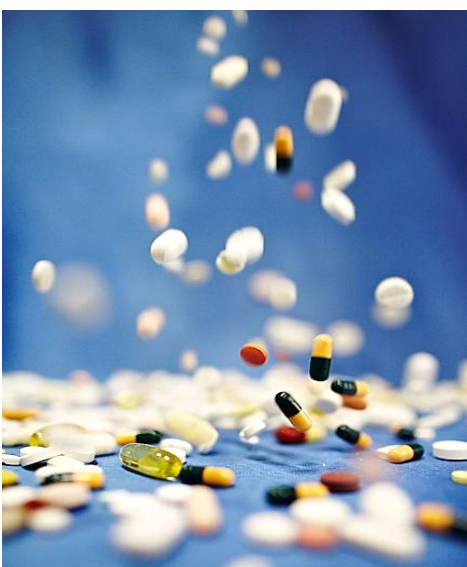


Foto: www.rakke.no

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR KONTROLL	5
1.2 VILKÅR FOR REFUSJON	6
1.3 OMSETNINGSTALL	7
2 METODE	9
2.1 REFUSJONSVILKÅRENE OG KONTROLLPUNKT	10
2.1.1 <i>Diagnose</i>	10
2.2 UTPLUKKSKRITERIER	11
2.3 INNHENTING AV DOKUMENTASJON	12
2.4 UTVALG AV KONTROLLGRUPPER	12
3 RESULTATER OG DISKUSJON	13
3.1 INNSENDT DOKUMENTASJON	13
3.2.1 <i>Etterlevelse av regelverket – eksperiment og kontrollgruppen</i>	14
3.2.2 <i>Forskrivninger der refusjonsvilkårene ikke er oppfylt</i>	15
3.2.3 <i>Type brudd der diagnosekravet ikke er oppfylt</i>	16
3.2.4 <i>Type brudd der diagnosekravet er oppfylt – brudd på øvrige vilkår</i>	17
3.2.5 <i>Forskrivninger der refusjonsvilkårene er oppfylt</i>	18
3.2.5.1 <i>Årsak til bruk av esomeprazol</i>	18
3.3 TRENDMÅLING	20
3.4 EFFEKTMÅLING	21
3.4.1 <i>Sammenligning av gruppene over tid – før og etter tiltak</i>	22
3.4.2 <i>OPPSUMMERING AV RESULTATENE FRA EFFEKTMÅLING</i>	24
4 INNSPILL OG KOMMENTARER	26
4.1 ENDRINGER I REFUSJONSVILKÅR	26
VEDLEGG I – TILGRESENDE DIAGNOSER	27

SAMMENDRAG

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. På denne bakgrunn 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.

I denne kontrollen vil vi igjen se på refusjonsvilkårene for forskrivninger av syrepumpehemmere etter refusjonskodene K21 og D84. Det ble innført foretrukket legemiddel for denne legemiddelgruppen 1. februar 2007. Det har vært gjennomført kontroller av forskrivninger med sykdomspunkt 41b/refusjonskode K21 og D84 fem ganger tidligere (2004, 2005, 2006, 2007 og 2008). Metoden for kontroll 4/2009 tilsvarer kontrollene som ble gjennomført i 2007 og 2008. Formålet for alle tre kontrollene har vært å undersøke om refusjonsvilkårene for forskrivning av de ikke foretrukne legemidlene var oppfylt. Denne kontrollen hadde i tillegg som formål å fremskaffe kunnskap om i hvilken grad det å bli underlagt blåreseptkontroll påvirker legenes etterlevelse av refusjonsvilkårene.

Metode

Kontrollstrategien er basert på vurderinger av risiko. Høye omsetningstall og sannsynlighet for feil forskrivning er normalt bakgrunnen for at en refusjonskode / legemiddelgruppe blir valgt til kontroll. Ordningen med foretrukket legemiddel er ønskelig å kontrollere etter som det er store prisforskjeller mellom legemidlene, samtidig som de brukes av mange pasienter.

Det inngikk 1200 forskrivninger i kontrollen. Etter utplukket ble forskrivende lege tilskrevet for innhenting av relevante journalopplysninger. Forskrivningen ble deretter kontrollert mot innsendt dokumentasjon, og vurdering ble gjort for hver forskrivning. Farmasøytene i Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), eventuelt i samråd med rådgivende lege, vurderte så om de enkelte forskrivningene oppfylte gjeldende refusjonsvilkår.

Effektmåling

Et mål med denne kontrollen er å kunne uttale seg om det å ha vært med på en blåreseptkontroll og mottatt spesifikk informasjon om forskrivningsvilkårene for en legemiddelgruppe, fører til bedre etterlevelse på området. Det er tatt utgangspunkt i kontroll 5-2007 og kontroll 4-2008. Eksperimentgruppen i denne kontrollen ble gjenfunnet blant forskrivninger fra 624 leger (55 %) som har vært med i kontroll 5-2007 og/eller 4-2008. Kontrollgruppen bestod av 576 leger, som tilhørte populasjonen i kontroll 5-2007 men som da ikke ble trukket ut til kontroll. Til sammen inngikk 1200 leger i kontrollen som oppsummeres i denne rapporten.

Resultater

Det ble mottatt tilstrekkelig dokumentasjon fra legene til å kunne konkludere i 931 forskrivninger av totalt 1200 etterspurte. I 568 (61%) av de 931 forskrivningene var refusjonsvilkårene ikke oppfylt. Av dette følger at vilkårene var oppfylt i 363 (39%) av forskrivningene. Feilforskrivning skyldes blant annet en oppfatning om at gastroøsofageale reflukssykdommer generelt, med tilgrensende

diagnoser, utløser pliktmessig refusjon på refusjonskodene K21 og D84. Eksperimentgruppen og kontrollgruppen viste kun små forskjeller i fordelingen mellom årsakene til at diagnosekravet ikke var oppfylt. For de fleste forskrivningene der diagnosekravet var oppfylt, var årsaken til at refusjonsvilkårene ikke var oppfylt, knyttet til vilkåret om foretrukket legemiddel. Det var også her kun små forskjeller mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen.

Oppfølging av kontrollen

Det blir ikke fattet vedtak i sakene, men legen mottar brev fra HELFOs regionkontor med vurderinger av hvorvidt legen har etterlevd regelverket for forskrivning på blå resept.

Rapporten fra kontrollen viderefremidles til overordnede myndigheter og publiseres på <http://www.helfo.no/helsepersonell/lege/sider/rapporter-fra-blareseptkontroller.aspx>.

1 INNLEDNING

Formålet med blåreseptkontrollene er å bidra til bedre etterlevelse av blåreseptforskriften gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 2. Kontrollstrategien er basert på vurdering av risiko. Helseøkonomiforvaltningen velger kontrollpunkter ut fra mistanke om feil forskrivningspraksis, høye omsetningstall, strategiske føringer fra overordnet myndighet og om vilkårene er kontrollerbare. Dette er ikke en kontroll av legenes medisinske vurderinger, men om kriteriene for refusjon er oppfylt og dokumentert. Informasjon er en vesentlig del av dette arbeidet, og skal bidra til å øke legers forståelse for blåreseptordningen og regelverket.

1.1 Bakgrunn for kontroll

Med hjemmel i blåreseptforskriften § 2, jf. refusjonskodene K21/D84, refunderes legemidler av typen syrepumpehemmere pliktmessig på blå resept etter bestemte vilkår. Dette er legemidler som er svært mye brukt. Prisen varierer mellom de ulike syrepumpehemmerne, men kostnaden per døgndose er relativt høy¹ for denne gruppen.

1. februar 2007 ble det innført nye refusjonsvilkår for forskrivning av syrepumpehemmere ved behandling av refluksøsofagitt/patologisk refluks. Omeprazol, pantoprazol og lansoprazol ble valgt som foretrukket legemiddel. De foretrukne legemidlene skal heretter forsøkes før esomeprazol eventuelt kan benyttes, med visse forbehold².

Det har vært gjennomført kontroller på sykdomspunkt 41b/refusjonskode K21 og D84 fem ganger tidligere (2004, 2005, 2006, 2007 og 2008). Denne kontrollen tilsvarer kontrollene som ble gjennomført i 2007 og 2008.

Denne kontrollen har i tillegg som formål å fremskaffe kunnskap om i hvilken grad det å bli underlagt blåreseptkontroll, påvirker legenes etterlevelse av refusjonsvilkårene.

¹ Se avsnitt 1.3.

² Se avsnitt 1.2.

1.2 Vilkår for refusjon

Refusjonsberettiget bruk:

Refluksøsofagitt. Patologisk refluks.

Refusjonskode:

<i>ICPC</i>		<i>Vilkår nr</i>	<i>ICD</i>		<i>Vilkår nr</i>
D84	Gastroøsofageal refluxsykdom	12 127 155	K21	Gastroøsofageal reflukssykdom	12 127 155

Vilkår:

12	Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller barnesykdommer, eller på sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.
127	Lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol skal prøves først. Forskrivning av andre syrepumpehemmende midler kan bare initieres når minst ett av følgende vilkår er oppfylt. Årsaken skal dokumenteres i journalen: - Optimalisert behandling med enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol er forsøkt i minst 4 uker uten tilfredsstillende effekt. - Andre tungtveiende medisinske grunner tilsier at verken lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol kan benyttes.
155	Hos pasienter med langvarige, betydelige symptomer med endoskopisk verifisert refluksøsofagitt eller påvist patologisk refluks ved 24-timers pH-måling. Hvis endoskopi eller pH-måling av tungtveiende medisinske grunner ikke kan gjennomføres eller det er særlige forhold som gjør tolkingen av undersøkelsene vanskelig, må årsaken journalføres.

I tillegg er det et generelt krav for forskrivning på blå resept at det er behov for langvarig behandling. Med "langvarig" skal det forstås at pasienten har behov for behandling i minst tre måneder i løpet av et år. Normalt vil pasienter med refluksøsofagitt eller patologisk refluks ha behov for langvarig behandling. I denne kontrollen ble det derfor lagt mindre vekt på dette kravet.

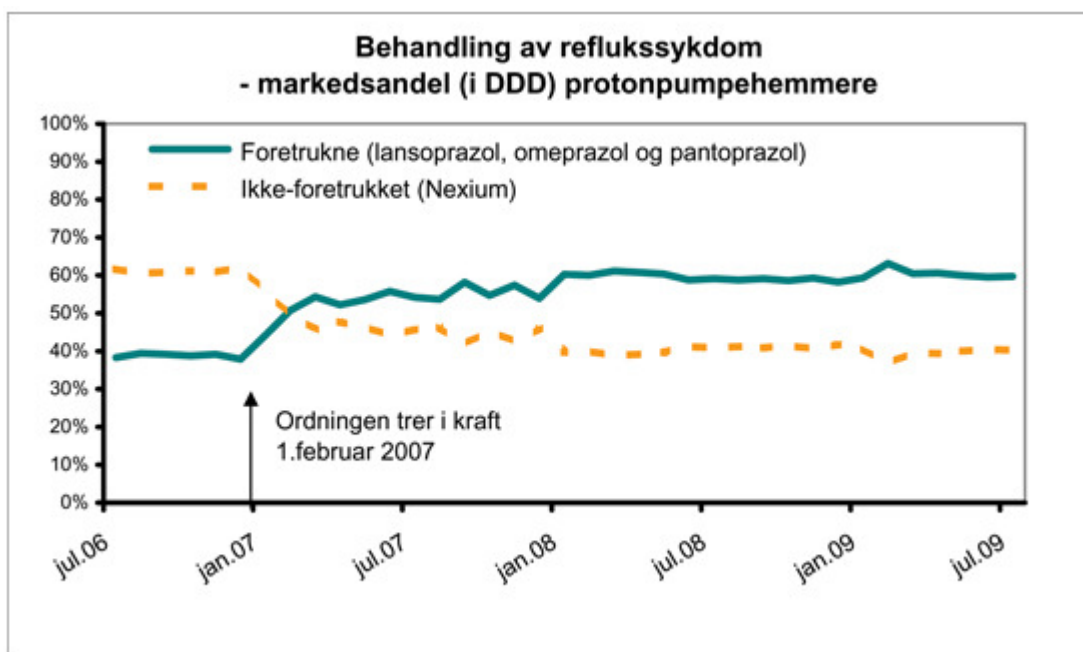
1. januar 2008 fikk de tre foretrukne legemidlene også forhåndsgodkjent refusjon ved "Palliativ behandling i livets slutfase av medikamentindusert ulcus". Esomeprazol er imidlertid ikke omfattet av denne refusjonskoden.

1.3 Omsetningstall

Definerte døgndoser (DDD) brukes som måltall for den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Markedsandeler i DDD fra Farmastat og tall fra Reseptregisteret viser at forbruksmønsteret for behandling av GØRS med syrepumpehemmer er vesentlig endret siden innføringen av foretrukket legemiddel. Markedsandelen for de foretrukne syrepumpehemmerne har økt fra ca. 38 % i desember 2006, til dagens nivå på omtrent 60 %. Mye tyder på at ordningen fungerer best ved oppstart av behandling. Ordningen kan ha betydelige økonomiske konsekvenser etter som det er store prisforskjeller mellom legemidlene, samtidig som de brukes av mange pasienter.

I 2008 gjorde Statens legemiddelverk en revurdering av refusjonsstatus for esomeprazol, men valgte å beholde refusjonsvilkårene som de var og heller gjennomføre informasjonskampanjer for å stimulere til riktig og kostnadseffektiv bruk av legemidlene. Bakgrunnen for denne konklusjonen var blant annet at patentsituasjonen trolig vil endre seg for esomeprazol i løpet av de nærmeste årene.³



Tabell 1: Forbruksmønster etter innføring av foretrukket legemiddel

(Kilde: Staten legemiddelverk)

³ Opplysningene er hentet fra www.legemiddelverket.no

Prisforskjellene mellom de tre foretrukne legemidlene og ikke foretrukket legemiddel (esomeprazol), vises i tabellen nedenfor:

Virkestoff	Definert døgndose (DDD) i mg ⁴	Pris per døgn ⁵	Prisforskjell per døgn i forhold til rimeligste alternativ	
			NOK	%
Lansoprazol	30	2,82		
Pantoprazol	40	3,07	0,25	8,9
Omeprazol	20	3,82	1,00	35,5
Esomeprazol	30	7,70	4,88	173

Tabell 2: Døgndosepriser og prisforskjell mellom foretrukne og ikke foretrukne legemidler

⁴ DDD er en måleenhet som angir den antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne. DDD er hentet fra WHO Norge, sist oppdatert 27. oktober 2009.

⁵ Opplysningene om pris er hentet fra www.legemiddelverket.no, pris og refusjonsoversikt, oppdatert 1.februar 2010.

2 METODE

Kontrollene skal bidra til både å kartlegge omfanget av feilforskrivning og å bedre etterlevelsen av blåreseptforskriften. Kontrollene er basert på et tilfeldig utvalg av forskrivninger. Utplukket er basert på data hentet fra APOK⁶. Kontrollene blir initiert på nasjonalt nivå, men gjennomføres regionalt⁷. Det kontrolleres vanligvis 100 resepter fra hver region, totalt 600 resepter. Metoden som er blitt fulgt i denne kontrollen skiller seg fra den som vanligvis følges ved gjennomføring. I tillegg til å kontrollere forskrivningspraksis, ønsker vi her å måle effekten av tidligere kontrolltiltak.

Avviket i metode ligger dels i utvelgelsen av forskrivninger til kontroll, og dels i sammenlikningen mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen. Det gjøres nærmere rede for det alternative utplukket i avsnitt 2.4 (utvalg av kontrollgrupper). Metoden for sammenlikning av gruppene blir gjennomgått i avsnitt 3, under resultater og diskusjon. Nedenfor beskrives videre standard metode for blåreseptkontroll, som i sin helhet ble fulgt ved denne kontrollen.

Etter utplukket av resepter blir rekvirerende lege tilskrevet for innhenting av relevante journalopplysninger for de aktuelle refusjonskodene. Journalopplysninger skal blant annet vise hvilken diagnose som ligger til grunn for forskrivningen. Øvrige kontrollpunkt varierer i forhold til refusjonskodene som kontrolleres.

Selve kontrollen består av en gjennomgang av forskrivningsdata mot innhentet dokumentasjon for å kunne fastslå om regelverket er fulgt. Farmasøytene i HELFO, 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 HELFO med en vurdering av hvorvidt legen har etterlevd regelverket for forskrivning av det aktuelle legemidlet på blå resept. I brevet får legen også informasjon om gjeldende vilkår for refusjon.

Etter at kontrollen er avsluttet, blir alle innsendte journalopplysninger makulert.

⁶ APOK er et elektronisk overleveringssystem for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

⁷ Kontrollen utføres av HELFOs seks regionskontor.

2.1 Refusjonsvilkårene og kontrollpunkt

Med utgangspunkt i refusjonsvilkårene ble følgende kontrollert:

- Diagnose verifisert ved objektivt funn: Syrepumpehemmende midler er refusjonsberettiget etter refusjonskode K21/D84 for diagnosene refluksøsofagitt og patologisk refluks. Refluksøsofagitt forutsettes verifisert endoskopisk. Patologisk refluks skal være påvist ved 24-timers pH-måling.
- Instituering: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller pediatri, eller på tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus.
- Optimalisert behandling med foretrukket legemiddel: Ved oppstart av behandling skal lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol prøves først i minst 4 uker, uten tilfredsstillende effekt.
- Andre tungtveiende medisinske grunner for bruk av esomeprazol; som tilsier at verken lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol kan benyttes.

2.1.1 Diagnose

Øsofagitt er en objektiv skade på slimhinnen i spiserøret (øsofagus) med tilhørende inflammatoriske forandringer. Refluksøsofagitt er betennelse i spiserøret som skyldes tilbakestrømming (refluks) av surt innhold fra magesekken til spiserøret. De klassiske symptomene er halsbrann og oppstøt. For mer informasjon om tilgrensende diagnoser, se vedlegg I.

Protonpumpeinhibitorer (PPI) er en legemiddelgruppe som virker hemmende på produksjon av syre i magesekken. Dette er spesielt gunstig dersom det foreligger erosjoner i gastrointestinaltractus (mage/tarm kanalen). En kur med PPI vil da hemme syreproduksjonen i en slik grad at erosjonen kan leges. Det er flere virkestoff i gruppen PPI. Omeprazol, pantoprazol og lansoprazol ansees som likeverdige både mht effekt og kostnad, og skal forsøkes først ved forskrivning på blå resept.

Esomeprazol kan kun benyttes der det ikke oppnås effekt av 4 ukers behandling med et av de foretrukne PPI eller der det har oppstått bivirkninger av alle de tre foretrukne PPI. Kun ved enkelte alvorlige diagnoser kan man starte direkte med esomeprazol, fordi man her har behov for maksimal syrehemming. Men også her kan man ved oppnådd sykdomskontroll gå over til de foretrukne PPI.

2.2 Utplukkskriterier

- Alder 18 til 75 år
- ATC-kode: A02BC05 "Esomeprazol" (Nexium)
- Ekspederingsperiode: Resepter *utstedt* f.o.m. 01.04.09 t.o.m. 31.05.09
- Ekspederingsperiode: Resepter *utlevert* f.o.m. 01.04.09 t.o.m. 31.05.09
- Kun *uten* vedtak
- Ikke fysisk resept (data hentet fra APOK)
- Alle forskrivninger (både ferdigekspederte og ikke-ferdige).

Følgende vurderinger ble foretatt ved utplukket:

- *Alder 18-75 år*; er identisk med kontroll 5-2007 og 4-2008.
- *Ekspederingsperiode*; Det ble valgt å bruke forskrivninger utstedt f.o.m. 01.04.09 t.o.m. 31.05.09. Det var derfor ikke hensiktsmessig å plukke fysiske resepter, fordi en stor del av refusjonsberettigede resepter er reitererte. Dette var også tilfellet i kontroll 5-2007 og 4-2008. Utleveringsperioden for denne kontrollen ble redusert til 2 måneder i motsetning til 3 måneder på kontroll 5-2007 og 4-2008. Dette kunne gjøres fordi vi i løpet av denne 2-månedersperioden oppnådde tilstrekkelig mange forskrivninger.

Dette søket utgjorde en populasjon bestående av alle leger som hadde forskrevet en resept på esomeprazol i april og mai 2009. Fra denne populasjonen ble det identifisert forskrivninger fra 2 ulike grupper:

- Ekspérimentgruppen: Leger som tidligere ble kontrollert i kontroll 5-2007 og/eller kontroll 4-2008.
- Kontrollgruppen: Leger som tilhørte populasjonen i kontroll 5-2007, men som den gang ikke ble trukket ut til kontroll, og andre leger som ikke har vært kontrollert etter dette refusjonsvilkåret tidligere (etter regelverksendring 1. februar 2007).

Alle leger som ble gjenfunnet i ekspertgruppen ble inkludert i denne kontrollen. Det ble så gjort et tilfeldig utvalg i kontrollgruppen, til hver region hadde nådd 200 forskrivninger. Til sammen inngikk 1200 forskrivninger for alle regioner.

Hver lege er representert med kun en forskrivning.

2.3 Innhenting av dokumentasjon

Etter utplukk av forskrivninger ble det sendt brev til rekvirerende lege for innhenting av journalopplysninger. Det ble presisert at HELFO ønsket utskrift av relevante deler av journal og/eller kopi av relevante deler av epikriser som viste følgende:

- Journalføring som viser at behandlingen er instituert av relevant spesialist
- Journalføring av resultat av endoskopi som viser refluksøsofagitt eller pH-måling som påviser patologisk refluks
- Journalføring som viser at omeprazol, lanzoprazol eller pantoprazol er prøvd uten tilfredsstillende effekt
- Journalføring av den aktuelle forskrivningen.

2.4 Utvalg av kontrollgrupper

2.4.1 Valg av studie design

Et delmål med denne kontrollen er å kartlegge om det å ha deltatt i en blåreseptkontroll, og mottatt spesifikk informasjon om forskrivningsvilkår, fører til bedre etterlevelse på området.

Forenklet fremstilt ble følgende to grupper kontrollert i kontroll 4-2009:

- Eksperimentgruppen, som består av forskrivningene til leger som tidligere har vært kontrollert på dette refusjonsvilkåret.
- Kontrollgruppen, som består av forskrivningene til leger som *ikke* har vært kontrollert på dette refusjonsvilkåret tidligere.

Leger i begge gruppene kan ha vært med på andre blåreseptkontroller tidligere. Vi ønsker altså å kunne si med en viss grad av sikkerhet om det er forskjell i etterlevelse av refusjonsvilkårene mellom leger som tidligere har vært utsatt for målrettet kontroll (eksperimentgruppen) og leger som ikke har vært utsatt for kontroll på området tidligere (kontrollgruppen). Tidsfaktorens betydning for grad av etterlevelse ble vurdert.

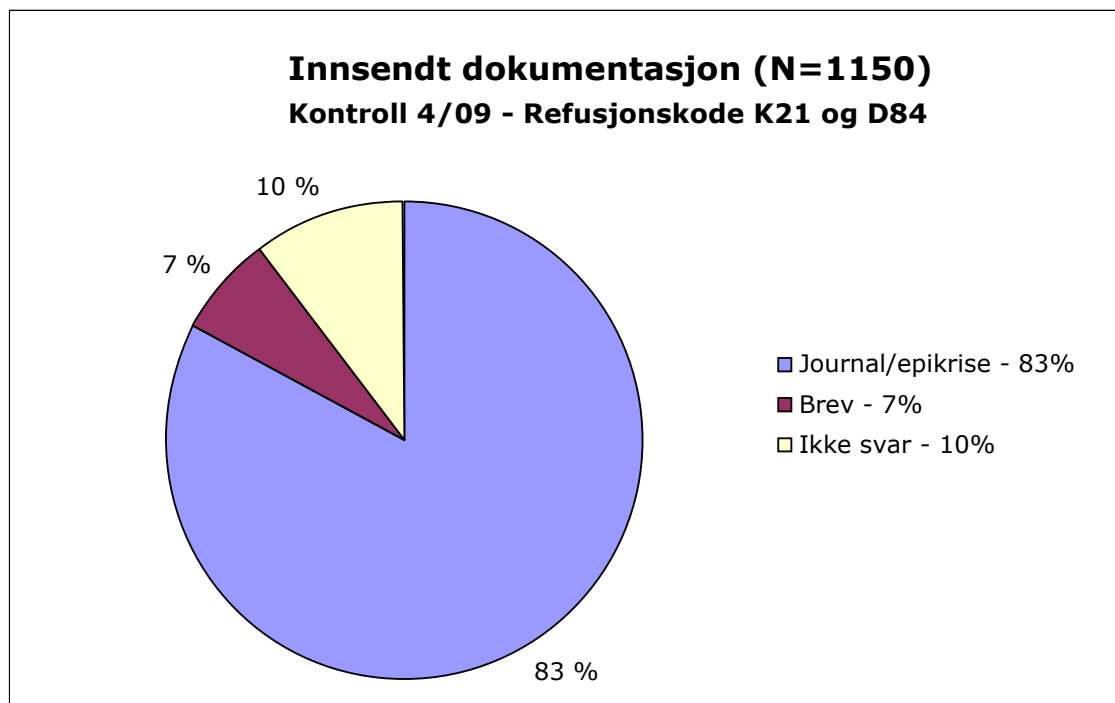
3 RESULTATER OG DISKUSJON

Det ble etterspurt dokumentasjon for 1200 forskrivninger, én forskrivning per lege. 624 av de 1200 forskrivningene tilhørte leger i eksperimentgruppen (kontrollert etter samme sykdomspunkt/refusjonskode i 2007 og/eller 2008), og de resterende 576 forskrivningene tilhørte leger i kontrollgruppen (ikke kontrollert etter disse refusjonsvilkårene tidligere). Av 1200 forskrivninger utgikk 50 fra kontroll, dermed gjensto 1150 forskrivninger til kontroll. Med begrepet "utgår" menes at legen for eksempel er død, pensjonert, har ukjent adresse eller at det var foretatt feil utplukk eller registrering. 16 av de 50 forskrivningene som utgikk tilhørte eksperimentgruppen (tidligere kontrollert), mens 34 av 50 forskrivninger tilhørte kontrollgruppen (ikke kontrollerte).

3.1 Innsendt dokumentasjon

I kontrollen ble det mottatt svar i form av journalutskrift/epikrise for 953 (83 %) av 1150 forskrivninger. For 22 av de 1150 forskrivningene forelå ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å kunne konkludere.

For 78 (7 %) av de 1150 forskrivninger ble det sendt inn opplysninger i brev form, som i følge kontrollmetodikken ikke godtas som gyldig dokumentasjon. Det ble ikke innsendt dokumentasjon for 119 (10 %) av 1150 forskrivninger til tross for purring.

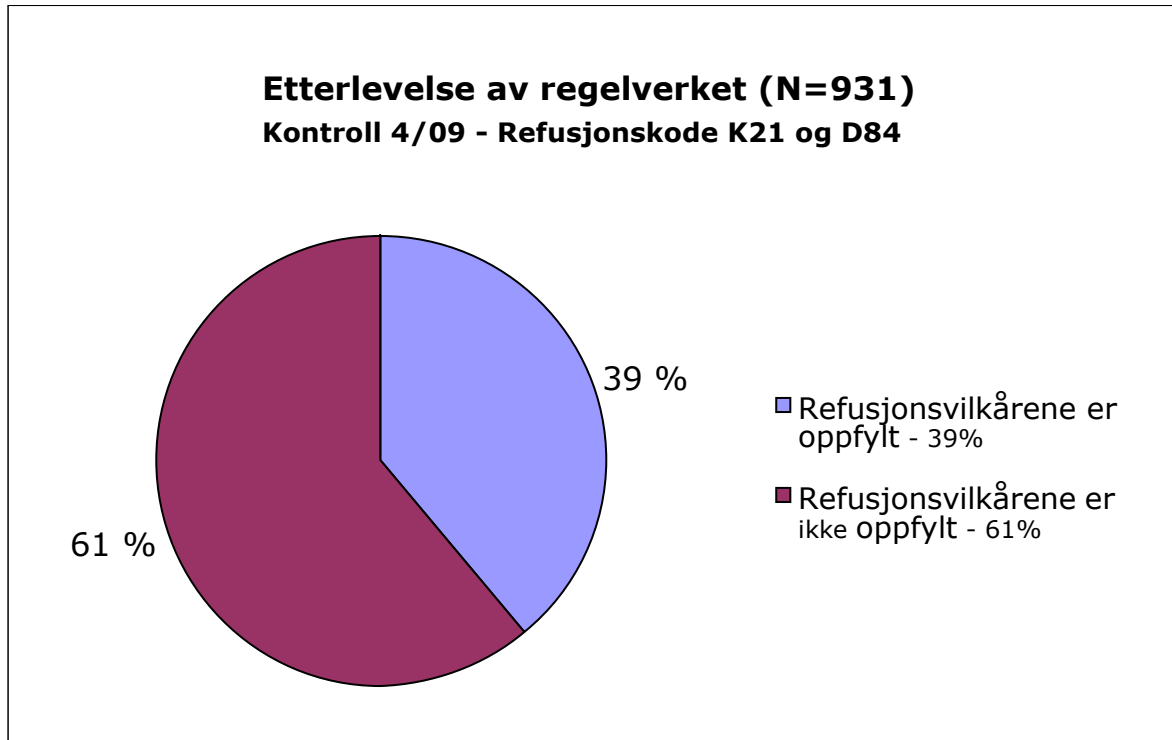


Figur 1. Prosentvis fordeling av innsendt dokumentasjon

For 9 av de 78 forskrivningene hvor svar ble sendt i form av brev har legene selv innrømmet brudd på refusjonsvilkårene.

3.2 Etterlevelse av regelverket

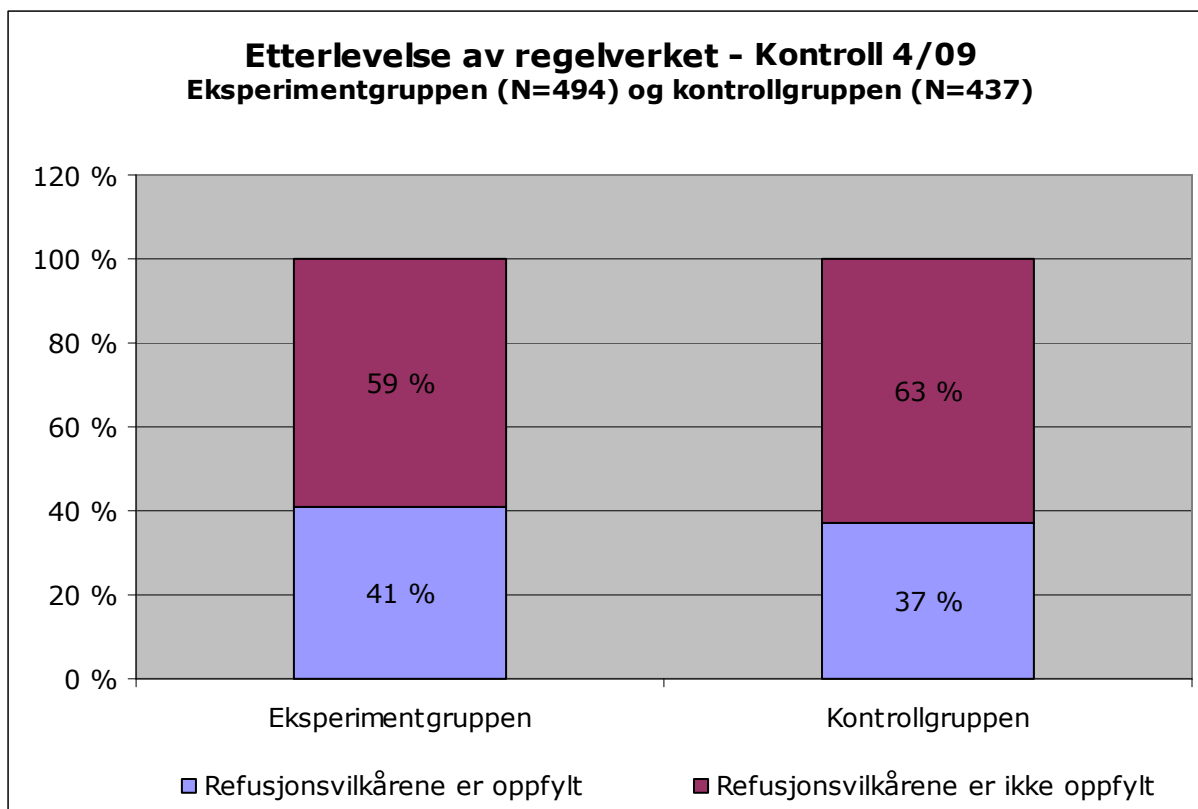
Av de 931 forskrivningene der det kan konkluderes har kontrollen avdekket brudd på refusjonsvilkårene i 568 (61 %) av forskrivningene. Refusjonsvilkårene er oppfylt i de resterende 363 (39 %) av forskrivningene.



Figur 2. Etterlevelse av regelverket for alle saker der det kan konkluderes

3.2.1 Etterlevelse av regelverket – eksperiment og kontrollgruppen

I eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) var vilkårene oppfylt for 203 forskrivninger (41 %) og ikke oppfylt for 291 forskrivninger (59 %). I kontrollgruppen (ikke kontrollerte) var vilkårene oppfylt for 160 forskrivninger (37 %) og ikke oppfylt for 277 forskrivninger (63 %).



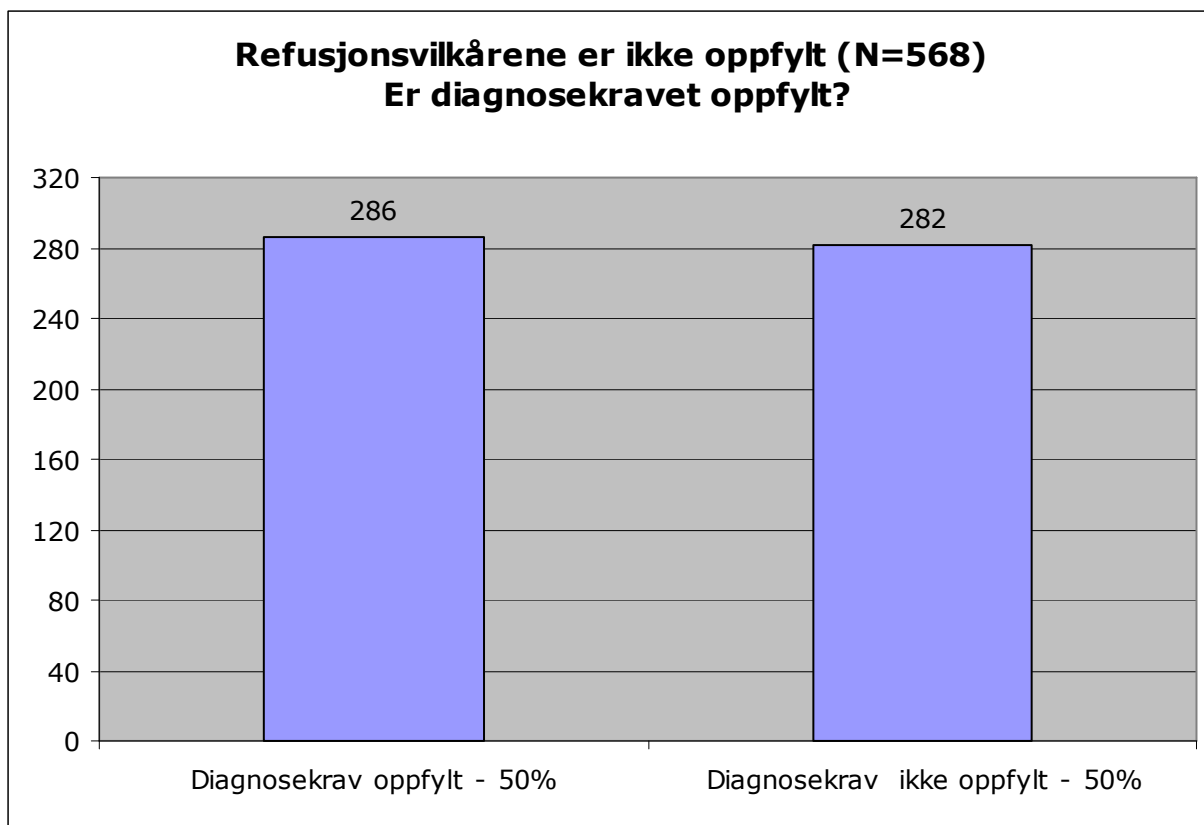
Figur 3. Etterlevelse av regelverket fordelt mellom eksperiment- og kontrollgruppen

Av figur 3 ser vi at det er noe høyere etterlevelse av refusjonsvilkårene i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) enn i kontrollgruppen (ikke kontrollerte).

3.2.2 Forskrivninger der refusjonsvilkårene ikke er oppfylt

Av de 931 forskrivninger der det kunne konkluderes, har kontrollen avdekket brudd på refusjonsvilkårene i 568 (61 %) av forskrivningene.

I 286 (50 %) av de 568 forskrivningene der refusjonsvilkårene ikke var oppfylt, var likevel diagnosekravet oppfylt og verifisert med endoskopi eller 24t pH-måling. I de resterende 282 (50 %) forskrivningene var korrekt diagnose ikke verifisert.



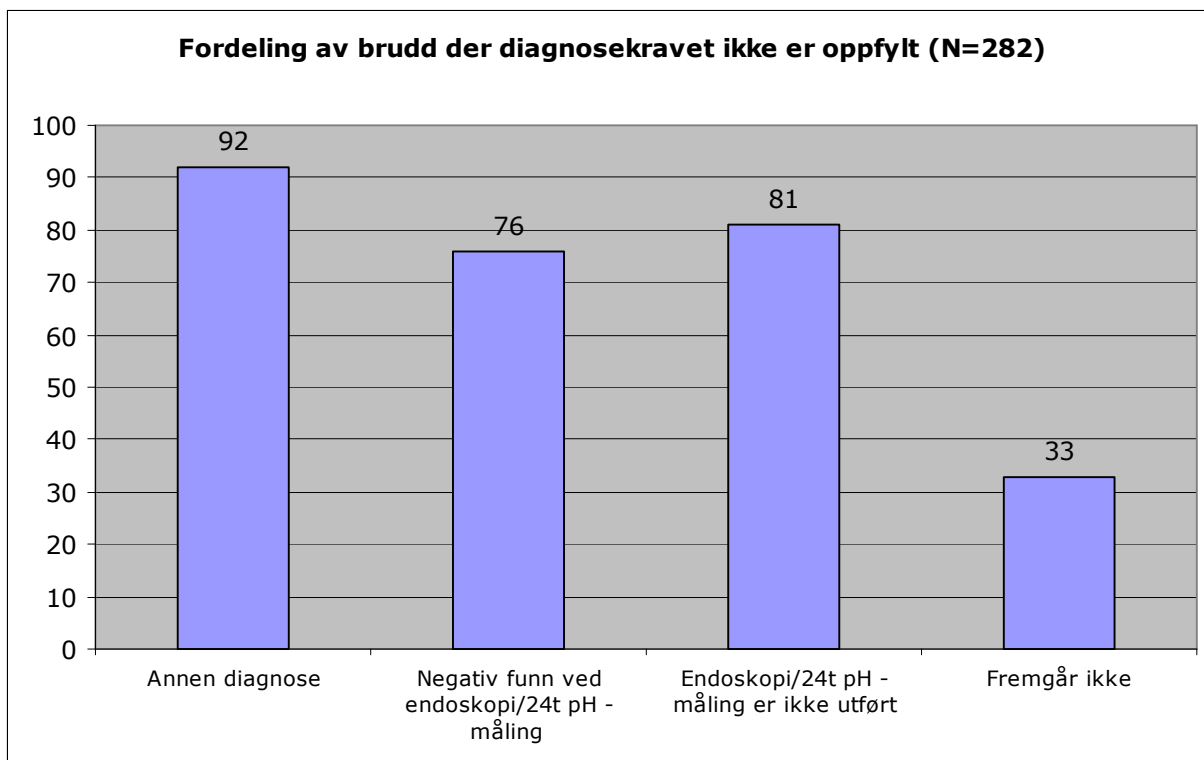
Figur 4. Diagnosekravet oppfylt/ikke oppfylt i forskrivninger der refusjonsvilkårene ikke er oppfylt

3.2.3 Type brudd der diagnosekravet ikke er oppfylt

I 92 av 282 forskrivninger forelå det en annen diagnose enn refluksøsofagitt eller patologisk refluks. Det var negativt funn i 76 av 282 forskrivninger og endoskopi eller 24t pH-måling var ikke utført i 81 av 282 forskrivninger.

For 33 av 282 forskrivninger fremgikk det ikke av innsendt dokumentasjon om undersøkelse/verifisering var foretatt.

Kontrollgruppen (ikke kontrollerte) viste 3 % høyere andel av "annen diagnose", samt 2 % høyere andel "negativt funn". Eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) hadde 4 % høyere andel av "fremgår ikke".



Figur 5. Ulike årsaker til at diagnosekravet ikke er oppfylt

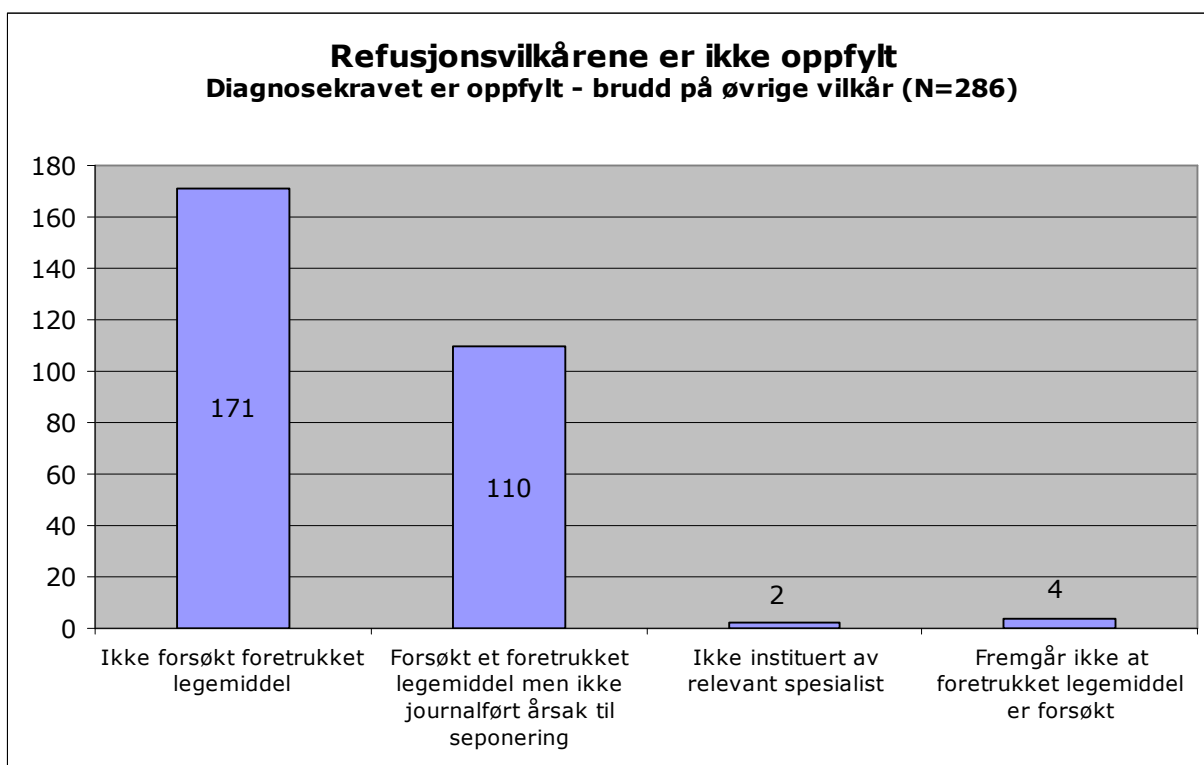
3.2.4 Type brudd der diagnosekravet er oppfylt – brudd på øvrige vilkår

Vilkåret knyttet til bruk av foretrukket legemiddel og instituering av relevant spesialist er kun vurdert i de tilfellene der diagnosekravet var oppfylt. I 171 av 286 forskrivninger var ingen av de foretrukne legemidlene forsøkt, mens det for 110 av 286 forskrivninger var forsøkt ett eller flere av de foretrukne legemidlene men ikke journalført årsak til seponering, eller annen berettiget grunn til forskrivning av Nexium.

Bivirkninger av en av de foretrukne syrepumpehemmerne alene anses ikke som tungtveiende medisinsk årsak til forskrivning av esomeprazol. I slike tilfeller må de to øvrige foretrukne legemidlene forsøkes først, før det kan forskrives esomeprazol.

For to av de 286 forskrivningene var vilkåret knyttet til instituering av relevant spesialist eller sykehusavdeling ikke oppfylt. For fire av 286 forskrivninger gikk det ikke frem av dokumentasjonen om noen av de foretrukne legemidlene var forsøkt.

Det var også her kun små forskjeller mellom eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) og kontrollgruppen (ikke kontrollerte).



Figur 6. Øvrige brudd på refusjonsvilkår, men der diagnosekravet er oppfylt

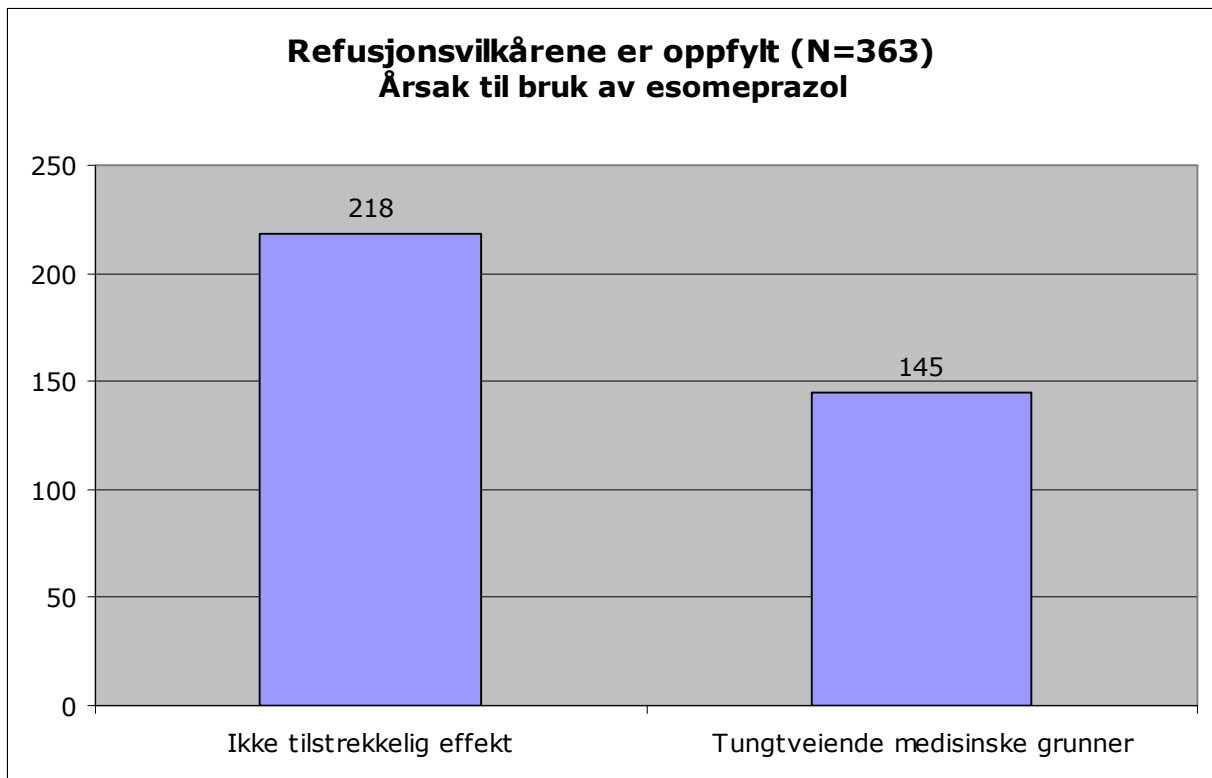
3.2.5 Forskrivninger der refusjonsvilkårene er oppfylt

Av 931 forskrivninger der det kan konkluderes, var refusjonsvilkårene oppfylt i 363 (39 %) av forskrivningene. Det innebærer at diagnosen var verifisert, at foretrukket legemiddel var benyttet eller at det var tungtveiende medisinske årsaker til bruk av esomeprazol, og at institueringskravet var oppfylt. Mange av de kontrollerte forskrivningene var utstedt av relevant spesialist eller sykehusavdeling.

3.2.5.1 Årsak til bruk av esomeprazol

I 145 (40 %) av 363 forskrivninger var det dokumentert tungtveiende medisinske grunner som tilsa at esomeprazol kunne forskrives. Dette er ett av vilkårene for å kunne forskrive esomeprazol på blå resept.

Det kan også forskrives esomeprazol når ett av de foretrukne legemidlene er benyttet i 4 uker uten tilfredsstillende effekt. Dette var tilfellet i de resterende 218 (60 %) av 363 forskrivningene.



Figur 7. Årsak til bruk av esomeprazol der refusjonsvilkårene er oppfylt

Pasienter som har fått verifisert refluksøsofagitt med alvorlighetsgrad C eller D i henhold til Los Angeles-skalaen, eller tilsvarende alvorlighetsgrad i henhold til andre internasjonale anerkjente klassifikasjonsmetoder, kan velge fritt blant syrepumpehemmerne. Sammenlagt var det 77 av 145 forskrivninger av denne kategorien. Diagnosen Barrets øsofagus⁶ forelå i 32 av 145 forskrivninger. Alvorlighetsgraden av denne diagnosen tilsier likeledes at det er fritt valg blant de ulike syrepumphemmerne. I de øvrige 36 forskrivninger var annen årsak oppgitt som grunn for forskrivning av esomeprazol.

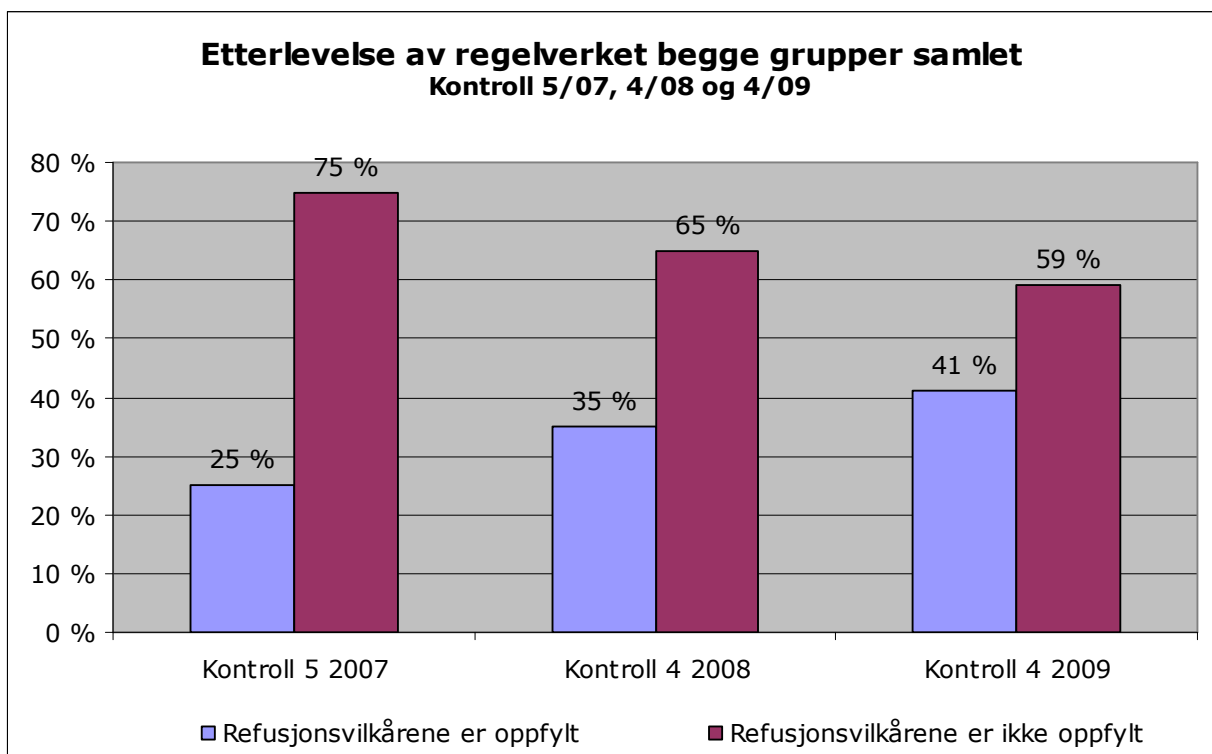
⁶ Se; Vedlegg I – Tilgrensende diagnoser

3.3 Trendmåling

I 2007 gjennomførte HELFO (da NAV Helsetjenesteforvaltning) en kontroll av forskrivninger på sykdomspunkt 41b som var tilsvarende kontrollen i 2008 og 2009 på refusjonskode K21/D84.

Ett av målene med kontrollene i 2008 og 2009 var å få kunnskap om hvorvidt det å ha vært med på en blåreseptkontroll, og ha mottatt spesifikk informasjon om forskrivningsvilkårene, fører til bedre etterlevelse av regelverket.

Ved å sammenligne legene kontrollert i 2007 med legene i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) fra kontroll 4-2008 og 4-2009, ser vi at graden av etterlevelse har økt med 16 % fra 2007 til 2009.



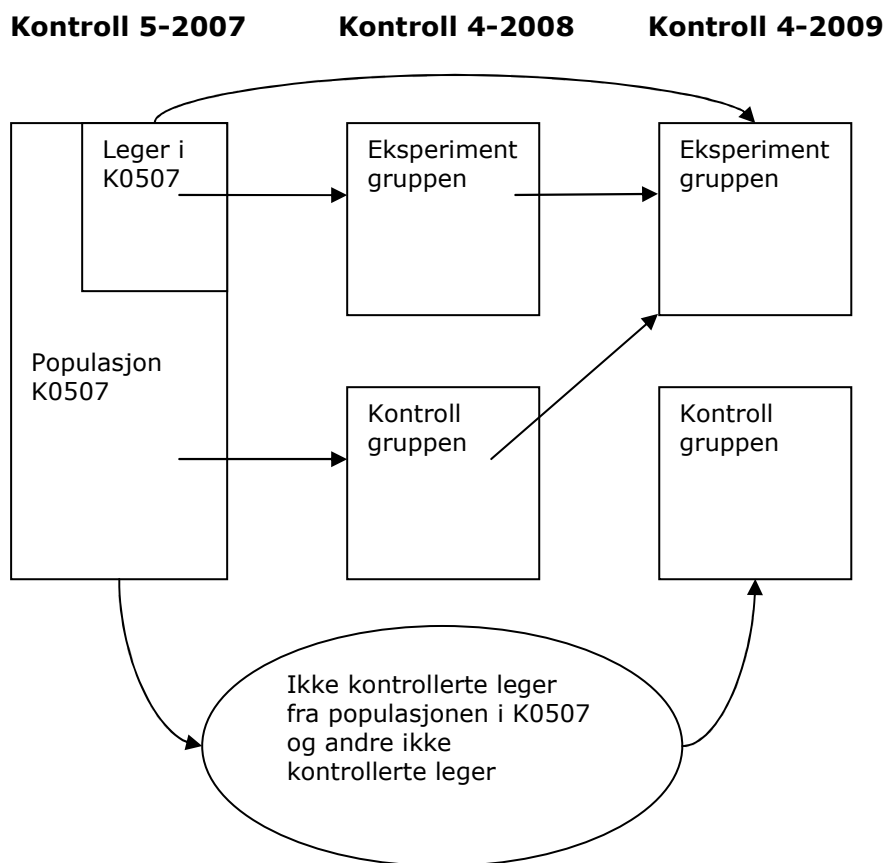
Figur 8. Sammenligning av resultat fra kontroll 5-2007, 4-2008 og 4-2009

Dette indikerer at blåreseptkontroll og tiden som har gått har påvirkning på etterlevelse av regelverket for denne gruppe leger.

3.4 Effektmåling

Et mål med kontrollen har vært å undersøke om det er forskjell i etterlevelse av regelverket mellom leger som har vært kontrollert tidligere (eksperimentgruppen) og leger som ikke har vært kontrollert etter disse refusjonsvilkårene tidligere (kontrollgruppen). Legene som tilhører kontrollgruppen i kontroll 4-08 ble ikke trukket inn i blåreseptkontroller i perioden fra eksperimentgruppen ble trukket inn i første kontroll (kontroll 5-07), til begge gruppene ble kontrollert i kontroll 4-08. I perioden fra kontroll 4-08 til kontroll 4-09 kan imidlertid leger fra begge gruppene ha vært med på andre blåreseptkontroller tidligere. Leger i kontrollgruppen har ikke vært kontrollert etter disse refusjonsvilkårene tidligere (etter regelverksendring 1. februar 2007).

Denne illustrasjonen viser hvordan utplukket til kontrollene har vært foretatt. Eksperimentgruppen består av leger som tidligere har vært kontrollert i kontroll 5-2007 og/eller kontroll 4-2008. Kontrollgruppen består av leger fra den opprinnelige populasjonen til kontroll 5-2007 i tillegg til andre leger som ikke har vært kontrollert på disse refusjonsvilkårene tidligere.



Figur 9. Skjematisk illustrasjon av utvalg av gruppene

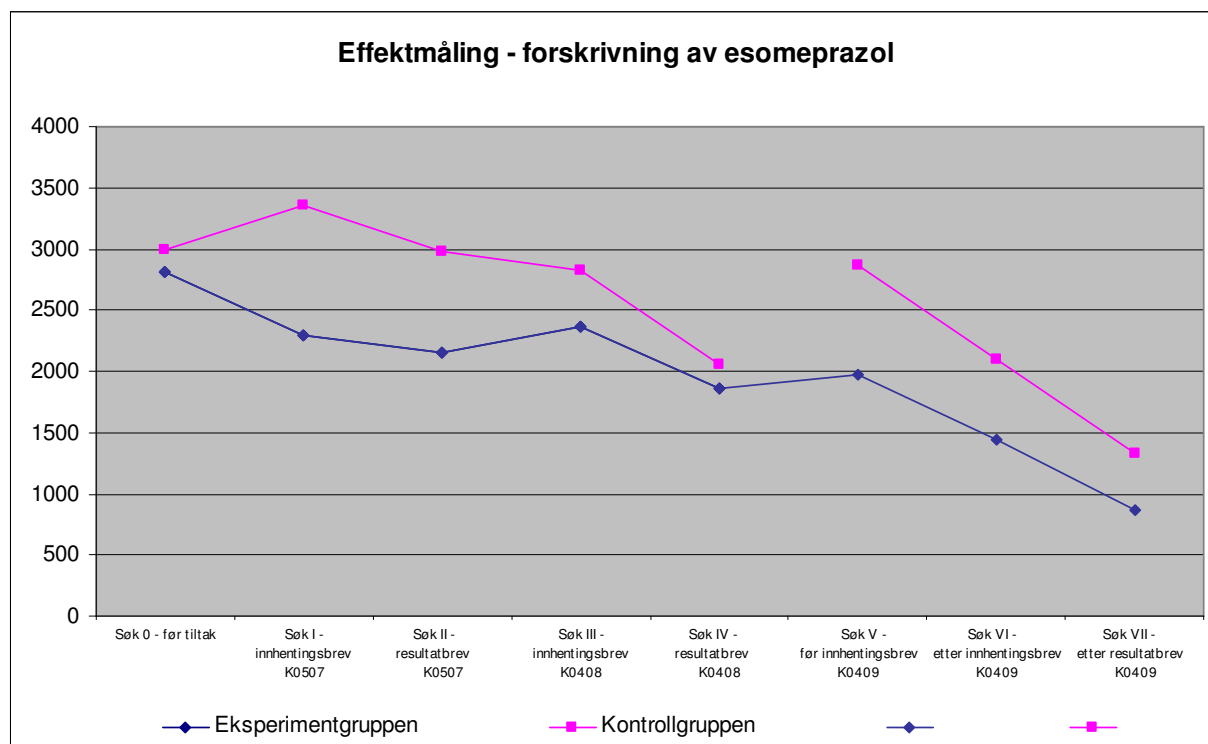
Videre i denne målingen skulle vi sammenligne legenes forskrivningsvolum av esomeprazol. Målingen skulle gi oss svar på følgende påstander:

- ⇒ Legens forskrivningsmønster endres med økt informasjon
- ⇒ Legens forskrivningsmønster for forskrivning av esomeprazol endres med tiden som har gått siden regelverksendringen
- ⇒ Prosentandel av esomeprazol-forskrivning på feilaktig grunnlag (brudd på refusjonsvilkårene) reduseres med tiden.

3.4.1 Sammenligning av gruppene over tid – før og etter tiltak

I denne delen av kontrollen har vi sett på begge grupper over tid periodevis før og etter tiltaket (X akse), hvor Y akse viser antall forskrivninger.

Før informasjonstiltak ved blåreseptkontroll er sendt ut, ser vi at gruppene er tilnærmet like (søk 0). Kun 180 forskrivninger (6 %) av esomeprazol skiller dem. På dette tidspunktet har det gått 6 måneder etter regelverksendringen trådte i kraft. Søket for begge grupper er foretatt i november 2007, for perioden august 2007 til oktober 2007.



Figur 10. Effektmåling – forskrivning av esomeprazol. Kilde: APOK

Den første målingen (søk I) er foretatt i januar 2008, for perioden november 2007 til januar 2008, dvs de tre første månedene etter legene i eksperimentgruppen

(tidligere kontrollert) har mottatt brev⁷ fra HELFO. I innhentingsbrevet har vi informert legene om gjeldende regelverk for forskrivning av esomeprazol. På dette tidspunktet er det for eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) 18 % nedgang i utstedte esomeprazol resepter. På samme tidspunkt har kontrollgruppen (ikke kontrollerte) ennå ikke mottatt informasjon fra HELFO, og har i samme periode hatt en økning i antall nye resepter utstedt på esomeprazol på 12 %.

Andre måling (søk II) er foretatt i mai 2008, for perioden mars 2008 til mai 2008, dvs de tre påfølgende månedene etter at legene i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) mottok resultatbrev⁸ fra vår kontroll K0507. Målingen på dette tidspunktet viser en ytterligere nedgang på 6 % for forskrivning av esomeprazol i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert). Samtidig ser vi en nedgang på 11 % også i kontrollgruppen. Dette er et drøyt år siden regelverksendringen trådte i kraft (1. februar 2007).

Tredje måling (søk III) er foretatt i januar 2009, for perioden november 2008 til januar 2009, dvs de tre første månedene etter innhentingsbrev⁹ til kontroll 4-2008 (K0408) ble sendt. På dette tidspunktet hadde legene fra begge grupper mottatt etterspørsel om innsending av relevante og nødvendige journalopplysninger. Samtidig hadde legene fra begge gruppene fått informasjon om gjeldende regelverk for forskrivning av esomeprazol.

Fjerde måling (søk IV) er foretatt i mai 2009, for perioden mars 2009 til mai 2009, dvs de tre påfølgende månedene etter at resultatbrevet fra kontroll 4-2008 (K0408) ble sendt til begge grupper. Målingen viser at forskjellen mellom eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) og kontrollgruppen (ikke kontrollerte) nå er 9 %, mot 6 % ved oppstart. Antall nyutstedte resepter på ezomeprazol er vesentlig redusert i begge grupper, 34 % i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) og 31 % i kontrollgruppen (ikke kontrollerte).

Femte måling (søk V) er foretatt juni 2009 til august 2009, dvs tre måneder før innhentingsbrev¹⁰ til kontroll 4 2009 ble sendt. Eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) inkluderer legene fra både eksperiment- og kontrollgruppen fra kontroll 4-2008 (K0408) (se på figur 3 under avsnitt 3.2.). Legene i kontrollgruppen er tidligere ikke kontrollert etter denne refusjonskoden, dermed er det brudd i figuren. Kontrollgruppen (ikke kontrollerte) viser 40 % økning i antall forskrivninger av esomeprazol sammenlignet med eksperimentgruppen (tidligere kontrollerte). Årsaken kan være at legene i denne gruppen på dette tidspunktet ikke har vært kontrollert etter denne refusjonskode og dermed ligger omtrent på samme nivå i forhold til antall forskrivninger av esomeprazol som ikke kontrollerte leger for søk 0 foretatt i 2007.

Det er også 10 % økning i antall forskrivninger av esomeprazol i eksperimentgruppen. Som tidligere nevnt er denne gruppen leger sammensatt av leger fra både eksperiment- og kontrollgruppen i kontroll 4-2008 (K0408). Økning i begge gruppene kan også delvis forklares ved en endring i regelverket. Endringer

⁷ Innhentingsbrev for kontroll 5-2007 ble sendt ut til legene i november 2007.

⁸ Resultatbrev fra kontroll 5-2007 er sendt til legene i mars 2008.

⁹ Innhentingsbrev for kontroll 4-2008 er sendt til legene i november 2008.

¹⁰ Innhentingsbrev for kontroll 4-2009 er sendt til legene i september 2009.

åpner for refusjon for pasienter som av ulike tungtveiende medisinske grunner ikke kan gjennomgå endoskopi eller pH-måling eller der det er særlige forhold som gjør tolkningen av undersøkelsene vanskelig. Dette vilkåret ble innført 1. februar 2009 og påvirket ikke målingen for kontroll 4-2008 (K0408; søk I-IV), fordi de kontrollerte forskrivningene var fra perioden april til juni 2008.

Sjette måling (søk VI) er foretatt oktober 2009 til desember 2009, de tre første månedene etter at legene i begge grupper har mottatt innhentingsbrev¹² fra HELFO. Målingen viser at antall nyutstedte resepter på ezomeprazol er redusert i begge grupper dvs 6 % i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) og 7 % i kontrollgruppen (ikke kontrollerte).

Syvende måling (søk VII) er foretatt januar 2010 til mars 2010, de tre påfølgende månedene etter at resultatbrev¹¹ fra kontroll 4-2009 (K0409) ble sendt ut til begge gruppene. Målingen viser at trenden for forskrivning av ezomeprazol i begge gruppene fortsetter reduksjon med 6 % i eksperimentgruppen (tidligere kontrollert) og 7 % i kontrollgruppen (ikke kontrollerte).

3.4.2 Oppsummering av resultatene fra effektmåling

Resultatene fra denne målingen skulle gi svar på følgende påstander:

⇒ Legens forskrivningsmønster endres med økt informasjon

Denne målingen indikerer at generell informasjon fra overordnede helsemyndigheter har en effekt, og at målrettet kontroll og informasjon fra HELFO gir en raskere og økt effekt.

⇒ Legens forskrivningsmønster for forskrivning av esomeprazol endres med tiden som har gått siden regelverksendringen

Resultater fra denne effektmålingen bekrefter at forskrivningsmønsteret for esomeprazol endres med tiden.

⇒ Prosentandel av esomeprazol-forskrivning på feilaktig grunnlag (brudd) reduseres med tiden.

Resultatene fra trendmålingen viser at etterlevelsen av regelverket i begge grupper samlet har økt 16 % fra 2007 til 2009 (se kapittel 3.3).

Selv om prosentvis etterlevelse av regelverket har gått ned 6 % i forhold til kontroll 4-2008 og kontroll 4-2009, ser vi at forskrivningsvolumet i begge gruppene har endret seg betydelig over tid. Dette endres raskere hos legene som tidligere har blitt kontrollert (eksperimentgruppen). Et mindre antall forskrivninger (forskrivningsvolum) av ikke foretrukket legemiddel (esomeprazol) gir også en reduksjon i antall feil forskrivninger. Dette har en positiv økonomisk konsekvens, som igjen er i tråd med overordnet mål for innføring av tiltaket (foretrukket

¹¹ Resultatbrev fra kontroll 4-009 er sendt til legene i januar 2010.

legemiddel). Med bakgrunn i dette og resultatene fra denne kontrollen, kan det utledes at blåreseptkontroller kan bidra til raskere effekt av tiltaket.

Resultatene fra denne kontrollen indikerer at det målrettede kontroll- og informasjonsarbeidet har en effekt.

4 INNSPILL OG KOMMENTARER

4.1 Endringer i refusjonsvilkår

På bakgrunn av funn i blåreseptkontroll 4-2008, erstattet Legemiddelverket vilkår 13 med vilkår 155, som lyder:

"Hos pasienter med langvarige, betydelige symptomer med endoskopisk verifisert refluksøsofagitt eller påvist patologisk refluks ved 24-timers pH-måling. Hvis endoskopi eller pH-måling av tungtveiende medisinske grunner ikke kan gjennomføres eller det er særlige forhold som gjør tolkningen av undersøkelsene vanskelig, må årsaken journalføres."

Innsendt dokumentasjon i kontroll 4-2009 beskrev ulike årsaker hvor endoskopi/pH-måling ikke var gjennomført. De fleste omhandlet pasienter som ikke tolererte undersøkelsen, kraftige brekninger eller at pasienten hadde andre diagnoser som tilsa at endoskopering ikke var aktuelt. Det var kun et tilfelle der legen henviste til setningen: "særlige forhold som gjør tolkningen av undersøkelsen vanskelig".

Refusjonsvilkår 12 ble endret med virkning fra 1. februar 2009. Setningen "ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/spesialist som har initiert behandlingen" er fjernet. Endringen hadde ingen direkte innvirkning på utførelsen av kontrollen, i og med at vår kontroll ikke var basert på fysiske resepter, men på søk fra APOK. Vilkår 12 lyder nå:

"Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller barnesykdommer, eller på sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet."

4.2 Kommentarer angående brudd på regelverket

- Videreføring av behandling som andre leger har startet, oppgis ofte som årsak til at forskrivning gjøres i henhold til § 2 i blåreseptforskriften. I enkelte tilfeller har spesialist eller sykehusavdeling iverksatt behandling og skrevet ut direkte på blå resept uten at det er grunnlag for dette. Dette videreføres så av allmennlegen. Andre ganger har spesialist kun anbefalt behandling med syrepumpehemmer, hvoretter allmennlegen tolker at legemiddelet kan forskrives direkte på blå resept. Det er også tilfeller hvor vikarer viderefører fastlegens praksis, eller hvor leger har overtatt som pasienters fastlege og viderefører feil praksis fra tidligere.
- Kontrollen avdekket at feilaktige diagnoser legges til grunn for refusjon på refusjonskode D84/K21. Dette gjaldt for 92 av 568 forskrivninger der refusjonsvilkårene ikke var oppfylt (se avsnitt 3.2.2 og 3.2.3). Magesår og gastritt er diagnoser som forekommer ofte. Sår på tolvfingertarmen eller hiatushernie er andre grunner som oppgis. Ingen av disse diagnosene er refusjonsberettiget i henhold til refusjonskodene.

VEDLEGG I – TILGRESENDE DIAGNOSER

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 bøyeleg 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, ventrikel (magesekk) og duodenum (tolvfingerarm). De mest vanlige systemer for klassifikasjon av øsofagitt er:

- Savary-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 beregnes refluksindeks (prosentandel måletid med 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 diagnostiske øsofagittforandringer påvist hos mer enn halvparten. 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 bryst smerter, 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. Dette fremtrer ved øsofagoskopi, idet spesifisiteten av histologiske 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 *D84/K21*. Det finnes andre diagnoser som det antas at 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 øket 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 derfor grunnlag for refusjon.

Schatzkis ring i spiserøret

I spiserøret finnes det hos noen individer folder eller ringer som forsnevrer 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 refluksykdom* 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 refluksykdom*.

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 eller portvenetrombose. Portal hypertensjon forårsaker klinisk obstruksjon av venøs drenering fra øsofagusvenene til portvenen til lever. 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 feilaktig kan 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 alene gir ikke grunn til refusjon.

- **Cardiainsuffisiens**

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