

# Rapport om kontroll av legers forskrivning på blå resept – refusjonspunkt 41b

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR KONTROLL .....	4
1.1.1 <i>Vilkår for refusjon</i> .....	4
1.1.2 <i>Trendmåling</i> .....	4
1.1.3 <i>Omsetningstall</i> .....	4
<b>2 METODE</b> .....	<b>5</b>
2.1 REFUSJONSVILKÅRENE OG KONTROLLPUNKT .....	5
2.1.1 <i>Diagnose</i> .....	5
2.2 UTVALGSKRITERIER.....	6
2.3 INNHENTING AV DOKUMENTASJON .....	6
<b>3 RESULTATER OG DISKUSJON</b> .....	<b>7</b>
3.1 ETTERLEVELSE AV REGELVERKET .....	7
3.2 TYPER BRUDD PÅ REGELVERKET .....	8
3.3 OPPLYSNINGER PÅ RESEPTEN .....	9
3.4 INNSENDT DOKUMENTASJON .....	9
3.5 TRENDMÅLING .....	10
<b>4 OPPSUMMERING</b> .....	<b>11</b>
<b>VEDLEGG TIL AVSNITT "2.1.1 DIAGNOSE"</b> .....	<b>12</b>

## 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 og utøvd en metode for å kontrollere legers forskrivning på blå resept og for å øke legers forståelse for ordningen og regelverket. Kontrollene skal igjen 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 kontroll av legenes forskrivning på refusjonspunkt 41b i sykdomslista. På punkt 41b er det definert refusjonsvilkår for pliktmessig dekning.

Det ble plukket ut 600 resepter for kontroll. Etter utplukket av resepter ble forskrivende lege tilskrevet for innhenting av journalopplysninger. Forskrivningene ble deretter kontrollert mot innsendte journalopplysninger og vurdering ble gjort for hver forskrivning. Vurderingen ble foretatt av farmasøyter, eventuelt i samråd med rådgivende lege. Etter kontrollene ble det gitt tilbakemelding til den enkelte lege i form av brev som inneholdt konklusjon på om forskrivningen var i tråd med blåreseptforskriften eller ikke. Det som ble kontrollert var legenes etterlevelse av blåreseptforskriften, ikke legenes medisinske vurdering.

### Resultater av kontrollene

Av de 600 forskrivninger som ble plukket ut i kontrollen er det 592 som ble kontrollert. Ut fra de utvalgte reseptene er det 474 forskrivninger hvor man kan slå fast om refusjonsvilkårene er oppfylt eller ikke. Det var 73 forskrivninger hvor man ikke kunne beslutte om refusjonsvilkårene er oppfylt eller ikke, dette for eksempel grunnet ikke mottatt dokumentasjon, utilstrekkelig dokumentasjon, eller kun mottatt informasjon i brev form. For 45 forskrivninger ble det ikke mottatt svar. Til sammen er det etterspurt dokumentasjon fra 506 leger som hadde i gjennomsnitt 1,16 resept hver.

I sakene der det kan konkluderes om refusjonsvilkårene var oppfylt eller ikke (N=474) var vilkårene oppfylt i 61 % av tilfellene. I 39 % av tilfellene var vilkårene ikke oppfylt. Bakgrunnen for andelen brudd er at resepten var forskrevet for en ikke refusjonsberettiget diagnose, forskrivningen var ikke instituert av relevant spesialist/ sykehusavdeling, behandlingstid var kortere enn tre måneder eller manglende utført gastroskopi eller tilsvarende målinger.

Det er tidligere foretatt 3 kontroller i 2003 og 2004 på det aktuelle punkt 41b, i tillegg til denne kontrollen. Trenden kan oppsummeres som følger:

Andel saker der man kan konkludere om "vilkårene er oppfylt" eller om "vilkårene ikke er oppfylt" er økende:

- Andel "vilkårene ikke er oppfylt" er konstant (i ca 1/3 del av sakene) av totalt antall saker. Det kan tyde på at andel "vilkårene ikke er oppfylt" som er påvist (ca 1/3) vil være konstant også med økende utvalgsstørrelse.
- Andel "vilkårene er oppfylt" er økende. Dersom man kun ser på saker der det kan konkluderes, synes andelen "vilkårene ikke er oppfylt" å være redusert.

## 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

Med hjemmel i blåreseptforskriftens § 9, sykdomspunkt 41b refunderes legemidler av typen syrepumpehemmere pliktmessig etter bestemte vilkår på blå resept. Kontrollen hadde til hensikt å kartlegge feil ved legers forskrivning på det aktuelle refusjonspunkt.

#### 1.1.1 Vilkår for refusjon

Følgende vilkår for å få syrepumpehemmere på blå resept jf § 9 pkt 41 b er gitt: Endoskopisk verifisert refluksøsofagitt, eller påvist patologisk refluks ved 24-timers pH-måling, hos pasienter med langvarige, betydelige symptomer. Videre er det knyttet spesielle vilkår til dette: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halssykdommer eller pediatri, eller på tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus. Ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/-spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Diagnosen refluksøsofagitt forutsettes verifisert ved øsofagoskopi.

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 Trendmåling

Det er tidligere foretatt 3 kontroller på det aktuelle refusjonspunkt 41b. Reseptene fra oppgjørperioden september 2003, mars 2004, september 2004 ble kontrollert. Utvalgsmetodikken i kontrollen baserer seg på tilfeldig utvalg. Det innebærer at det ikke nødvendigvis er de samme leger som blir kontrollert i gjentatte kontroller. Resultatene fra disse kontroller er presentert i avsnitt 3.5.

#### 1.1.3 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 2005, er Nexium nummer fire med en omsetning på 233 millioner kroner. Også andre protonpumpehemmere (PPI) har en høy omsetning.

## 2 METODE

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 regionalt<sup>1</sup>. Det kontrolleres 100 resepter fra hver region, totalt ca 600 resepter. I denne kontrollen er det trukket et utvalg for oppgjørsperioden fra 1.9.2005 til 30.9.2005 på totalt 592 resepter.

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. 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 fra NAV Helsetjenesteforvaltnings med vurdering av hvorvidt han/hun har etterlevd regelverket for forskrivning av den aktuelle resepten som blå resept.

### 2.1 Refusjonsvilkårene og kontrollpunkt

Refusjonskriteriene vist under avsnittet 1.1.1 er operasjonalisert til kontrollpunktkriterier. Det vil si at saksbehandler har vurdert resepten mot mottatte journalutskrifter ut fra kriterier som finnes i blåreseptforskriften for refusjonspunkt 41b:

- pasienten har riktig diagnose i henhold til ref. 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
- det skal være dokumentert at behandlingens varighet var på minst tre måneder i løpet av ett år

#### 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).

---

<sup>1</sup> Kontrollene utføres av NAV Helsetjenesteforvaltnings 6 regionkontor. Geografisk tilsvarer hvert regionkontor helseregion, med unntak av Oslo som er en egen region.

## 2.2 Utvalgskriterier

I tillegg til kriteriene nevnt i punkt 2.1 ovenfor, er det et mål å kontrollere flest mulig leger. Som en konsekvens av dette, er det valgt resepter fra ulike apotek og det er satt en grense på kontroll av maksimalt tre resepter per lege.

Det ble valgt ut resepter fra det enkelte apotekoppgjør, det vil si ferdigekspederte resepter forskrevet etter blåreseptforskriftens pkt 41 b ekspedert i perioden mellom 1. og 30. september 2005. Det ble valgt ut 100 resepter som tilfredstilte utplukkskriteriene i hver region, til sammen 600 resepter.

Ett av følgende legemidler på refusjonspunkt 41b skulle være forskrevet:

Legemidler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lanzoprazol</li><li>• Lanzo</li><li>• Lanzo melt</li><li>• Losec</li><li>• Losec mups</li><li>• Inexium</li><li>• Nexium</li><li>• Omeprazol</li><li>• Somac</li></ul>
------------	--

## 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

Det ble etterspurt dokumentasjon fra 600 forskrivninger. Av disse utgikk 8 forskrivninger fra kontrollen. Med begrepet "utgår" menes at legen for eksempel er død, pensjonert eller har ukjent adresse. Som det fremgår av diagram 1, var refusjonsvilkårene oppfylt i 48 % av tilfellene. I 31 % av tilfeller var refusjonsvilkårene ikke oppfylt. Årsaken til dette kan være at resepten var forskrevet for en ikke refusjonsberettiget diagnose, forskrivningen var ikke instituert av relevant spesialist/ sykehusavdeling, behandlingstid var kortere enn tre måneder eller manglende utført gastroskopi eller tilsvarende målinger. Diagram 1 viser at i 9 % av tilfellene var det ikke tilsendt tilstrekkelig informasjon, slik at grunnlaget for refusjon ikke var dokumentert. I 4 % av tilfellene ble det mottatt et brev i stedet for journal/epikrise, og i 8 % av tilfellene ble det ikke mottatt svar fra den foreskrivende lege. Det er foretatt kontroll av 506 leger som hadde i gjennomsnitt 1,16 resept hver.

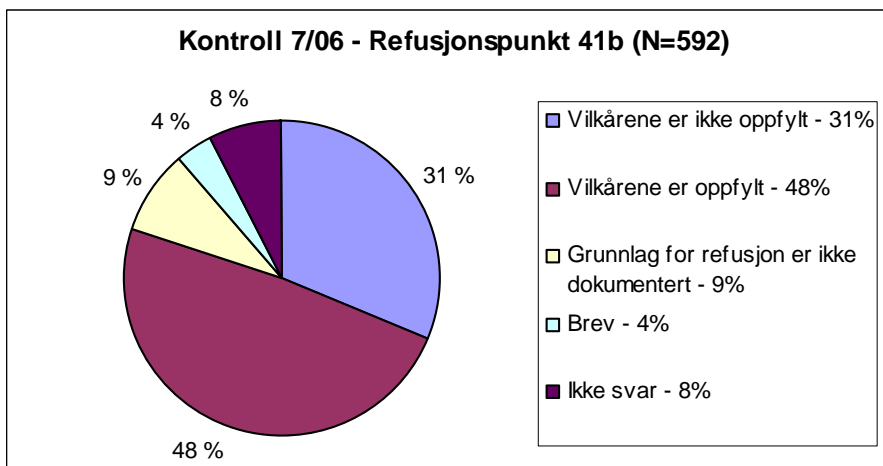


Diagram 1: Oppfyllelse av vilkår for refusjon fordelt på antall resepter

### 3.2 Typer brudd på regelverket

Av de 474 resepter der det kunne konkluderes, var refusjonsvilkårene oppfylt i 39 % av tilfellene og ikke oppfylt i 61 % av tilfellene.

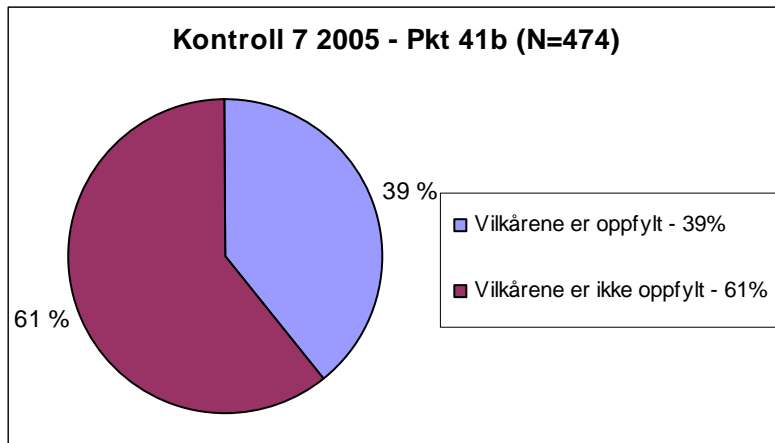


Diagram 2: Oppfyllelse av vilkår for refusjon – der det kan konkluderes

Det viste seg at det ofte forekom flere typer brudd på regelverket i én og samme sak (75 saker). Hyppigste årsak til brudd er annen diagnose/negativt funn (133 saker) enn hva som er godkjent for refusjon. Videre manglet det verifisering av diagnose i 53 saker. I 18 saker ble ikke behandlingen startet opp av relevant institusjon eller spesialist, og i 10 saker var behandlingstiden kortere enn 3 måneder.

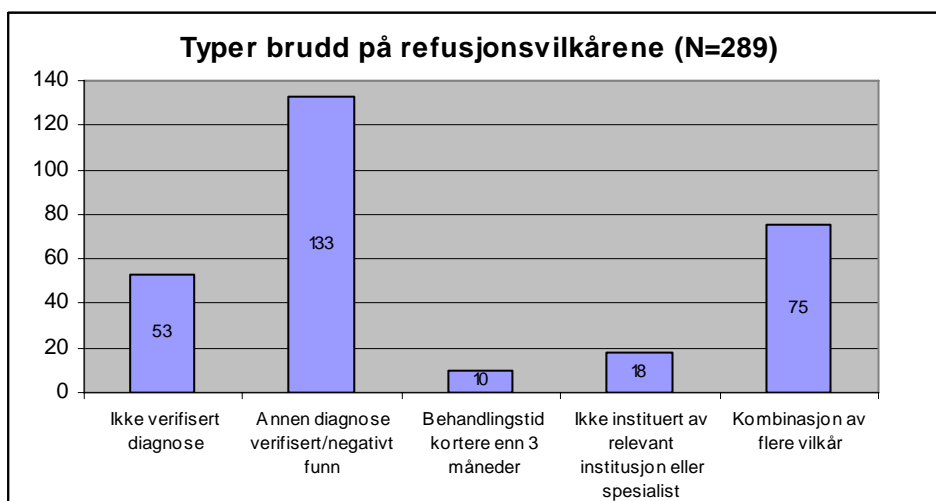


Diagram 3: Antall brudd på regelverket fordelt på ulike typer brudd.

### 3.3 Opplysninger på resepten

For punkt 41 b er det et krav om at forskriver skal attestere om behandlingen er primært forskrevet av relevant spesialist/ sykehusavdeling på blåreseptblanketten og hvilke dette er. Dette ble kontrollert og det ble funnet slike mangler ved 41 % av reseptene.

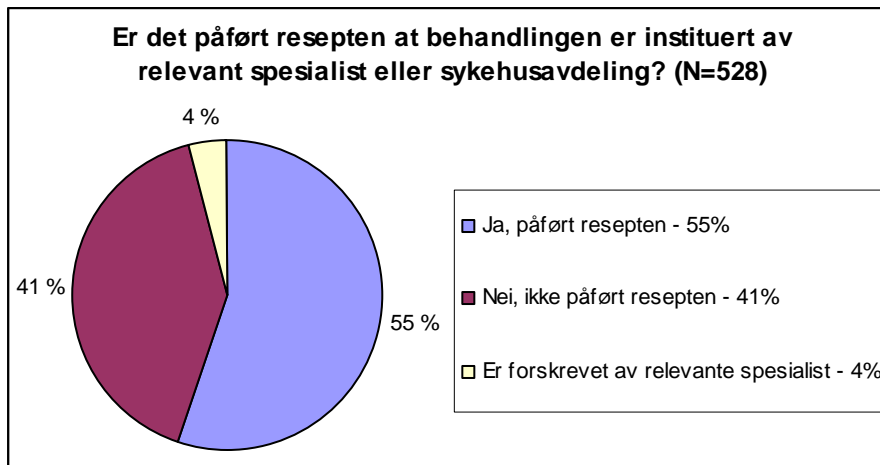


Diagram 4: Attesting av instituering på reseptblankett

### 3.4 Innsendt dokumentasjon

Ut fra 592 resepter, er det foretatt konklusjon i 474 forskrivninger. Dette utgjør 79 % av tilfellene. Det finnes flere grunner til at man ikke har vært i stand til å konkludere. Blant annet har lege latt være å sende inn utskrift av pasientjournal, men forklart i brev form hvordan hun/han har vurdert forskrivningen (4%), hun/han kan ha latt være å svare (8%), eller journalutskriften har ikke inneholdt tilstrekkelig med opplysninger til å kunne gi svar på om regelverket er overholdt eller ikke (9%), se tabell 1.

#### Kontroll 7/2005

Antall resepter (prosent)

Journalutskrift innsendt	474 (79)
Brev	22 ( 4)
Mangelfulle journal opplysninger	51 ( 9)
Ikke svar	45 ( 8)

Tabell 1: Innsendt dokumentasjon

### 3.5 Trendmåling

I 2003 og 2004 ble det til sammen gjennomført 3 kontroller på refusjonspunkt 41b. Når vi ser på resultatene fra tidligere kontroller og denne kontrollen viser trenden at andel saker hvor *refusjonsvilkårene ikke var oppfylt* er konstant, mens andel saker hvor *refusjonsvilkårene var oppfylt* er økende (tabell 2). Dette kan skyldes en økende andel saker der det kan konkluderes.

Økning i antall saker der det kan konkluderes kan skyldes at NAV Helsetjenesteforvaltning 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 saker kan konkludere med enten ”*vilkårene er ikke oppfylt*”, eller ”*vilkårene er oppfylt*”.

Av totalt utvalg:	Kontroll 2/03 (N=493)	Kontroll 1/04 (N=617)	Kontroll 6/04 (N=573)	Kontroll 7/05 (N=592)
Vilkårene er oppfylt	150 (30%)	202 (33%)	26 (12%)	289 (48%)
Vilkårene er ikke oppfylt	154 (31%)	195 (32%)	139 (64%)	185 (31%)
Grunnlag for refusjon er ikke dokumentert	100 (20%)	109 (18%)	10 (5%)	51 (9%)
Brev	47 (10%)	45 (7%)	11 (5%)	22 (4%)
Ikke svar	42 (9%)	66 (11%)	31 (14%)	45 (8%)

Tabell 2: Trend utvikling på forskrivning på refusjonspunkt 41b for hele utvalg.

Av antall saker der det kan konkluderes:	Kontroll 2/03 (N=304)	Kontroll 1/04 (N=397)	Kontroll 6/04 (N=165)	Kontroll 7/06 (N=474)
Vilkårene er oppfylt	150 (49%)	202 (51%)	26 (16%)	289 (61%)
Vilkårene er ikke oppfylt	154 (51%)	195 (49%)	139 (84%)	185 (39%)

Tabell 3: Trend utvikling på forskrivning på refusjonspunkt 41b for saker der det kan konkluderes.

## 4 OPPSUMMERING

Kontrollen hadde som formål å bidra til riktig forskrivning på refusjonspunkt 41b og kartlegge om det over tid har vært endringer i legenes etterlevelse. Det ble plukket ut 600 forskrivninger og av de ble 592 kontrollert. Ut fra de utvalgte reseptene er det 474 forskrivninger hvor man kan slå fast om refusjonsvilkårene er oppfylt eller ikke. Det var 118 forskrivninger hvor man ikke kunne beslutte om refusjonsvilkårene er oppfylt eller ikke. Til sammen det er etterspurt dokumentasjon fra 506 leger. Dette innebærer i gjennomsnitt 1,16 resept fra hver lege.

I sakene der det kan konkluderes om refusjonsvilkårene var oppfylt eller ikke (N=474), var vilkårene oppfylt i 61 % av tilfellene. I 39 % av tilfellene var vilkårene ikke oppfylt. Bruddene er fordelt på *ikke verifisert diagnose* (53 saker), *annen diagnose verifisert/negativt funn* (133 saker), *behandlingstid kortere enn tre måneder* (10 saker) eller *ikke instituert av relevant institusjon eller spesialist* (18 saker).

## 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 bøyelig 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 (tolvvingertarm). 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 beregnes refuksindeks (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:

	Refuksindeks, 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 enn 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 øsofagusslimhinnen. 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, 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 spiserørsslimhinne, 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 reflukssykdom 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 reflukssykdom.

#### 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 danner 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 lekket 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.