

Stand og forening

Refusjonsordningen for klinisk psykologiske tjenester

BJØRN CHRISTIANSEN
BJØRN REIDAR KARLSEN

Institutt for samfunnspsykologi, Bergen
Institutt for samfunnspsykologi, Bergen

En kilde til frustrasjon blant norske psykologer er at opplevelsen av egen klinisk kompetanse og nytteverdi ikke alltid blir delt av de bestemte myndigheter innen sosial- og helsevesenet. Det er blitt uttrykt ergrelse over at trygdekasserefusjon for psykologisk seriebehandling forutsetter henvisning fra lege, og at det ikke har vært mulig å få til en ordning som gjør at psykologer med to års supervisert praksis kan oppnå fulle trygdekasserettigheter. Slike rettigheter er som kjent i dag tilkjent psykologer som har spesialistkompetanse i klinisk psykologi. Vi skal i det følgende beskrive en refusjonsordning som langt på vei oppfyller norske psykologers ønsker og som inneholder momenter som gjør at den også kan tenkes å vinne hos norske myndigheter.

Det er psykologprofesjonen selv gjennom NPF som forvalter reglene for spesialistgodkjenning. Det har i den senere tid vært en god del debatt om hvilke regler som skal gjelde for den kliniske spesialitet. Denne debatt har i liten grad reist spørsmålet om hvorvidt den kliniske spesialitet er en betryggende garanti for at samfunnet får fullverdige tjenester for de midler som utbetales gjennom trygdekontorene. På sett og vis kan en si at det er psykologprofesjonen selv som er pålagt og som bærer ansvar for kvaliteten av de tjenester som samfunnet gjennom trygdekontorene betaler for. Det er dermed profesjonens plikt ikke bare å vurdere nøye om den enkelte psykolog oppfyller de oppstilte krav til spesialistgodkjenning, men også om de vedtatte krav til slik godkjenning sikrer forbrukerne og almenheten fullverdige tjenester. Dette er

en problemstilling som vil oppleves fjern for psykologer som ser på NPF primært som en arbeidstakerorganisasjon med formål å fremme medlemmenes statusmessige og lønsmessige interesser. For disse vil ønskemålet være at så mange psykologer som mulig får anledning til å nyte godt av trygdesystemets refusjonssatser. Hva som er til samfunnets og forbrukernes beste vil komme i annen rekke. Det er grunn til å tro at et slikt fagforeningsperspektiv vil ha små muligheter til å gi resultater i 80-årenes norske samfunn. Med stramme økonomiske rammebetingelser vil det mer enn tidligere bli reist spørsmål om kostnader og nytteverdier, og generelle forbrukerinteresser vil bli tillagt en helt annen vekt enn yrkesgruppers spesialinteresser. Av dette følger at NPF, hvis foreningen ønsker å skape flere og bedre arbeidsmuligheter for psykologer, i større grad enn hittil må rette oppmerksomheten mot de garantistopp-gaver den er blitt pålagt innenfor det norske folketrygdsystem. Dette betyr ikke at foreningen skal si seg fornøyd med den eksisterende refusjonsordning. Tvert imot er det all mulig grunn til å gå inn for å forsøke å forandre på denne, men den uttrykte hensikt må være å sikre befolkningens interesser og ikke først og fremst psykologenes egne.

Ett av de første spørsmål som må stilles er om kravet om spesialistgodkjenning i klinisk psykologi er en rimelig garantiordning for fullverdige kliniske tjenester. Vi vil stille oss tvilende til at dette er tilfelle. De kravene som inngår i spesialiteten går mer på formaliteter enn på faktisk kompetanse. Fem års

klinisk praksis, to års supervisjon, deltagelse på kurs, etc. gir sikkerhet for en viss erfaringsbakgrunn, men sier lite eller intet om klinisk skjønn, ferdigheter, eller evne til å yte tjenester av høy kvalitet.

Det kan kanskje innvendes at dette er egenskaper som er prøvet og dokumentert gjennom avlagt universitetseksamen. Uten å nekte for at det foregår en viss utvelgelse og standardsetting på dette nivå, er dette likevel ikke en tilfredsstillende kontrollmekanisme — sett fra offentlighetens side — for at alle utdannede psykologer er så dyktige at de uten videre bør få sine ytelser betalt av offentlige midler. Gjennom kravet om spesialistgodkjenning har helsemyndighetene (og i siste omgang de politiske myndigheter som står ansvarlige overfor befolkningen som helhet) skjerpet kvalitetskontrollen, formodentligvis uten å ha vurdert særlig nøye om dette er den beste ordning sett fra forbrukernes side. Et helt sentralt spørsmål blir hermed, gitt visse økonomiske rammebetingelser, hvilke alternativer som er til stede.

Et alternativ vil være at refusjonsrettigheter innen trygdesystemet blir basert på en avlagt offentlig prøve hvor dokumentert klinisk kompetanse inngår som en sentral komponent, og hvor det f.eks. blir stilt krav til kandidatene om å fremlegge utdrag av behandlingstimer og gjenpart av diagnostiske uttalelser. Slike prøveformer har lenge vært i bruk i forbindelse med den spesialistgodkjenning (diplom-status) som administreres av American Board of Professional Psychology.

En svakhet ved ordningen er at det er vanskelig å vite om det fremlagte materiale er representativt for vedkommende psykologs kliniske arbeid, og at man heller ikke har noen sikkerhet for at en psykolog etter å ha oppnådd godkjenning vil fortsette å yte tjenester av høy kvalitet.

Forbrukerbevegelsen i USA har på en langt sterkere måte enn i Norge beveget seg inn på det medisinske og andre tjenesteytende områder, og har også i noen grad beskjeftiget seg med psykologers ytelser. Det er blitt fremhevet at forbrukere av slike ytelser må ha krav på beskyttelse mot mindreverdige praksis som følge av praksisutøvers mang-

lende evne eller villighet til å holde seg faglig ajour. Dette har ført til at mange mener at lisensieringsordninger bør være tidsbegrensete og at fornyelser bør være betinget av dokumentert deltagelse i etterutdanningskurs. Det kan imidlertid reises tvil om kursdeltagelse i seg selv er noen fullgod garanti for faglig ajourføring, og om det ikke er andre aktiviteter som gir like godt utbytte som deltagelse på seminarer og kurs.

Et alternativ til den nåværende ordning for tilkjennelse av trygdekasserettigheter er å innarbeide i refusjonssystemet kollegiale vurderinger av behandlingsprosedyrer og forløp. Man kan tenke seg at det blir stilt krav om et visst minstemål av deltagelse i kollegiale supervisjonsgrupper. Et slikt system ville pålegge yrkesutøverne å få en slags aksept på deres behandlingsvirksomhet fra nære kolleger ved at refusjonsrettighetene ble knyttet til kollegagruppens anbefalinger og til dens opplevelser av ansvar for kvaliteten av den enkeltes pasientarbeid. En slik ordning for kvalitetskontroll er blitt utprøvet i praksis (Newman og Luft, 1974). Fordeler ved ordningen er at den kan utformes på en lite truende måte og at den åpner for faglig videreutvikling og behandlingsmessige korreksjoner like mye som for overprøving og kontroll. En svakhet er at det nære samvær mellom kolleger kan utvikle seg til kameraderi, hvor forbrukerinteresser blir skjøvet i bakgrunnen.

En alternativ modell er å bygge inn kollegavurderinger i forbindelse med behandlingsrefusjoner, men samtidig anonymisere de deltagende parter, både behandler og pasient. Fordelen ved en slik modell er stor fleksibilitet, relativt beskjedne omkostninger og en mulighet for å sikre pasienters medinnflytelse. Dette er en modell som er under aktiv utprøving i USA. Etter tre års forarbeid ble modellen satt ut i livet sommeren 1980.

CHAMPUS-modellen for refusjon av psykologiske tjenester

Refusjonsordningen som skal omtales nærmere er utviklet som et samarbeidsprosjekt mellom APA (American Psychological Association) og det føderale trygdesystem CHAM-

PUS (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services). Dette er et trygde-system som dekker helse- og sykeutgiftene til nærmere 7 millioner amerikanere. Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om, fra trygdeorganisasjonenes side, å utvikle en bred refusjonsordning for psykologiske tjenester, men samtidig en ordning som stimulerer til kostnadmessig ansvarlighet og behandlingsmessig kvalitet. Et av hovedprinsippene i opplegget er bruk av kollegavurderinger (*peer reviews*) i beslutningsprosessen om hvilke ytelser som skal refunderes. Tradisjonelt blir slike avgjørelser foretatt av medisinsk og/eller administrativt personale, uten medvirkning av psykologer endog i de tilfeller hvor det dreier seg om rene psykologiske tjenester. Man står således overfor et opplegg hvor psykologprofesjonen har fått anledning til å utvikle standarder basert på egne premisser.

Innkommende refusjonskrav blir behandlet av regionale forsikringselskaper. Saksbehandlingen innen disse selskapene finner sted på tre nivåer. Ved behandlingen på laveste trinn — blir det kontrollert om vedkommende psykolog er refusjonsberettiget, om pasienten er dekket av trygdesystemet, og om den anførte behandlingsmetode faller inn under refusjonsordningen. Det foreligger f.eks. bestemmelser om at refusjon ikke skal gies for deltagelse i vekst, sensitivets- og bevisstgjøringsgrupper. Behandlingen skal være rettet mot klare funksjonsforstyrrelser eller subjektive plager. Alle former for utdannelsebehandling faller også utenfor. Derimot dekkes både individualterapi, parterapi, familierapi og gruppeterapi, men for hver av disse terapiformer gjelder visse regler. For individualterapi gjelder at den ikke skal omfatte mer enn to behandlingstimer i uken, og ikke omfatte mindre enn én time hver annen måned, og at behandlingstimen skal ha en varighet mellom 30 og 60 minutter. Med mindre en spesiell krisesituasjon er til stede, skal det ikke gis mer enn én behandlingstime pr. døgn. Ved gruppeterapi skal det være mellom 4 og 10 deltagere, som alle skal være 8 år eller eldre, og det skal ikke være mer enn to deltagere fra samme fa-

milie, og gruppemøtene skal ha en varighet mellom 60 og 120 minutter, osv. Saksbehandlingen på laveste nivå er rutinepreget og regelorientert.

Alle tilfeller som faller utenfor regelverket eller hvor det er tvil til stede, overføres til saksbehandling på trinn nr. to. Alle refusjonskrav om psykologiske undersøkelser og tester blir automatisk overført til dette nivå, og det samme er tilfelle med seriebehandlinger når disse når opp i et bestemt antall timer. De øremerkede timetall er henholdsvis den 8de, 24de, 40ne, 60ne og deretter hver 24de. Når en seriebehandling når opp til hvert av disse timetall forutsettes det at behandlende psykologer sammen med refusjonskravet oversender en behandlingsrapport. Rapporten skal gis på et særskilt skjema, og skal omfatte hvilke fremskritt som hittil er gjort, hvilke funksjonsforstyrrelser pasienten for øyeblikket lider under, hvilke behandlingsmål en har satt seg og hvilken behandlingsplan en tar sikte på å gjennomføre. Behandlingsrapporten skal undertegnes av både psykolog og pasient. Hvis psykologen av en eller annen grunn mener pasienten bør holdes utenfor, skal dette særlig begrunnes. Under behandlingsstatus skal angis hvor mange flere behandlingstimer som antas å være nødvendig.

Behandlingsrapporten har som oppgave å få frem 1) at pasienten lider under en dysfunksjon eller av plager som rettfærdiggjør behandling, 2) at gjennomføring av behandlingen har medført og vil medføre en rimelig bedring av tilstanden, 3) at oppnåelsen av de oppsatte behandlingsmål vil føre til en eliminering eller reduksjon av de eksisterende plager eller dysfunksjoner, og 4) at de oppgitte intervensjonsformer med rimelighet kan ventes å føre til en oppnåelse av behandlingsmålene. En mangelfull artikulering av hver av disse punkter blir sett på som uttrykk for et utilfredsstillende behandlingsopplegg. F.eks., hvis det ikke blir formulert noen målsetning for behandlingen, må det antas at psykolog og pasient ikke har beskjefteget seg med spørsmålet. Hvis det ikke blir sagt noe om fremskritt som følge av behandlingen (eller hvorfor fremskrittet ikke har funnet sted), må det kunne dras i tvil om

behandlingen har hatt eller vil komme til å gi resultater. Den behandlende psykolog (i samarbeid med pasienten) blir altså tillagt ansvar for å redegjøre både for nødvendigheten av behandlingen og for hvor tilfredsstillende den utvikler seg.

Saksbehandler på annet trinn i trygdeselskapet gjennomgår rapporten, og fatter på grunnlag av et noe mer skjønnsmessig regelverk, vedtak om refusjonskravet skal imøtekommes eller ikke, eller hvis tvil er til stede, om saken skal forelegges for psykologkolleger til uttalelse. Kollegavurderingene innhentes i tilfelle fra tre psykologer som ser på saken og tar stilling til den uavhengig av hverandre. Ved oversendelsen til disse fjernes alle opplysninger som kan gi mulighet for å identifisere pasienten og den behandlende psykolog. Oversendelsen av en sak til kollegavurderinger står for det tredje og høyeste nivå i saksbehandlingen.

Kollegavurderingene gis på et eget skjema. Det skal her bl.a. gis en uttalelse om hvorvidt refusjonskravet (for den gjennomførte behandling) bør godkjennes, delvis godkjennes eller avvises. Videre skal det tas stilling til om refusjon ubetinget bør bli gitt for videre behandling (dvs. til det neste øremerkede timetall for vurdering), om refusjon bør bli innvilget for ytterligere 12 timer og deretter bli vurdert på nytt, eller om refusjonen omgående bør opphøre, eller om den bør opphøre etter et bestemt antall timer (4 til 16). Kollegavurderingene forutsettes å ta utgangspunkt i hva som er til pasientens beste og til hva som representerer psykologisk behandling av tilfredsstillende kvalitet. Kollegavurderingene kan også omfatte anbefalinger om endring av behandlingsmetode, overføring av pasient til annen behandler, eller ønskeligheten av at nåværende behandler søker konsultativ bistand. Vurderingene har altså også som siktemål å yte hjelp til behandler psykolog.

Det er viktig å peke på at alle avvísninger av refusjonskrav fra trygdeselskapets side kan innankes til kollegavurdering av behandler psykolog. Likeledes er det opp-

rettet en egen ankeinstans hvor behandlende psykolog kan påklage avgjørelser basert på kollegers anbefalinger.

Refusjonskrav for tester og undersøkelser blir som nevnt, overført til *annet* trinn i saksbehandlingssystemet. Grunnen til dette er at alle psykologiske undersøkelser forutsettes å bli utført med henblikk på å gi svar på bestemte problemstillinger, og refusjonskravet må være ledsaget av en kort redegjørelse for disse, såvel som for valg av metoder. Det skilles mellom følgende undersøkelsesprosedyrer: Intelligens og modenhetstester, projektive personlighetstester, selvadministrerende tester, nevropsykologiske og screenings- tester og nevropsykologiske testbatterier. Egne regler er utarbeidet for refusjon av undersøkelser. Bl.a. gjelder at det ikke skal gjøres bruk av mer enn 3 selvadministrerende tester, at hver av disse ikke skal strekke seg over mer enn en halv time, at testing av intellektuelle funksjoner ikke skal overstige 2 timer, at bruk av nevropsykologisk testbatteri ikke skal omfatte mer enn 5 timers testing og 7 timers bearbeiding.

I alle tilfeller hvor regelverket ikke blir fulgt må det gis en begrunnelse. Alle slike saker blir overført til behandling på *tredje* trinn i beslutningsprosessen. Dvs. alle slike saker forutsettes å bli forelagt kollegavurderinger før vedtak blir fattet om godkjenning eller ikke. Hvis to av de tre kollegavurderingene faller sammen, vil den endelige avgjørelse, hvis ikke spesielle forhold er til stede, gå i denne retning.

På et punkt er regelverket klart og bestemt og gir ingen mulighet for særbehandling. Ingen refusjon skal gis for behandling som strekker seg ut over 60 timer, med mindre det foreligger en anbefaling gjennom kollegavurderinger. Videre skal kollegavurderinger innhentes for hver etterfølgende serie på 24 behandlingstimer.

Refusjonsordningen stiller krav til den praktiserende psykolog om å gjennomtenke rasjonelen for undersøkelser og behandling. Når det bes om begrunnelser og om målformuleringer, betyr ikke dette at det for-

ventes noen lengre utredning, men en uttalelse som viser at psykologen har en plan og en mening med det som blir gjort.

Et problem som alltid er tilstede i forbindelse med innrapportering av klinisk virksomhet er konfidensialitetsforholdene. En rekke forholdsregler er blitt innarbeidet på dette punkt i CHAMPUS-prosjektet, bl.a. bruk av spesialtrenet personale og utvikling av særlige saksbehandlingsprosedyrer med strenge regler for saksforsendelser, dokumentinnsyn og dokumentmakulering.

Hvilke krav stilles til psykologer som skal delta i vurderingsarbeidet? Disse psykologene oppnevnes av hovedkontoret for trygdesystemet etter anbefaling fra et nasjonalt rådgivende organ som igjen baserer seg på forslag fra de statlige psykologforeninger og fra disse foreningers yrkeskomitéer («Professional Standards Review Committees.») Det blir stilt krav om at vedkommende 1) har full psykologlisens, 2) har minst 5 års klinisk praksis, 3) er fortløpende engasjert i klinisk virksomhet i et omfang på minst 10 timer i uken, og 4) ikke oppbeholder en praksis hvor mer enn en fjerdedel er knyttet til CHAMPUS-systemet. Hensikten med det siste kravet er å unngå å gjøre bruk av psykologer som selv er bundet opp i systemet.

Som nevnt kommer kollegavurderingene inn i bildet på følgende punkter: 1) Når et lavere saksbehandlingsnivå er i tvil om et refusjonskrav skal godkjennes, 2) når en behandlingsserie skal strekke seg ut over 60 timer, 3) når tidligere kollegavurderinger har anbefalt reevaluering etter et bestemt antall timer, og 4) når en praktiserende psykolog ønsker godkjenning for bruk av metoder som er uvanlige, uortodokse og som bryter med gjeldende regler. I alt er det blitt oppnevnt ca. 400 kollegavurderere. Disse er fordelt på geografiske regioner, stort sett etter tallet på trygdede i de forskjellige områder.

Hvilke betingelser stilles for at en psykolog skal få refusjonsrett fra sine ytelser? Det er tre krav som er sentrale i denne forbindelse. Vedkommende psykolog må ha avlagt eksamen i psykologi på høyeste nivå innen det amerikanske universitetssystem, må ha statlig psykologlisens eller autorisasjon, og må ha

hatt minst to års supervisert klinisk praksis. Dette tilsvarende kriteriene for å bli innført i det amerikanske *National Register for Health Service Providers in Psychology*. Psykologer som allerede er innlemmet i registeret, vil derfor automatisk få refusjonsrett i CHAMPUS. Dette gjelder for øyeblikket ca. 13.000 psykologer. For andre blir det stilt krav om at de fremlegger attester og dokumentasjon på at de oppfyller kravene.

Refusjonsordningen vi har beskrevet ovenfor er av relativt ny dato. Det er vanskelig å si hvorledes den vil virke over tid, om den faktisk vil innfri forventningene om å høyne kvaliteten på psykologiske ytelser og gjøre psykologstanden mer ansvarsbevisst når det gjelder kostnads og effektivitetsproblemer.

Selv om erfaringene fra CHAMPUS ennå er sparsomme, er det viktig å peke på at det nye refusjonssystem med bruk av kollegavurderinger har tiltrukket seg flere andre amerikanske forsikringsselskapers interesse, (bl.a. AETNA og TRAVELERS), og det er fra disse blitt tatt kontakt med den amerikanske psykologforening for å få utprøvet vurderingssystemet. Et selskap, Aetna Life and Casualty, har allerede begynt å gjøre bruk av systemet på forsøksbasis, og har videreformidlet resultatene av de første 45 behandlingsrapporter som ble henvist til kollegavurderinger. De vanligste henvisningsgrunner var spørsmål vedrørende hyppigheten av behandlingstimer, nødvendigheten av selve behandlingen, hensiktsmessigheten av behandlingen sett i forhold til angitte mål eller problemer, og pasientens grad av funksjonsforstyrrelse eller lidelse.

Refusjon for utført behandling ble anbefalt i 96 % av tilfellene. I 2 % av tilfellene gikk anbefalingene ut på å avvise refusjonskravet. I 2 % av tilfellene var det ingen enighet eller ikke noe flertall for en bestemt løsning. Når det gjelder planlagt behandling, steg andelen av tilfeller hvor kollegavurderingene gikk i forskjellig retning (og således ikke kunne gi holdepunkter for vedtak) til 20 %. I 27 % av tilfellene gikk kollegavurderingene ut på at refusjon burde opphøre etter et bestemt antall timer, og i 24 % av tilfellene — at det påtenkte behandlingsopplegg ikke burde god-

kjennes fullt ut. Forsikringsselskapet på sin side besluttet å honorere alle refusjonskrav ut fra hensynet til pasientens situasjon, og i noe over to tredjedeler av de vurderte tilfeller ble det videre behandlingsopplegg godkjent. Det blir forøvrig understreket at mer utfyllende opplysninger i behandlingsrapportene ville ha redusert tallet på kollegahenvisninger, og at kravet om utarbeidelse av slike rapporter i seg selv fører til en standardforbedring ved at de tvinger behandlende psykolog til å gjennomtenke og analysere egen virksomhet.

I en foreløpig rapport fra CHAMPUS basert på de 21 første behandlingsrapporter underkastet kollegavurderinger, blir det pekt på at full enighet mellom vurdererne var tilstede i 73 % og 75 % av tilfellene for anbefalinger vedrørende henholdsvis utført og planlagt behandling. I to tilfeller var vurdererne enige om at den utførte behandling ikke burde gis refusjon, og i 6 av de 21 tilfeller at det var påkrevet med mer informasjon før man kunne ta stilling til det videre behandlingsopplegg.

Bruk av kollegavurderinger innen CHAMPUS-systemet er ikke begrenset til psykologers ytelser. Et noenlunde tilsvarende prosjekt som det vi har beskrevet, er iverksatt som et samarbeidsprosjekt med den amerikanske psykiaterforening.

Innføringen av kollegavurderinger for trygderefusjoner til psykologer og psykiatere, har reist spørsmålet om hvilken ordning som skal gjelde for psykiske helsetjenester utført av leger uten psykologisk eller psykiatrisk utdanning. Sommeren 1980 ble det bestemt at CHAMPUS normalt ikke skal yte refusjoner for behandling av mentale lidelser foretatt av leger som ikke har spesialist-kompetanse i psykiatri, eller som ikke befinner seg i eller har avsluttet et godkjent 3-årig psykiatrisk utdanningsprogram. En bivirkning av det nye vurderingssystem er at det er i ferd med å bli slått fast at kvalifisert behandling av psykiske lidelser ikke er noe som automatisk følger av en generell legeutdanning.

Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at kollegavurdererne blir betalt for arbeidet etter medgått tid. Timehonoraret er for tiden

fastsatt til \$ 40,-. Det faktum at vurderingsarbeidet medfører en ekstra utgift for trygdeselskapet, reiser spørsmålet om fordelene oppveier omkostningene. Dette er et spørsmål som vil bli vurdert nærmere når man har fått mer erfaring. Det må her gjentas at det bare er et mindretall av refusjonskravene som forutsettes å bli henvist til kollegavurderinger. Fra CHAMPUS-systemets side er det blitt fremhevet at standardvurderinger med hensyn til psykiatrisk hospitalbehandling har vist seg å gi vesentlige kostnadsbesparelser i forhold til utgiftene.

Vi nevnte tidligere at det i forbindelse med oppstartingen av programmet ble tatt kontakt med statlige *Professional Standards Review Committees* for å innhente forslag på psykologer som var egnet til vurderingsarbeid. Disse komitéer ble opprettet helt i begynnelsen av 70-årene etter initiativ av APA, som et første skritt i utviklingen av selvregulerte psykologiske yrkesstandarder. Formålet med komitéene var å være konsultative organer for psykologer, klienter og trygdekasseinstitusjoner i spørsmål vedrørende honorarberegninger og normalprosedyrer for behandling av ulike typer psykologiske problemer. Komitéene, som vanligvis fungerer som faste utvalg under statlige psykologforeninger, består av psykologer med ulik institusjonstilknytning og behandlingsorientering. I de senere år har flere av komitéene på egen hånd påbegynt arbeid med å utvirke yrkesmessige garantiordninger basert på kollegavurderinger. Det er blitt fremholdt at alle forbrukere av psykologiske tjenester bør ha krav på å få vite om en praktiserende psykolog arbeider innenfor rammen av et profesjonelt kontroll-system.

Behovet for henvisning fra lege

For 10—15 år siden var det ikke ualminnelig at amerikanske sykeforsikringsselskaper stilte krav om legehenvvisning for refusjon av psykologiske undersøkelser og behandling. Når dette kravet etter hvert er falt bort, skyldes det to forhold. For det første domsavgjørelser som har gått ut på at en forbruker selv skal ha rett til å velge om han ønsker

behandling for sine psykiske plager hos lege eller psykolog, og at det er utilbørlig av trygdeselskaper å influere på denne valgfrihet blant deres premiebetalende medlemmer gjennom selektive refusjonsordninger. Så lenge trygdeordningen sies å dekke behandling for mentale problemer, og så lenge både leger og psykologer er autorisert til å gi slik behandling, må den trygdede selv i prinsippet stå fritt til å oppsøke den behandler han ser seg mest tjent med. En ganske annen sak er at trygdeselskapet kan innføre begrensninger både i ytelser og i krav til kompetanse, men disse må utformes på en slik måte at de ikke har diskriminerende virkninger på yrkesutøvere som rettslig sett står i samme stilling. Før dette likhetsprinsippet ble fastslått av domstolene, var det imidlertid mange forsikrings-selskaper som hadde begynt å endre sin praksis som følge av økonomiske analyser.

Det er lenge blitt argumentert med at man ved å fjerne kravet om legehenvising ville få en uakseptabel økning i refusjonskrav for psykologiske undersøkelser og behandling. Dette argumentet ble satt på prøve i 1972 da et stort forsikringsprogram for føderale arbeidstakere («Etna Government-Wide Indemnity Programme for Federal Employees») besluttet å frafalle det tidligere henvisningskrav. Refusjonskravene i årene som fulgte for behandling av nervøse og mentale lidelser (sett i forhold til de totale trygdeutgifter), viste ikke noen signifikant endring fra tidligere år. Det forventede utgiftshopp viste seg ikke å slå til.

Samtidig ble det foretatt en del beregninger av økonomiske konsekvenser av å sløyfe det tidligere henvisningskrav. Tapt arbeidsinnsats ved legeundersøkelsene alene, ble kalkulert til et betydelig beløp. For de nettopp nevnte forsikringstakere oppgir Dörken (1981), en årlig innsparing på ca. 2 millioner dollar. Videre ble trukket frem at henvisningsbesøkene la beslag på legetid som kunne vært anvendt på en bedre måte. I tillegg til å måtte dekke disse legehonorarene, ble selskapet også ofte belastet med utgifter til laboratorieprøver. Fra medisinsk hold er det blitt hevdet at legeundersøkelser i forbindelse med mentale lidelser i gjennomsnitt gir ca. 25 % høyere

kostnader enn nødvendig, som følge av bruk av prøver som ikke er indikert ut fra medisinske forhold.

Det er blitt hevdet at en obligatorisk legeundersøkelse vil kunne fange opp somatiske lidelser som hverken psykolog eller pasient ellers ville kunne komme på spor av. At dette kan forekomme kan ikke benektes, men spørsmålet om kostnader sett i forhold til nytteverdi må også vurderes. I denne sammenheng er det viktig å ha for øye at en fokusering på somatiske forklaringsprinsipper kan ha som konsekvens at pasienten redefinerer sine plager uten at det er noe egentlig grunnlag for det, og at dette i neste omgang kan føre til at behandlingstkostnadene blir vesentlig større enn de ellers ville blitt. Det foreligger i dag en del statistisk materiale fra syke-trygdeområdet som viser at tidlige psykologiske behandlingstiltak medfører et redusert behov for medisinske trygdeytelser, og at utgiftene til disse tiltak fullt ut kan oppveies av de etterfølgende besparelser (Cummings, 1977). Ut fra et kostnadsperspektiv er det derfor større grunn til overfor pasienter med psykiske plager og funksjonsforstyrrelser å forlange en forutgående psykologisk vurdering enn å opprettholde kravet om medisinsk evaluering med viderehenvisning til psykolog. Det er påfallende at etterat kravet om legehenvising er bortfalt ved amerikanske trygdekasssystemer, og man har samlet erfaring med en psykologisk primærhelsetjeneste, har det ikke hevet seg røster for å gjeninnføre den gamle ordning.

Det foreligger en god del statistikk som viser at svært mange pasienter med mentale lidelser utelukkende blir behandlet av almenpraktiserende leger. For noen år tilbake (1957), ble det i USA anslått at 54 % av alle pasienter med mentale sykdommer henvendte seg til og fikk behandling av ikke-psykiatrisk utdannede leger. Nyere data (1977) tyder på at denne pasientgruppe har sunket til ca. 30 %. De aller fleste pasienter som søker hjelp på denne måte blir bare gitt medikamentell behandling.

Hvor utbredt denne behandlingsform er kommer klart til uttrykk i salgsstatistikken for slike psykofarmaka som Librium og

Valium. I 1978 ble det av disse to produkter alene omsatt nærmere 5 milliarder tabletter. I alle fall i USA er det påvist at leger med psykiatrisk utdannelse stort sett er langt mer tilbakeholdne med å foreskrive slike tabletter enn andre leger. De begrensninger i refusjonen av psykologiske behandlingstiltak som er foreslått innen CHAMPUS-systemet, peker klart hen mot en skjerpet kvalitetskontroll av mentalhygieniske tjenester.

Avslutning

Hensikten med denne artikkel er å peke på et nytt forhandlingsopplegg for Norsk Psykologforening i forsøket på å få gjennomført endringer i de nåværende refusjonsregler for psykologiske ytelser. Vi har gitt en beskrivelse av hvorledes kollegavurderinger kan trekkes inn i behandlingen av refusjonskrav, og vi har fremholdt at man her står overfor en ordning som kan virke til å beskytte forbrukere mot mindreverdige tjenester.

Betydelige beløp blir hvert år stilt til rådighet av det offentlige helsevesen for psykologisk poliklinisk behandling. Det er innlysende at de psykologer som er engasjert i slik behandling, har et faglig og etisk ansvar for å dokumentere at de mottatte midler blir anvendt på en effektiv måte. På den annen side er det også myndighetenes plikt å utforme betalingsordninger som gjør at befolkningen kan få den best mulige service.

Et av hovedprinsippene ved den omtalte refusjonsordning er at den nedbetoner formelle kriterier til fordel for ytelseskriterier hvor de bestemmende faktorer for refusjon ikke er hva man er, men hva man faktisk gjør i den behandlingmessige hverdag.

En overgang til et mer profesjonskontrollert refusjonssystem, vil stille nye krav til profesjonens medlemmer, men samtidig åpne muligheter for å utvikle et system hvor forbrukerinteresser får en sterkere stilling, og hvor psykologiske tjenester blir mer direkte integrert i den primære helsetjeneste. Den selvstendig praktiserende psykolog er ofte blitt møtt med skepsis i Norge. Oppbygging av regionale institusjoner er blitt vist større

velvilje. En medvirkende faktor har sikkert vært å skape et bredere faglig miljø, men det er vanskelig å fri seg fra tanken om at også kontrollforhold har spilt en viss rolle. Offentlige helseinstitusjoner med en ansvarlig ledelse er blitt antatt på en hensiktsmessig måte å kunne øve faglig kontroll over de ansattes kliniske virksomhet. Dette er i tråd med en modell hvor kontroll øves ovenfra og nedover. Men dette er en kontrollform som ofte mer ivaretar institusjoneseiernes enn klientenes interesser. I de senere år er det vokst frem et sterkt ønske om å styrke de mentalhygieniske ressurser innen lokalmiljøet. En slik utvikling kan fremmes gjennom en omlegging av de nåværende trygdefusjonsregler for psykologiske lidelser. Ved å bygge nye regler på en ordning som legger vekt på kvalitetskontroll gjennom kollegavurderinger — vil enkelte av skyggesidene ved tradisjonell individualpraksis og smågruppepraksis ikke lenger være til stede. Desentraliseringsønsker er ofte blitt fremført under mottoet om at det pene er det lille. Overført på institusjonssektoren vil dette kanskje innebære en fornyet satsing på den selvstendige profesjonsutøver.

Referanser

- «APA Peer Review Program for Champus Begin at Last». *APA Monitor*, 1980, 11, nr. 9-10, p. 21.
- «Aetna Findings Summarized» *California State Psychologist*, 1980, 14, nr. 4. 17-18.
- Clairborn, W. L. & Zaro, J. S. The development of a peer review system: The APA/CHAMPUS Contract In Kiesler, C. A., Cummings, N. A. & VandenBos, G. K. (eds.) *Psychology & National Health Insurance: A Source book*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1979, p. 360-371.
- Cummings, N. A. Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Professional Psychology*, 1977, 8, Pp. 491-501.
- DeLeon, P. H. & VandenBos, G. R. Psychotherapy reimbursement in federal programs: Political factors. In VandenBos, G. R. (ed.): *Psychotherapy: Practice, Research, Policy*. Beverly Hills, CA.: Sage Publ., 1980. Pp. 247-285.
- Dörken, H. The use, cost and delivery organization of mental health and psychological services in the United States. In Christiansen, B. (ed.): *Does Psychology Return Its Costs*. Under utgivelse av NAVF's program for klinisk psykologi, Oslo, 1981.

- National Advisory Panel for CHAMPUS: *APA/CHAMPUS Outpatient Psychological Provider. Manual. Version 1.0.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1980.
- National Institute of Mental Health: Quality assurance for mental health care. In Kiesler, C. A., Cummings, N. A. & VandenBos, G. R. (Eds.): *Psychology and National Health Insurance: A Sourcebook.* Washington, D. C.: American Psychological Association, 1979. Pp. 367-390.
- Newman, D. E. & Luft, L. L. The peer review process: Education versus control. *American Journal of Psychiatry*, 1974, *131*, 1363-66.
- Schlesinger, H. J.; Mumford, E. & Glass, G. V.: Mental health services and medical utilization. In VandenBos, G. R. (Ed.): *Psychotherapy, Practice, research, policy.* Beverly Hills: Sage Publication, 1980. Pp. 71-102.
- Spiegel, J. P. & Hamersley, D. W. Peer review: An obligation for psychiatrists. (Editorial), *American Journal of Psychiatry*, 1974, *131*, 1382-84.
- «Task Force on Standards and Quality Assurance». *California State Psychologists*, 1980, *14*, nr. 2, 21-22.
- «Update on Champus peer review». *California State Psychologist*, 1980, *14*, nr. 5, p.14.