



Finansiell samordning mellan
FÖRSÄKRINGSKASSAN SOCIALTJÄNSTEN PRIMÄRVÅRDEN
I samverkan med
LÄNSARBETSNÄMNDEN PSYKIATRIN VUXENUTBILDNINGEN

DELTAPSYKOLOGERNA

**Eva Ahlin
Helen Antonsson
Carina Forsberg
Halldora Gunnarsdottir
Ingrid Holm
Jana Karlsson
Christina Manhem
Frändesjö
Kerstin Nyberg
Agneta Nyström
Catharina Särg**

Hisingen 1 maj 2001

Utvärderingsrapport

INLEDNING

Utvärdering har varit ett centralt och integrerat inslag i DELTA-samverkan som bedrivs på Hisingen i Göteborg sedan 1997. Tillsammans med ett drygt tjugotal rapporter utgör denna rapport en del av den lokala utvärderingen av DELTA-samverkan.

Uppdraget

DELTA-samverkan har sin grund i den så kallade SOCSAM-lagstiftningen. SOCSAM är en försökslagstiftning, som medger att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för ökad välfärd, effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. Försökslagstiftningen upphör i och med årsskiftet 2002/2003.

I sin ansökan om att få bedriva försöksverksamheten preciserade de dåvarande huvudmännen, Göteborgs allmänna försäkringskassa och Göteborgs stad, att man ville bedriva försöket med fokus på grupper i åldrarna 16 till 64 år som inte på effektivt sätt nås av välfärden. Försöket skulle bedrivas i form av avgränsade, gemensamt finansierade delprojekt. I den gemensamma finansieringen skulle sjukvården företrädas av primärvården. I ansökan angavs också att samverkan, utanför den finansiella samordningen, skulle sökas med Länsarbetsnämnden i dåvarande Göteborgs- och Bohus län.

Organiseringen

Försöksverksamheten har bedrivits i enlighet med de givna förutsättningarna. Från och med 1998 har psykiatrik vid länssjukvården inlemmats i samverkan. Vuxenutbildningen har ingått från och med år 2000. Dessa båda har deltagit på samma förutsättningar som Länsarbetsnämnden. Regionbildningen i Västsverige ändrade ägarbilden så att från och med 1999 består ägarna av Västra Götalands allmänna försäkringskassa, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs stad.

Två genomgående strategier för DELTA-samverkan bör noteras. Den ena är att varje aktivitet har föregåtts av ett gemensamt kartläggningsarbete, Kunskaps-DELTA. Syftet har varit tvåfald, dels att skapa en gemensam utgångspunkt, dels att från start försöka optimera förhållandet behov – åtgärd. Den andra strategin är att DELTA-samverkan skall ägas lokalt och stöttas centralt. Med ”lokalt” skall förstås medarbetarna som i sitt dagliga arbete möter Hisingborna. Det är dessa medarbetare som bäst kan läsa av i vilka avseenden som välfärden fungerar eller inte fungerar och därmed kan vara av intresse för samverkan inom DELTA. Med ”centralt” skall förstås samtliga övriga nivåer inom respektive organisation.

Utvärderingen

Uppdraget att utvärdera SOCSAM-försöken ligger på Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Årliga lägesrapporter har lämnats till regeringen. Senast den 1 december 2001 skall en slutrapport lämnas. I denna skall en sammanfattande rapportering och bedömning lämnas. De förhållanden som inte kan rapporteras vid denna tidpunkt skall rapporteras senast den 1 juli 2003.

Parallellt med den nationella utvärderingen har DELTA-samverkans politiska ledning, Beställarförbundet, redan i ett tidigt skede avsatt resurser för utvärdering av DELTA's olika aktiviteter och konsekvenser av dessa. Beställarförbundet har därmed betonat vikten av systematik och konsekvens inte bara i identifiering, start och drift av aktiviteter, utan också i uppföljning med avseende på effekter och resultat för varje aktivitet.

Utvärdering av DELTA's aktiviteter har gjorts i form av självvärdering. Detta har varit ett naturligt val utifrån de två angivna strategierna för DELTA-samverkan. En strävan har även varit att uppföljning och utvärdering skall utvecklas till att bli en naturlig och integrerad del i arbetet. Varje aktivitet har därmed ägt sin egen utvärdering. DELTA's nätverk för utvärdering, sammansatt av representanter för ägarna och från olika institutioner eller motsvarande vid västsvenska högskolor och universitet, har lämnat riktlinjer för utvärderingsarbetet. Två representanter från universitetet har fortlöpande lämnat metodologiskt stöd till varje aktivitet. Varje aktivitet har uppmanats att skaffa en medbedömare som i slutskedet har gjort en så kallad kollegiebedömning av den då nästan färdiga rapporten.

Under arbetets gång har en gemensam struktur arbetats fram. Innebörden i denna är att varje aktivitet skall redogöra för sina förutsättningar, sin process och sina effekter/resultat. Dessa tre perspektiv skall anläggas på dels de Hisingebor som deltagit i aktiviteten, dels aktivitetens medarbetare, dels berörda organisationer. På detta sätt erhålls en matris med nio kombinationer. Olika instrument/redskap har använts för att beskriva och värdera innehållet i respektive kombination. Exempel är dagbok, enkäter, fokusgrupper, loggbok och EuroQol. Såväl individnivå som strukturer har belysts. I respektive rapport beskrivs det tillvägagångssätt som använts. En ambition har varit att inte enbart beskriva vad som åstadkommits och hur detta gjorts, utan även att reflektera över varför olika val och ställningstaganden gjorts

Det har varit angeläget att komplettera utvärderingen av varje aktivitet med värderingar av DELTA-samverkans effekter på dels respektive hemmaorganisation, dels samhällsekonomin. Detta har gjorts i särskilda studier. DELTA som lärande organisation har också studerats. Dessa tre studier har genomförts av representanter från högskola/universitet i DELTA-samverkans nätverk för utvärdering. Slutligen har en studie av läkemedelsförskrivningen vid Hisingens vårdcentraler genomförts.

Samtliga ovanstående utvärderingar är daterade 1 maj 2001. Under perioden fram till 1 augusti 2001 kommer sammanfattande utvärderingar att göras. En är en värdering av utvärderingen av DELTA-samverkan. En annan är en sammanfattande diskussion av de rapporter som lämnas den 1 maj 2001. Dessa båda rapporter tas fram av utvärderingsnätverkets medlemmar från universitet och högskola. De av nätverkets medlemmar som representerar huvudmännen, kommer att beskriva och värdera DELTA's arbete med utvärdering ur ett huvudmannaperspektiv. Slutligen kommer en rent beskrivande rapport att tas fram i syfte att redogöra för uppbyggnad, strategier etc för DELTA-samverkan.

I enlighet med grundprincipen för DELTA-samverkan ansvarar varje projektledare för sin rapport. Projektledarna har haft fortlöpande avstämningar med sina respektive styrgrupper, inklusive projektansvarig.

Hisingen 1 maj 2001

Johan Jonsson
Verkställande tjänsteman
Beställarförbundet DELTA på Hisingen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	sid 2
SAMMANFATTNING	sid 5
BAKGRUND	
Problemområde	sid 6
Deltapsykologprojektets framväxt	sid 6
Målsättning med projektet Deltapsykologerna	sid 7
Tidigare utvärderingar	sid 7
Målsättningen med utvärderingen av Deltapsykologprojektet	sid 7
Metoder för utvärderingen	sid 8
DELTAGARNA	
Förutsättningar	sid 8
Process	sid 9
Resultat/effekter	sid 10
Ett par exempel	sid 11
PERSONALEN	
Förutsättningar	sid 12
Process	sid 12
Resultat/effekter	sid 13
ORGANISATION	
Förutsättningar	sid 13
Process	sid 14
Resultat/effekter	sid 14
REFLEKTIONER/SLUTSATSER	
Som en aldrig sinande ström	sid 15
Ökade valmöjligheter	sid 15
Förebyggande insatser - och minskade kostnader	sid 16
Delta möjliggjorde omfördelning av resurser	sid 16
Och hur blir det sedan	sid 16
Bilaga	sid 18

SAMMANFATTNING

Ettusenettjugo (1 191) Hisingsbor har under de tre åren, som Deltapsykologerna varit verksamma, sökt sig till projektet då de upplevt någon form av psykisk ohälsa och därför varit i behov av psykologinsats. Drygt 75% av dem har varit kvinnor och knappt 25 % män. Mer än hälften har varit i åldrarna 25 - 40 år. Ungefär hälften av dem har barn och ungefär lika många är gifta eller sammanboende. Två tredjedelar har arbete eller studerar, tre fjärdedelar är ej sjukskrivna. Av de som avslutat sin behandling tycker drygt 70% att de genom insatsen fått stöd att hantera sin livssituation, kunnat komma tillrätta med svåra situationer och fått möjlighet att bearbeta och komma igenom kriser av olika slag. Detta har inneburit en ökad livskvalitet samtidigt som det för samhället inneburit minskade kostnader bla genom utebliven/minskad sjukskrivning och minskad konsumtion av sjukvård.

Deltapsykologprojektet erbjuder lättillgängligt psykologstöd i form av kris- och korttidsterapi till den stora och ökande grupp Hisingsbor, som på grund av psykisk ohälsa är i behov av detta. Det sker i nära samarbete med vårdcentralerna på Hisingen, vilket inneburit att medvetenheten och kunskapen om denna stora grupp ökat. Samarbetet har också inneburit ett möte mellan de medicinska och de psykologiska förklaringsmodellerna. Därigenom har en utveckling av helhetssyn och samsyn, när det gäller bedömning och behandling, påbörjats. 30% av alla sjukskrivningar på Hisingen har sin grund i psykisk ohälsa. Såväl Hisingens stadsdelar som primärvård och försäkringskassa har mycket att vinna på att Hisingsbons psykiska hälsa är god.

Detta förutsätter särskilt riktade och anpassade insatser som Deltapsykologprojektet, vilket möjliggjorts genom Deltas gemensamma ansvarstagande.

BAKGRUND

Problemområde

Under senare delen av 1900-talet har en förändring av sjukdomspanoramat skett. Förändringen innebär framför allt att den psykiska ohälsan hos vuxna ökar kraftigt. På Hisingen har, vid den senaste kartläggningen 2000, ca 30% av alla sjukskrivningar sin grund i psykisk ohälsa. Detta har inneburit att det blivit alltmer "tillåtet" att tala om psykisk ohälsa och att söka hjälp för den. Förändringen av samhällets resurser har dock inte skett i samma takt. Tillgången till exempelvis psykologresurser för att möta den psykiska ohälsan, innan den blivit mer eller mindre bestående, är fortfarande kraftigt begränsad.

Förändringen innebär också att allt fler vårdgivare kommer i kontakt med människor, som behöver insatser av ett annat slag än tidigare. Därför behöver kunskapen om och förståelsen för den psykiska ohälsan och om hur man kan möta den vidgas. Detta gäller inte minst inom primärvården.

Dagmar och Delta har inneburit möjligheter att utveckla psykologinsatser för människor med psykisk ohälsa.

Deltapsykologprojektets framväxt

Att människors psykiska ohälsa innebar behov av insatser, som inte fanns inom den offentliga vården, blev tydligt redan i början på 1990-talet. Denna grupp ropade inte högt om kötider och bristande resurser men visade upp sina behov på andra sätt - som föräldrar, som personal, som Hisingebor. Därför påbörjades 1994 ett Dagmarprojekt, *Psykologinsatser inom Hisingens primärvårdsområde*, i samarbete mellan primärvården, försäkringskassan och Göteborgs Stads Psykologienhet på Hisingen. Projektet började i liten skala med 0,5 psykologtjänst. Psykologinsatsen förutsatte remiss från primärvårdens läkare. Avsikten var att utveckla psykologinsatser för människor med psykisk ohälsa och att öka kunskapen om behov och bemötande.

Den stora tillströmningen av remisser kom som en överraskning och synliggjorde ett behov, som tidigare "inte funnits", därför att det klätts om till fysiska symtom. I ett försök att hålla jämn takt med behoven utökades resursen inom Dagmarprojektet så att den 1997 bestod av 1,5 psykologtjänst.

Under 1997 påbörjades planeringen av de projekt som skulle rymmas inom Delta, ett Socsamprojekt i samverkan mellan försäkringskassan, primärvården, socialtjänsten och länsarbetsnämnden. Genom Delta uppstod en möjlighet att vidareutveckla de tankar, som låg till grund för Dagmarprojektet - att skapa former för lättillgängligt psykologstöd för den stora grupp Hisingebor, som synliggjorts genom Dagmarprojektet. Primärvårdens psykologverksamhet och Göteborgs Stads Psykologienhet Hisingen gjorde en gemensam ansökan om att starta projektet Deltapsykologerna, med ett gemensamt projektansvar. Därigenom gavs de två psykologorganisationerna med olika organisatorisk tillhörighet ökade möjligheter till samverkan samtidigt som olika former av samverkan med vårdcentralerna kunde prövas. I projektansökan beskrevs visionen - fem till sex psykologtjänster för Hisingeborna.

De projektansvariga hade kontinuerlig kontakt med vårdcentralernas chefer och under hösten 1997 gjordes en inventering av vårdcentralernas behov av psykolog. Även stadsdelscheferna informerades. Projektansökan godkändes. Under 1998 ökade antalet psykologtjänster till tre och en projektledare tillsattes. Deltafinansiering ersatte i huvudsak Dagarmedlen. Kravet på remiss togs bort - nu kunde Hisingensbon själv ta kontakt för att beställa tid. Psykologerna fick ansvar för olika geografiska områden och samarbetet med vårdcentralerna tog fart.

Under 1999 utökades antalet psykologtjänster inom Deltapsykologerna med en tjänst och mot slutet av 1999 tillkom en psykolog, anställd inom primärvården. Inför 2001 har projektet utvecklats genom att de fyra vårdcentralerna med egna Deltaprojekt i samverkan med Deltapsykologerna fått tillgång till psykologresurs motsvarande tillsammans 40 tim/v. Därigenom har möjligheterna att ytterligare utveckla samarbetet ökat. Projektledartiden har ökat från 3 till 6 timmar/vecka.

Målsättning med projektet Deltapsykologerna

Målsättningen för projektets psykologinsatser är

- att minska mänskligt lidande;
- att minska kostnader - för såväl individen som för samhället - genom att förkorta/förhindra sjukskrivning;
- att öka kunskapen, när det gäller bemötande/behandling av människor med psykiska och/eller psykosomatiska besvär.

För individen innebär detta att man genom psykologinsatsen får

- förståelse för bakgrunden till den egna psykiska ohälsan och/eller psykosomatiska sjukdomen;
- klarhet beträffande egna inre och yttre resurser;
- förståelse för de skeenden, som skapar psykisk ohälsa, och för samspelet mellan kropp och själ;
- bättre beredskap att själv möta och hantera stress, ångest, inre konflikter och påfrestningar i samspelet med andra.

Tidigare utvärderingar

Inom Dagmar-projektet har följande utvärderingar presenterats:

- *Primärvårdsprojektet – en utvärdering av psykologinsatser inom Hisingens primärvårdsområden*, Yakup Toper, 1997;
- *Vad påverkar utfallet av psykologbehandling? En utvärdering av verksamheten vid Psykologenheten Hisingen*, Försäkringskassans FOU:s utvärderingsrapport nr 2, Christer Gustavsson, 1999;
- *Primärvårdsprojektet på Hisingen – utifrån intervjuer med styrgrupp, läkare och psykologer*, Emma Sandblom, 1999.

Målsättning med utvärderingen av Deltapsykologprojektet

Målsättningen med utvärderingen är att studera i vilken utsträckning projektets målsättning - att erbjuda lättillgängliga psykologinsatser till dem, som upplever någon form av psykisk ohälsa – uppnåtts och på vilket sätt samverkan varit ett stöd i detta.

Utvärderingen innefattar

- bedömning av insatsens betydelse för deltagarna, när det gäller deras psykiska hälsa;
- bedömning av hur olika former för samarbete framför allt med vårdcentralerna har påverkat insatserna för deltagarna;
- bedömning av projektets betydelse för utveckling av kunskaper kring psykisk ohälsa och behandlingsmetoder;
- värdering av möjligheterna att utveckla verksamheten utan den finansiella samordning, som Delta inneburit.

Metoder för utvärderingen

Inom Deltaprojektet har en egen utvärderingsmetod utvecklats, där delar av de förväntningar som ställts på samtliga Socsamprojekt tillgodosetts. Den blankett, som är grunden i utvärderingen, är utformad så att den består dels av socsamspecifika och dels av projektspecifika bakgrundsdata. Psykologen fyller i en blankett för varje deltagare. På blanketten gör psykologen en bedömning av utfallet av insatsen. Deltagaren tillfrågas också om värdet av psykologinsatsen. Se bilaga. Blanketten har utvecklats, använts och analyserats i samråd med utvärderingsansvarig.

I utvärderingen har vi valt att avstå från dels EuroQol-instrumentet (EQ) och dels uppföljning av deltagarnas behov av försörjningsstöd respektive sjukvård. Skälet till det är huvudsakligen Delta-psykologprojektets förebyggande karaktär. De Hisingsbor vi möter är oftast inte sjuka/sjukskrivna. De flesta av dem arbetar eller studerar. Att ställa dem inför EQ:s sjukdoms-/rehabiliteringsinriktade frågor eller att förutsätta insyn i deras liv, när det gäller behov av försörjningsstöd/sjukvård, har känts integritetskränkande. I stället har vi valt att i våra projektspecifika bakgrundsdata ta med information som gör det möjligt att se om förändringar i sjukskrivning respektive sysselsättning skett i samband med psykologinsatsen.

Dagboken som beskriver processen i projektet - hur vi har gått tillväga för att utveckla projektet och hantera svårigheter t ex i samarbetet eller beträffande väntetiderna - är ytterligare en del i vårt utvärderingsmaterial. Den är ett resultat av många kontinuerligt beskrivna möten.

Vi har haft hjälp att utforma metoder för utvärderingen av Knut Lönnroth, Nordiska Hälsovårdshögskolan och Cecilia Abrahamsson, Försäkringskassan. Som vår sakkunnige medbedömare har vi valt professor emeritus Sven Karlsson, Psykologiska Institutionen. Vi har också fått många kloka synpunkter på vår rapport av Monica Forsell och Ola Andersson, Delta.

DELTAGARNA

Deltagarna - förutsättningar

Projektets målgrupp är Hisingsbor i åldrarna 16-64 år, som upplever någon form av psykisk ohälsa och därför är i behov av psykologinsats. Detta är en grupp, som naturligtvis funnits tidigare också, men som, på grund av vårdens bristande möjligheter att möta deras behov, inte blivit synliggjorda.

Det antal Hisingsbor, som sökt sig till projektet genom remiss eller egen tidsbeställning är:

Genom	1998	1999	2000	Totalt
remiss	219	183	215	617
egen tidsbeställning	61 (ht)	206	307	574
totalt	280	389	522	1 191

Av tabellen framgår att det totala antalet, som gör egen tidsbeställning, ökat under de tre åren. Hösten 1998 infördes möjligheten att själv ta kontakt per telefon för att göra Deltapsykologerna mer lättillgängliga och avlasta primärvårdens läkare. Därefter har antalet Hisingsbor, som själva tar kontakt, ökat kraftigt medan antalet remisser varit relativt konstant. En del ringer på uppmaning av personal på vårdcentralen eller andra samverkanspartner. Genom att man kan själv ta kontakt för att beställa tid ges individen möjlighet att ta ett större eget ansvar.

Under åren 1998 - 2000 har

- **antalet besök** ökat från **1 203** till **3 403 per år**;
- **antal avslutade behandlingar** ökat från **147** till **331 per år**;
- **antal personer i kö** ökat från **44** i december 1998 till **165** i december 2000.

Några bakgrundsdata från de behandlingar, som är avslutade:

- Fördelningen mellan antalet män och kvinnor - knappt 25% män och drygt 75% kvinnor - stämmer väl överens med liknande verksamheter.
- Ungefär hälften av deltagarna har barn.
- Ungefär hälften är gifta eller sammanboende.
- En tredjedel är födda i ett annat land.
- Mer än hälften är i åldrarna 25 - 40 år.
- Två tredjedelar har arbete eller studerar.
- Tre fjärdedelar är ej sjukskrivna vid första besöket.

Att döma av dessa bakgrundsdata befinner sig många av deltagarna i olika sociala sammanhang - de lever i en relation, de har barn, de arbetar eller studerar. Många är också i en aktiv fas i livet.

Deltagarna - process

Den vanligaste anledningen till kontakt är relations- och familjeproblematik av sådan omfattning att den kraftigt påverkar individens psykiska hälsa med olika symtom som följd. Mer avgränsad kris, förlust samt depressiva besvär och ångest är andra vanliga anledningar.

För att möta behoven hos de besökande Hisingsborna finns olika psykologiska behandlingsmetoder, som alla bygger på psykologiska teorier. *Korttidsterapi* är den behandlingsmetod som använts mest. Korttidsterapi är en metod, som utvecklats för att, på ett mycket fokuserat sätt, hjälpa människor att bearbeta en begränsad problematik. Korttidsterapi innehåller både psykodynamiska och kognitiva inslag. *Krisbehandlingen* inriktar sig på att hjälpa den person, som befinner sig i en kris, att få förståelse för de psykologiska processer som krisen innebär och därigenom så småningom åter få kontroll över sin livssituation. Trots att kris är en vanlig anledning till kontakt är antalet renodlade krisbearbetningar inte så stort. *Stödsamtal* samt *konsultativa samtal* förekommer också. Stödsamtalen syftar inte så mycket till bearbetning och förändring utan mer till att ge

emotionellt stöd t ex i en svår livssituation. Konsultativa samtal är ett uttryck för de samtal, som har sin grund i ett behov av att rådgöra med psykologen inför ett ställningstagande eller handlande. De akuta besök, som erbjuds vid några av vårdcentralerna, har oftast karaktären av konsultativa samtal.

För många av de besökande Hisingsborna har mötet med psykologen upplevts som nytt och annorlunda. De äldre har ofta varit mest främmande för situationen - "aldrig trodde jag att jag skulle behöva vända mig till en psykolog" - medan det för de yngre kan vara lika naturligt som att gå till doktorn.

Ett genomgående inslag i behandlingen är att hjälpa personen att må bättre men också att se sin förmåga att själv ta ansvar för och påverka sitt liv och sin psykiska hälsa. I detta arbete är det psykoterapeutiska samtalet en kraftfull metod. Detta har kunnat beskrivas i uttryck som "jag hade inte kunnat föreställa mig att våra samtal kunde få sådana effekter".

I och med att några av psykologerna haft tillgång till samtalsrum både på vårdcentralen och på psykologmottagningen har en del av Hisingsborna getts möjlighet att välja mötesplats, vilket uppskattats av dem, som sett psykologmottagningen som en mer neutral plats. För andra har det varit praktiskt att gå till den närliggande vårdcentralen. För Hisingsbor med spansk, turkisk, iransk eller serbokroatisk bakgrund har vissa möjligheter funnits att få träffa en psykolog, som talar det egna språket. Det finns ett stort behov av psykologbehandling på det egna språket men det är svårt att lösa finansieringen inom projektets ram.

För de deltagare, som också haft mycket kontakt t ex med läkare på vårdcentralen, har samarbetet mellan psykolog och läkare varit väsentligt. De flesta av deltagarna har dock inte varit i behov av läkarkontakt utan sett psykologinsatsen som den hjälp de behövt.

En avsikt med Deltaprojekten är att utveckla samarbetsformer mellan de medverkande inom Delta för att förbättra samarbetet kring individer och undvika att människor faller mellan stolarna. Detta har inneburit att en del av individinformationen, efter godkännande av deltagaren, överförs mellan projekten. Deltapsykologerna har varit angelägna om att eventuellt samarbete alltid skall ske utifrån deltagarens upplevda behov.

Deltagarna - resultat/effekter

En av målsättningarna med projektet Deltapsykologerna är "att minska mänskligt lidande". Utvärderingens målsättning är bland annat att bedöma insatsens betydelse för deltagarnas psykiska hälsa. Under 1999 och 2000 avslutades 568 behandlingar. Av de 461 deltagare, som gjort mer än ett besök och som avslutat sin behandling, tycker sig 326 (71%) ha blivit hjälpta genom insatsen. Deltagarens bedömning av att ha blivit hjälpt av samtalsbehandling har i stort sett överensstämmt med psykologens bedömning av utfallet av behandlingen. Att ha blivit hjälpt av insatsen innebär att Hisingsbon har fått stöd i att hantera sin livssituation, kunnat komma tillrätta med svåra situationer och fått möjlighet att bearbeta och komma igenom kriser av olika slag, vilket inneburit en ökad livskvalitet. Med tanke på att merparten av deltagarna, som framgår av bakgrundsdata, har barn, lever i en relation, arbetar eller studerar, är psykologinsatsen en viktig förebyggande insats.

För de 107, som kommit vid ett tillfälle, är det svårare att göra en bedömning. Många av dessa har kommit akut. Många uttrycker också att de fått mycket hjälp genom ett klargörande samtal. Andra hade behov eller förväntningar, som inte överensstämde med det psykologen

kunde erbjuda. I enstaka fall har den deltagande av olika skäl önskat fortsätta behandlingen men med annan psykolog inom projektet, vilket då tillgodosetts.

Ytterligare en målsättning är att ”minska kostnader - för såväl individen som för samhället – genom att förkorta/förhindra sjukskrivning”. Det är viktigt att komma ihåg att 75% av deltagarna under 1999 - 2000 inte var sjukskrivna utan var fullt sysselsatta antingen med arbete eller med studier. För dem var psykologbehandlingen ett sätt att komma tillrätta med upplevda svårigheter i den egna livssituationen - i många fall som ett alternativ till sjukskrivning.

Av de 124, som under 1999-2000 var helt sjukskrivna vid behandlingens början, har 45 (36%) blivit friskskrivna eller fått ett minskat behov av sjukskrivning i samband med behandlingen. Av de 89, som under samma period var arbetslösa, har 15 börjat arbeta, 3 påbörjat studier och 11 påbörjat arbetsmarknadsinsatser i samband med behandlingen.

Sammanfattningsvis visar erfarenheterna från projektet att en tidsmässigt begränsad insats medför vändpunkter i deltagarnas liv, åstadkommer symtomlindring, minskar det psykiska lidandet och motverkar att personen utvecklar sjukdomstillstånd i framtiden. Insatsen värderas högt av deltagare och samarbetsparter och fler och fler söker sig/remitteras till verksamheten. För de deltagare, där psykologbehandlingen är en del i en samlad rehabiliteringsinsats, har samarbetet med övriga yrkeskategorier bidragit till en helhetssyn, som inkluderat de psykologiska perspektiven. Detta har ökat deltagarens känsla av att ha blivit förstådd.

Vid projektets start fanns en vision om en väntetid på tre veckor. Genom den kraftiga ökningen av Hisingsbor, som gör egna tidsbeställningar, har väntetiderna ökat och ligger mellan 3-5 månader trots att antalet psykologer ökat. Många tackar ja till erbjudandet om tid även om väntetiden varit lång. Utfallet av behandlingen påverkas inte av väntetiden. Däremot finns det en tendens till att behandlingen blir längre, när väntetiden varit lång. Detta bekräftas av den utvärdering av Dagmarprojektet, som beskrivs i FOU:s utvärderingsrapport 2, (Försäkringskassan, Christer Gustavsson,1999).

Många av deltagarna har haft behov av längre behandling än de ca tio tillfällen som projektet erbjuder. Om psykologen bedömt att ytterligare några få gånger skulle vara tillräckligt eller att det varit etiskt omöjligt att lämna deltagare har man fortsatt inom projektets ram. I andra fall har tiden glesats ut för att räcka längre. Deltagare har också haft möjlighet att ta upp kontakten igen, om situationen blivit för svår. I enstaka fall har socialtjänsten, Sophieprojektet eller försäkringskassan finansierat en fortsatt psykoterapi hos den psykolog man börjat hos. Enstaka deltagare har fått möjlighet att påbörja behandling inom psykiatri.

Ett par exempel

För att förmedla en bild av de situationer, som deltagarna kan befinna sig i, när de tar kontakt, kommer här ett par exempel.

En deltagare säger ”Jag har varit sjukskriven ett par månader. Det som utlöste det hela var en situation på jobbet men jag har länge känt mig trött och ledsen. Läkaren på vårdcentralen anser att jag är utbränd och deprimerad. Han har ordinerat vila. Han ville också ge mig medicin, men det vill jag inte ta. Jag går som i ett tomrum. Allt står stilla. Kan du hjälpa mig att förstå vad som händer med mig?”

Efter några samtal börjar deltagaren förstå sambandet mellan hennes oförmåga att säga nej och de symtom hon har. Hon kan pröva andra strategier och upptäcker att det är möjligt att säga ifrån, att andra lyssnar på henne.

En deltagare befinner sig i en kris och säger "Ett av mina barn har omkommit i en olycka. Alla i familjen är förtvivlade. Vi stöttar och tröstar varandra. Men nu, efter begravningen, känner jag inte igen mig själv - jag reagerar så konstigt. Är det normalt eller håller jag på att bli galen?"

Genom kristerapi får hon bekräftelse på att reaktionerna är normala krisreaktioner. Genom förståelse för sin svåra situation och kunskap om krisens mekanismer kan hon ge sig till tåls med sig själv och så småningom komma igenom krisen.

PERSONALEN

Personalen - förutsättningar

De psykologer, som arbetar inom projektet, har sin anställning vid Psykologenheten Hisingen inom stadsdelsorganisationen eller vid Psykologverksamheten inom primärvården. Gemensamt för dem är att alla har erfarenhet av att arbeta med psykoterapeutiskt behandlingsarbete. De flesta är legitimerade psykoterapeuter.

Flertalet psykologer i projektet kommer från Psykologenheten. Detta sammanhänger dels med att Psykologenheten hade ansvarat för det föregående Dagmarprojektet och dels med att arbetssituationen vid Deltaprojektets start skilde sig mellan de båda organisationerna. Psykologerna från Psykologenheten hade möjligheter att kombinera psykoterapeutiskt arbete med konsultations- och handledningsuppdrag. Arbetet inom primärvården var mer ensidigt inriktat mot patientarbete, vilket medgav mindre utrymme för förändrade arbetsuppgifter.

Några av de flerspråkiga psykologer, som medverkat för att tillgodose psykologbehovet hos deltagare med bristfällig svenska, har funnits inom Göteborgs Stads Psykologenheter medan andra har arbetat på kontrakt.

Ett mål vid projektets start var att det för Hisingsborna skulle finnas fem till sex psykologer på heltid. Antalet tjänster har succesivt utökats inom Delta, så att det finns fyra tjänster inom Deltapsykologprojektet och från och med januari 2001 ytterligare en tjänst för att tillgodose behov av psykologinsatser inom vårdcentralernas Deltaprojekt. De fem heltidstjänsterna inom Delta delas av sju psykologer. Utöver Delta finns en psykolog anställd inom primärvården. Denna psykolog arbetar på ett likartat sätt och deltar i Deltapsykologernas samarbete. Vad gäller antalet psykologtjänster har projektet således uppnått sitt mål.

Personal - process

Det faktum att psykologerna kommer från två olika organisationer och är bärare av olika kulturer har tillfört projektet flera perspektiv på vad som kan uppfattas som optimalt omhändertagande av individer och gott samarbete mellan psykologer och deras samarbetsparter. Denna process, som framgår tydligt i dagboken, har varit mycket stimulerande då den tvingar till förtydligande av och dialog kring olika förhållningssätt. Psykologerna vid psykologenheten är vana att arbeta på uppdrag, vilket ger erfarenhet av att arbeta med avgränsade syften och tydliga gränser. Psykologerna från primärvården har

erfarenhet av dels teamarbete med sjukvårdens personal, vad gäller samordnad behandling utifrån somatiska, psykologiska och sociala perspektiv, och dels kunskapsöverföring till andra yrkeskategorier inom sjukvården.

Behovet av att utforma en gemensam plattform för att projektet skulle utvecklas på bästa sätt har varit stort. Den grundläggande förutsättningen har varit gemensamma möten en gång i månaden, där också de två psykologcheferna/projektansvariga deltagit. Innehållet från dessa möten beskrivs i dagboken. Att behandla psykosomatiska besvär och att arbeta korttidsterapeutiskt kräver specialkunskap och ett anpassat förhållningssätt, vilket visade på behovet av gemensamma utbildningar. Ett värdefullt inslag har varit en utbildning i korttidsterapi. Psykologerna från Psykologenheten har fått möjlighet att delta i primärvårdpsykologernas nätverksmöten. Det har också varit viktigt att delta i olika Deltaarrangemang för att möjliggöra bättre förutsättningar för samarbete.

Arbetet inom projektet väcker stress och ställer krav på avgränsning och flexibilitet. En anledning är de ständigt växande köerna. En annan anledning är den tidsbegränsade insats, som kan erbjudas inom projektets ram, även när deltagarens behov av en längre insats är stort. Detta hör till projektets förutsättningar och är inte den enskilda psykologens ansvar. En känsla av otillräcklighet, när man som psykolog möter behoven, finns dock.

Personal - resultat/effekter

De goda resultaten i behandlingsarbetet har skapat förutsättningar för utveckling av samarbete med de andra yrkeskategorierna på vårdcentralen. Samarbetet underlättas naturligtvis för de vårdcentraler, där psykologerna helt eller delvis haft tillgång till samtalsrum. På övriga vårdcentraler måste man hitta en bra organisation för samarbetet. Att den långa väntetiden gällt även för de som remitterats har varit svårt att acceptera för vårdcentralernas personal. En viktig uppgift har därför varit att finna strukturer för att tillmötesgå vårdcentralernas behov av snabbt tillgänglig psykologresurs.

Att arbeta i Deltapsykologprojektet har för psykologerna varit mycket tillfredsställande och utmanande men också ansträngande. Projektet har gett möjligheter att dra slutsatser kring förutsättningar för en god arbetssituation för psykologerna. För att det skall vara möjligt att klara av arbetet under lång tid utan negativa effekter krävs att man antingen tillför resurser eller avgränsar uppdraget. Psykologen bör också få en större möjlighet att lägga upp behandlingen utifrån sin professionella bedömning av deltagarens behov och inte utifrån ett givet antal behandlingstimmar. Vidare måste psykologen ha möjlighet att växla mellan olika arbetsuppgifter av behandlande, utredande och konsulterande karaktär.

ORGANISATIONEN

Organisationen - förutsättningar

En utgångspunkt för Deltapsykologprojektet har hela tiden varit att följsamt anpassa organisationen till Hisingsbornas behov. I början remitterades deltagare från läkare på vårdcentralen. Under sommaren 1998 slopades remisstvånget och Hisingsbon kunde själv beställa tid för psykologbehandling. Det huvudsakliga skälet var att göra det enklare för Hisingsbon. Det medförde också en tidsvinst för läkarna. Hösten 1998 utvecklades den

struktur, som fortfarande gäller. Den innebär att varje vårdcentralsområde har tillgång till en psykolog, som utifrån ett visst antal timmar/ vecka tar emot de personer, som bor inom området. De Hisingbor, som själva beställt tid, har funnits i samma kö som de remitterade, vilket inneburit att den snabba hantering som vårdcentralerna önskat inte kunnat tillgodoses. Vid några vårdcentraler har mottagningssköterskan kunna erbjuda akuta tider hos psykologen. Från och med hösten 1998 har psykologerna i flera fall erbjudits att helt eller delvis få tillgång till samtalsrum på vårdcentralerna.

Deltapsykologerna har under hela projekttiden haft tillgång till en administratör, som tagit emot remisser/telefonanmälningar, registrerat och köplacerat dem inom varje vårdcentralsområde samt skrivit bekräftelse på att remisser inkommit. Telefonanmälan, stöd/rådgivning och slussning vidare till andra verksamheter har varit tidskrävande. Psykologerna har själva fört journaler och utvärderingsblanketter. Journalerna är skilda från vårdcentralens journaler.

Organisationen - process

Psykologenheten Hisingen är en intäktsfinansierad verksamhet, som administrativt tillhör stadsdelsförvaltningen Biskopsgården. Primärvårdens psykologer har fram till årsskiftet 2001 tillhört en gemensam psykologverksamhet inom primärvården, som varit anslagsfinansierad. Från och med årsskiftet är de anställda direkt på vårdcentraler som ett led i utvecklingen mot självständiga vårdcentraler. Trots olikheterna i organisation och finansiering har projektet inneburit ett utvecklande samarbete, bl a beroende på gemensamt projektansvar.

Samarbetet med vårdcentralerna har inneburit att den psykologiska kunskapen och behandlingen fått tillträde till ett område, som traditionellt är medicinskt. Genom att skapa utrymme för psykologen på vårdcentralen har man på några vårdcentraler skapat bättre förutsättningar för dialogen mellan psykologer och de övriga yrkeskategorierna och kunnat påbörja en utveckling av helhetssyn och samsyn, när det gäller bedömning och behandling. Ett hinder för samverkan, utöver bristen på lämpliga samtalsrum, är bristande tid hos läkarna, vilket försvårar möjligheterna till möten. Vid en lokalmässig integrering av psykolog på vårdcentralen ställs också stora krav på respekt för de olika yrkeskategoriernas behandlingsformer och etik, så att besökares integritet skyddas.

Samverkan har förekommit med flera Deltaprojekt bl a Sophie, Arbetsmarknadstorget, Hälsodisken, Riggen, Sannaprojektet och Deltaprojekten på vårdcentralerna. Samarbetet har inneburit att frågor kring sekretess och deltagares integritet aktualiserats utifrån psykologernas olika roller som behandlare, teammedlem och konsult.

Organisationen - resultat/effekter

Vårdcentralens verksamhet är huvudsakligen medicinskt inriktad. Psykologen står för den psykologiska kunskapen. Psykologen har till uppgift att hjälpa deltagaren igenom tillfällig psykisk ohälsa genom att stärka det friska och genom att öka förståelsen för ohälsan.

Deltapsykologprojektet har visat att det finns ett stort uppdämt behov av såväl psykologer i direkt behandling som psykologisk kunskap på vårdcentralerna. Samarbetet mellan vårdcentralspersonal och psykologer har inneburit att en fruktbar samsyn, där allas kunskaper behövs, kunnat utvecklas. Vårdcentralens besökare har också, om de så önskat, kunnat erbjudas såväl medicinsk som psykologisk behandling.

Sammanfattningsvis kan samarbete mellan psykolog och vårdcentral finnas och utvecklas på olika sätt, beroende på ett flertal faktorer som t ex tillgång till samtalsrum, tid för gemensamma diskussioner och akuttider för snabbt omhändertagande. De olika yrkeskategoriernas inställning till och uppfattning om vad samarbete innebär är givetvis betydelsefullt liksom olika organisationers kultur. I vilken utsträckning detta har påverkat insatsen för den enskilde deltagaren är svårt att urskilja. Att ett samarbete kunnat etableras genom en dialog mellan de olika yrkeskategorierna, där Hisingsbons behov är i centrum, är dock det väsentliga.

Delta riktar sig till alla Hisingsbor mellan 16 och 64 år. De samverkande organisationerna har genom Deltaorganisationen tagit på sig ett ansvar för att arbeta på ett nyskapande sätt för att bättre tillgodose Hisingsbornas behov. Som ett led i det fortsatta arbetet bildades en policygrupp kring psykisk ohälsa, bestående av representanter för de samverkande organisationerna. I denna grupp har en av de projektansvariga deltagit. Policygruppens tillkomst kan förklaras med ett organisatoriskt behov av att ta ett samlat ansvar för människor med psykisk ohälsa. Behovet av detta har inte minst visats genom Deltapsykologprojektet och den stora tillströmningen till psykologbehandling.

REFLEKTIONER / SLUTSATSER

Som en aldrig sinande ström.....?

Dessa ord beskriver projektet på ett målande sätt. Tillströmningen av personer som söker psykologsamtal har alltsedan Deltaprojektets start ständigt ökat. Redan under Dagmarprojektets tid visade sig ett entydigt mönster - det finns ett stort men hittills dolt behov av psykologbehandling. Möjligheten att själv beställa tid i och med Deltaprojektets tillkomst har gjort detta ännu tydligare. Vid projektets start hade vi en vision om en väntetid på ca tre veckor. Nu ligger väntetiden på tre till fem månader.

Sinar då aldrig strömmen? Genom erfarenheter från andra områden i Sverige vet vi att det går att täcka behovet, att få strömmen att sina. Förutsättningen för det är en ökad resurs - med en psykologtjänst per 8 000 invånare beräknas att behovet både av akuta tider och av längre behandlingar tillgodoses.

Ökade valmöjligheter

Under de tre senaste åren har 1 191 personer sökt sig till Deltapsykologerna. Remissinflödet har varit oförändrat, drygt 200 per år, medan de egna tidsbeställningarna kraftigt ökat (se tabell sid 3). Detta har medfört att väntetiderna blivit orimligt långa. Därav kan man dra slutsatsen att boende på Hisingen använder sig av möjligheten att få psykologsamtal i allt större omfattning. Valmöjligheten, att själva kunna ta kontakt i stället för att behöva ha remiss, har uppskattats av deltagarna. Ytterligare en valmöjlighet har funnits för en del - att träffa psykologen på vårdcentralen eller på en psykologmottagning. För Hisingsbor med annat språk har tillgång till flerspråkiga psykologer funnits.

Minskade kostnader för sjukskrivning och arbetslöshet

I och med dokumentationen av Deltapsykologernas arbete har vi kunnat kartlägga och fått ökad kunskap om Hisingsbornas problem och livsvillkor. Genom Deltapsykologerna har också Hisingsbor vunnit ökad psykisk hälsa. Många deltagare med lindrig problematik har inte behövt bli remitterade till psykiatri, som är starkare förknippad med psykisk sjukdom. För många av deltagarna har psykiatri inte heller varit något tänkbart alternativ. För läkarna inom primärvården har projektet inneburit en avlastning. Projektet har även inneburit ekonomiska vinster för samhället genom att många deltagare kunnat avsluta eller minska sjukskrivning, återgå till ett aktivt liv i arbete eller studier samt uppleva en ökad psykisk hälsa. Redan 1997 visade Yakop Toper i sin psykologuppsats om Dagmarprojektet att 75% av klienterna uppgav att de efter psykologkontakten klarade psykiska påfrestningar bättre vilket minskade deras konsumtionen av sjukvård.

Detta skall ställas emot kostnaden för en psykologbehandling (i genomsnitt 7 besök), som 2000 var 5 000 kr.

Delta möjliggjorde omfördelning av resurser

Befolkningsansvar är ett svårt begrepp. Såväl stadsdelarna som primärvården har ett befolkningsansvar, när det gäller hälsa. Försäkringskassans kostnader är till stor del avhängigt av befolkningens hälsa. Erfarenheten visar dock att det fortfarande är svårt att tänka i sådana termer - det är lätt att fastna i socialkontorens "klienter", försäkringskassans "försäkrade", primärvårdens "patienter". Därigenom har nytänkande och utveckling i arbetet med gruppen med psykisk ohälsa försvårats trots att antalet människor med psykosomatiska och stressrelaterade sjukdomar ökar kraftigt och trots att vi vet att tidiga insatser av bl a psykologer kan spara stora vårdkostnader och bidra till högre livskvalitet.

Först genom den gemensamma ekonomiska finansieringen i och med Delta möjliggjordes en kraftig satsning på gruppen med psykisk ohälsa. Genom Delta blev det möjligt för stadsdelar, primärvård och försäkringskassa att ta ett gemensamt ansvar för insatser genom t ex Deltapsykologprojektet.

Och hur blir det sedan?

Det är svårt att tänka sig att den dörr, som nu öppnats för Hisingsbor, skulle kunna stängas igen. Genom detta och andra projekt har det blivit mycket tydligt att det behövs psykologer med olika inriktning och olika organisatorisk tillhörighet för att tillgodose människors behov. Det är också viktigt att värna om människors valmöjligheter både beträffande hur/var man vill träffa psykologen och vilken slags behandling man vill och behöver ha.

Det behöver därför göras möjligt för Hisingsbon att träffa psykologer

- på vårdcentralerna, där psykologen är en del i teamet, ger behandling och tillför den psykologiska kunskapen och etiken kring patienter,
- på Psykologenheten Hisingen, där man helt på eget initiativ träffar psykologen, och där man även kan erbjudas längre behandlingar,
- på Ungdomsmottagningen, där psykologen är en del i teamet men också har möjlighet att arbeta med längre behandlingar.

Psykologkontakten kan, vid sidan av att Hisingsbon själv tar initiativet, initieras av socialtjänsten som en del i en behandlingsplanering och av Försäkringskassan som ett led i en yrkesrehabilitering.

Vid inledningen av projektet fanns en vision om att det behövdes minst fem psykologtjänster. Denna vision är nu uppnådd. Trots det växer köerna hela tiden, vilket tyder på att behovet av psykolog fortfarande är underskattat. Det behövs följaktligen en långsiktig satsning på att bygga upp psykologkompetens. Primärvården och stadsdelarna har ansvaret för befolkningens hälsa. Försäkringskassans kostnader är beroende av befolkningens hälsa. Följaktligen ligger det närmast till hands att även fortsättningsvis arbeta utifrån den modell för samfinansiering som Delta är ett mycket gott exempel på.

PSYKOLOGBEHANDLING
(ifylles av psykologen)

Personnummer

1. Id-nummer (Psykologens initialer + patientnummer)

2. Kön

☐ 1. Man☐ 2. Kvinna

3. Ålder vid första besöket år

Härkomst

4. Är du född i Sverige?

☐ 1. Ja☐ 2. Nej

5. Är din mor född i Sverige?

☐ 1. Ja☐ 2. Nej

6. Är din far född i Sverige?

☐ 1. Ja☐ 2. Nej

7. Boendeform

☐ 1. Ensamstående☐ 3. Sambo/gift☐ 5. Annan☐ 2. Ensamstående med hemmaboende barn☐ 4. Sambo/gift med hemmaboende barn

Huvudsaklig arbetssituation

8. Vid första besöket

☐ 1. Arbete☐ 2. Studier☐ 3. Arbetslös☐ 4. Arb.marknadsinriktade insatser☐ 5. Annan

9. Vid avslutad behandling

☐ 1. Arbete☐ 2. Studier☐ 3. Arbetslös☐ 4. Arb.marknadsinriktade ins.☐ 5. Annan

10. Utbildningsnivå

☐ 1. Folkskola☐ 2. Grundskola, kortare än 9 år☐ 3. Grundskola, 9 år☐ 4. Gymnasium, högst 2 år☐ 5. Gymnasium, längre än 2 år☐ 6. Högskola/universitet☐ 7. Yrkesskola☐ 8. Saknar utbildning

Sjukskrivningssituation vid första besöket

11. Sjukskriven

1. ☐ ja2. ☐ nej

12. Om ja - i vilken omfattning

1. ☐ 25%2. ☐ 50%3. ☐ 75%4. ☐ 100%

13. hur länge

.....mån

14. Sjukbidrag/förtidspension

1. ☐ ja2. ☐ nej

15. Om ja - i vilken omfattning

1. ☐ 25%2. ☐ 50%3. ☐ 75%4. ☐ 100%

Sjukskrivningssituation vid avslutad behandling

16. Sjukskriven

1. ☐ ja2. ☐ nej

17. Om ja - i vilken omfattning

1. ☐ 25%2. ☐ 50%3. ☐ 75%4. ☐ 100%

18. hur länge

.....mån

19. Sjukpension

1. ☐ ja2. ☐ nej

20. Om ja - i vilken omfattning 1. () 25% 2. () 50% 3. () 75% 4. () 100%

Huvudsaklig problematik (max tre alternativ)

enligt remissen/telefonanmälningen

21. () Kris

22. () Ångesttillstånd

23. () Somatisk diagnos

24. () Depression

25. () Relations-/familjeproblematik

26. () Separation/förlust

27. () Tvångsföreställningar

28. () Övrigt

enligt psykologbedömning

29. () Kris

30. () Ångesttillstånd

31. () Somatisk diagnos

32. () Depression

33. () Relations-/familjeproblematik

34. () Separation/förlust

35. () Tvångsföreställningar

36. () Övrigt

37. Uppdraget (ett alternativ)

() 1. Stödsamtal

() 4. Korttidsterapi

() 6. Annat

() 2. Krisbehandling

() 5. Konsultativt samtal

38. Remissens ankomstdatum ÅÅMMDD

39. Vårdcentral ÅÅMMDD

40. Telefonanmälan, datum ÅÅMMDD

Kontakt med annat Delta-projekt

41. () 1. Ja

() 2. Nej

() 3. Vet ej

42. Om ja, vilket

43. Startdatum (datum för första träff) ÅÅMMDD

44. Slutdatum (datum för sista träff) ÅÅMMDD

45. Antal besök st

46. Antal återbud/uteblivanden st

47. Behandlingskontrakt

() 1. Fullföljer enligt överenskommelse

() 2. Hänvisas vidare

() 3. Avbryter/avböjer fortsatt kontakt

() 4. Annat () 5. Ej bedömbart

48. Hänvisas vidare till

49. Annat t ex

50. Utfall av insatsen - psykologens bedömning

1. Mkt bättre 2. Ng t bättre 3. Oförändrat 4. Ng t sämre 5. Mkt sämre

() 6. Ej bedömbart

51. I vilken utsträckning tycker sig patienten ha blivit hjälpt av insatsen

1. Mkt hög 2. Ganska hög 3. Neutral 4. Ganska liten 5. Mkt liten