



Årsrapport 2024

Nationalt internetbaseret behandlingstilbud for angst og depression



Indholdsfortegnelse

1. Resumé
2. Den gode patientrejse
3. Flere ansøgninger – og flere i behandling
4. Spotlight på de unge
5. Organisering af klinikken
6. Næste skridt for Internetpsykiatrien
7. Litteratur og referencer

1. Resumé

I **2024** oplevede Internetpsykiatrien en **historisk stor fremgang** i aktivitet.

Det skyldtes både et øget kendskab til tilbuddet blandt potentielle ansøgere, en succesfuld rekruttering af relevante ansøgere og en markant større andel af ansøgerne, som blev tilbudt et behandlingsforløb.

Endelig lykkedes klinikken også med at fastholde den høje behandlingseffekt og gennemførelsesrate på trods af den store vækst i aktivitet.

NØGLETAL	2023	2024	VÆKST
Antal ansøgere	2537	3796	50%
Antal ansøgere tilbudt forsamtale	1830	2721	49%
Antal patienter tilbudt behandling	740	1304	76%

Klinikken leverer **højt dokumenteret effekt** i behandlingen af depression og panikangst samt moderat effekt i de øvrige programmer:

Depression:

Stor effekt; 71,9 % opnår klinisk signifikant forbedring

Panikangst:

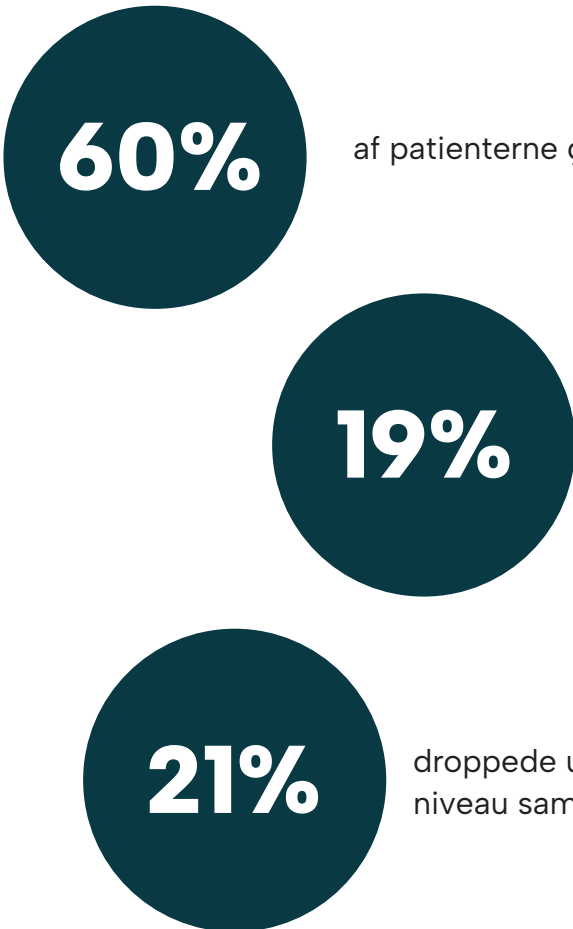
Stor effekt; 56,2 % klinisk signifikant forbedring

Socialfobi:

Moderat effekt; 41,3 % klinisk signifikant forbedring

Enkelfobi:

Moderat effekt; 47,2 % klinisk signifikant forbedring



60%

af patienterne gennemførte hele behandlingsforløbet.

19%

afsluttede deres forløb før tid, hvor ca. 10 % fik det bedre.

21%

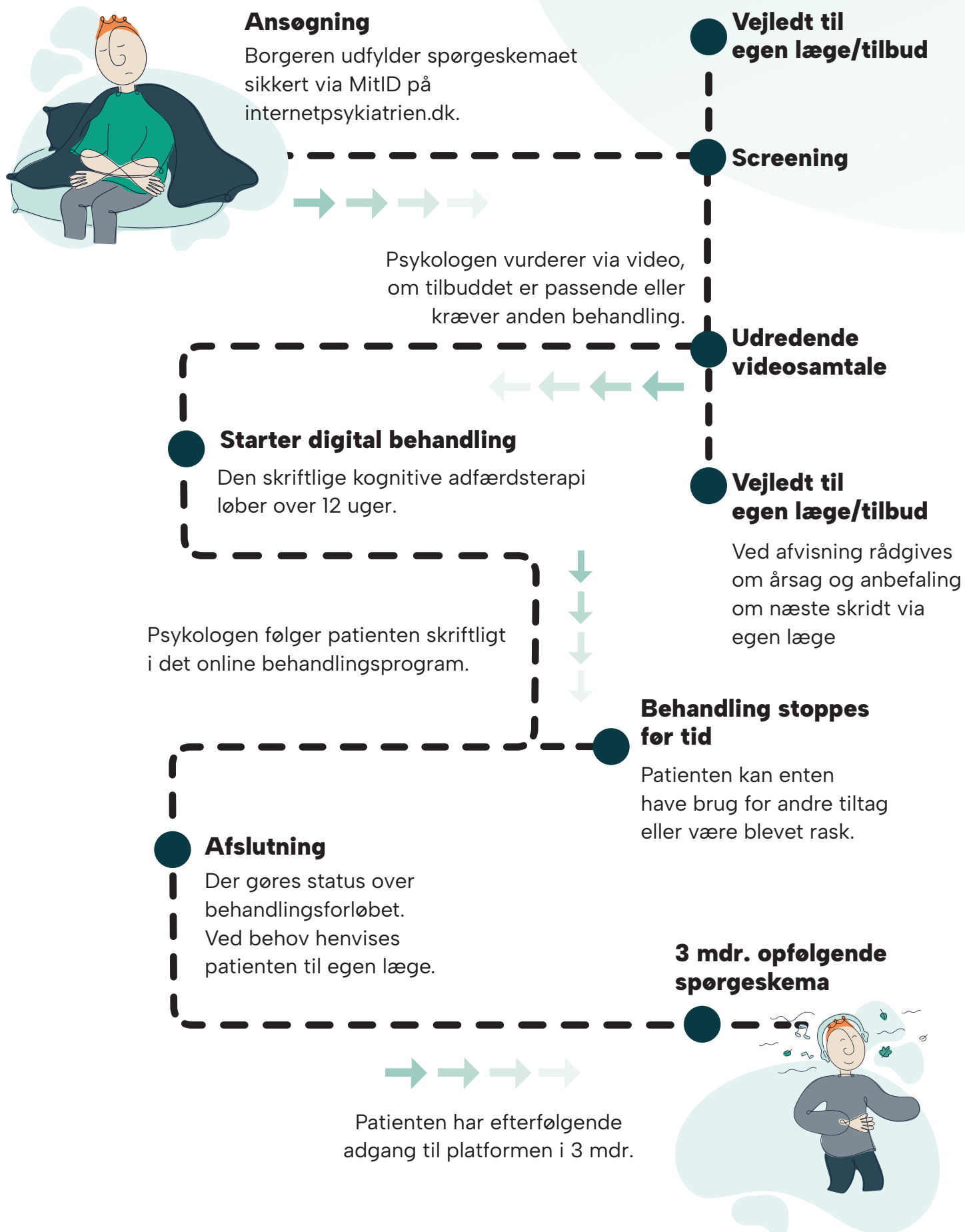
droppede ud fra behandlingen (ved inaktivitet), et lavt niveau sammenlignet med international forskning.

Over 90% af de adspurgte brugere udtrykte en **høj** til **meget høj** grad af tilfredshed med den udredende videosamtale og tilsvarende høje tilfredshedstal sås også fra patienter, som gennemførte behandlingen.

Skalering og kapacitetsopbygning: Første år med permanent finanslovsbevilling (20 mio. kr. årligt) gav mulighed for forsvarlig og rettidig skalering. Klinikken ansatte 7 nye psykologer, en teamleder og en faglig koordinator; samlet voksede klinikken til 31 psykologer på tværs af målgrupper. Klinikken gennemførte et in house 3-dages KAT undervisningsforløb, internat om skriftlig behandling og indførte introduktionsdage og elementer af 'deliberate practice' for at styrke kliniske færdigheder i det digitale format.

Udbredelse: Der er gennemført en landsdækkende indsats målrettet almen praksis i alle regioner med bl.a. systematisk uddeling af informationsmateriale og tilstedeværelse på faglige arrangementer, bl.a. Lægedage i København. Samtidig er der foretaget en markant oprustning af den digitale tilstedeværelse via ansættelse af specialistkompetencer i onlinemarketing og adgang til nye værktøjer og platforme, som på relativt kort tid accelererede antallet af ansøgninger.

2. Den gode patientrejse



Der er meget, der skal lykkes for at sikre den gode patientrejse i et digitalt behandlingstilbud. I første omgang skal de, der har brug for behandlingen, vide, at tilbuddet eksisterer – og de skal motiveres til at sende en ansøgning.

Derefter skal en **effektiv screening** pålideligt vurdere hver ansøger. Vi skal både vurdere, om Internetpsykiatriens behandling er den rigtige – og om lidelsesgraden passer til Internetpsykiatriens behandlingsparadigme

Langt de fleste, som afvises i den indledende screening, er for komplekse eller har lidelser, som Internetpsykiatrien ikke kan behandle. Ved videosamtalen med ansøgeren, som muligvis er i målgruppen, afdækker psykologen symptombilledet og ansøgerens situation.

Når en patient ikke tilbydes behandling efter videosamtalen, er det ofte fordi, der er andet eller mere på spil end blot let til moderat angst eller depression. Det kan fx være en **kompleks livssituation**, som gør, at det selvstændige digitale format ikke rækker, hvorfor der henvises til egen læge med anbefaling om yderligere afklaring. Der kan her være tale om, at der skal en øget indsats til med mere direkte støtte, som når patienter har ubehandlede tidligere traumer, som kalder på en mere intensiv indsats (eller udredning) oftest med fremmøde og fysisk alliancearbejde som en del af den anbefalede intervention.

Udgangspunktet for behandlingen er altid, at vi sammen med patienten finder den rigtige indsats med det rigtige fokus. Hvis det under et forløb viser sig, at patienten ikke har gavn af behandlingen, så tager psykologen ansvar for en god afslutning af forløbet, hvor vi taler med patienten om, hvorfor behandlingen ikke var den rigtige, og hvad der kan være det næste skridt for patienten.



En **god patientrejse** kan være en afslutning, hvor der blev taget ansvar og anvist en vej videre.

Den gode patientrejse handler altså om at møde og forstå patienten, så vi proaktivt kan vise dem vejen til de næste skridt på deres rejse – også efter deres forløb hos Internetpsykiatrien.



“ ... Og selv om det er virtuelt,
der må jeg bare sige, jeg er meget
meget overrasket over hvor personligt
det stadigvæk kan være.

”

– Kevin, tidligere patient



Se hele Kevins historie her:



3. Flere ansøgninger - og flere i behandling

2024 var et vendepunkt i udbredelsen af Internetpsykiatrien, da dette var første års drift med den permanente finanslovsbevilling på 20 mio. kr. årligt.

Bevillingen muliggjorde både langsigtede investeringer i udbredelsen af tilbuddet og en målrettet indsats på kort sigt, som øgede antallet af relevante ansøgninger til behandlingstilbuddet markant.

I 2024 modtog Internetpsykiatrien **3796 ansøgninger**, en betydelig vækst på 50 % sammenlignet med 2023. På trods af den kraftige vækst lykkedes det samtidigt klinikken at øge andelen af ansøgere, der blev tilbudt behandling. Derfor har den markante kommunikationsindsats ikke kun været succesfuld, fordi den gav flere ansøgninger, men i mindst lige så høj grad, fordi ansøgerne var endnu mere relevante end i 2023.

Fokus på almen praksis og online markedsføring

Et centralt fokusområde for udbredelsen i 2024 var at styrke samarbejdet med de praktiserende læger, der indtil nu har vist sig at være en effektiv vej ud til målgruppen. Internetpsykiatrien styrkede kommunikationen til lægepraksisser i samarbejde med alle regioner, dette bl.a. med fremsendelse af **målrettet informationsmateriale**.

Derudover deltog Internetpsykiatrien i en lang række faglige arrangementer, herunder Lægedage i København og flere arrangementer hos kommuner og i faglige selskaber.

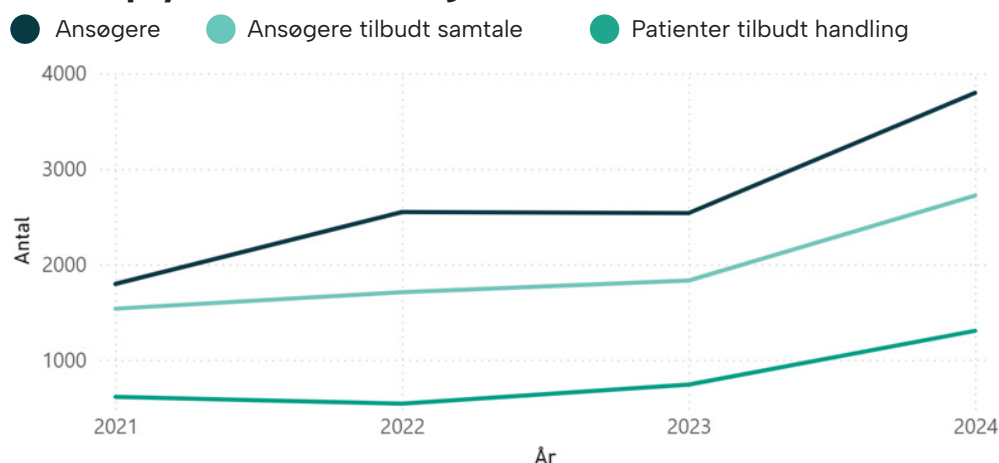
Sideløbende udviklede Internetpsykiatrien en meget mere **relevant online tilstedeværelse** med investeringer i både rekruttering af specialistkompetencer og ny adgang til digitale værktøjer og platforme. Det gav relativt hurtigt et markant øget antal ansøgninger. I efteråret 2024 begyndte kommunikationsteamet udviklingen af en mere brugervenlig hjemmeside til at imødekomme den markant øgede online interesse for tilbuddet.

Den nye hjemmeside blev lanceret februar 2025.

Fra 2024 kom **Internetpsykiatrien på Finansloven**, hvilket gav mulighed for at arbejde målrettet med skalering af tilbuddet. Resultatet blev en **vækst på 50 %** i antal modtagne ansøgninger og en stigning i antal patienter, som tilbydes behandling, på 76 %. Andelen af ansøgere som kunne tilbydes behandling i Internetpsykiatrien **steg fra 29 % i 2023 til 34 % i 2024**.

Dette vidner om, at Internetpsykiatrien i 2024 ikke blot formåede at nå ud til flere men også flere, af de rigtige borgere.

Internetpsykiatriens udvikling 2021 – 2024



Figur 1: Udvikling i antal ansøgere, antal ansøgere tilbudt en udredende forsamtale og antal patienter tilbudt behandling fra Internetpsykiatrien (2021-2024, første år på Finansloven).

Udbredelse i hele landet

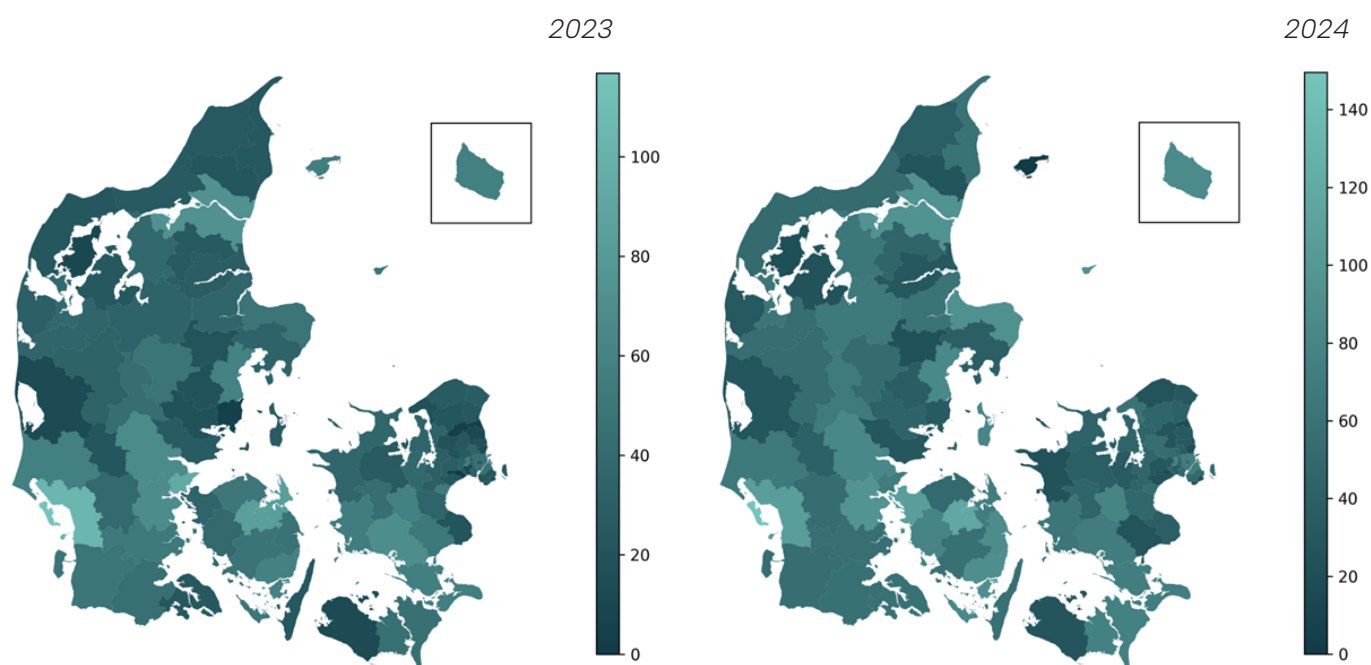
Nedenfor er et landsoverblik over andelen af ansøgere per **100.000 borgere i 2024** og 2023. Det er et groft estimat for den geografiske udbredelse af Internetpsykiatrien.

Der ses en øgning i ansøgere fra særligt Midt- og Nordjylland. Der ses også en større spredning i en række mindre tætbefolkede landsdele, hvor almen praksis og andre lokale aktører spiller en vigtige rolle i udbredelsen.

Der er dog fortsat store geografiske variationer, hvilket kan invitere til målrettede kampagner og annoncering i de områder.

Den markante udbredelse i Region Syddanmark skyldes formentlig den **langvarige kommunikationsindsats**, som har stået på siden 2015, da Internetpsykiatrien i flere år kun blev tilbudt i denne region.

Derfor vil tilbuddet med **høj sandsynlighed** blive mere søgt i resten af landet, når den landsdækkende indsats har stået på i længere tid, og den er understøttet af flere ressourcer fra finanslovsmidler.



Antal ansøgninger pr. 100,000 indbyggere

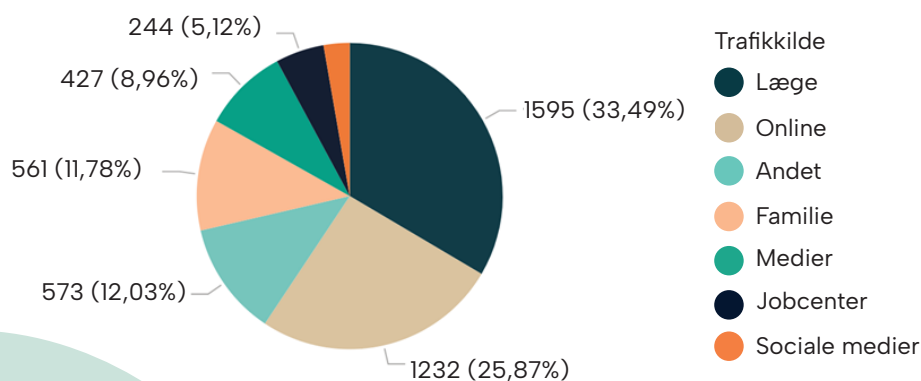
Ansøgerkarakteristika

Som det fremgår af nedenstående figur, har over halvdelen af ansøgerne til Internetpsykiatrien hørt om Internetpsykiatrien online eller hos egen læge.

Generelt er fordelingen af de forskellige rekrutteringsveje sammenlignelige med tidligere år. Klinikken begyndte i efteråret 2024 at spørge specifikt til 'Sociale medier' som rekrutteringsvej med henblik på at kortlægge effekten af de kommunikationsinitiativer, som iværksættes herpå.

Der ses på nuværende tidspunkt en mindre andel, som har hørt om tilbuddet via sociale medier. Klinikken vil følge tallet tæt i 2025 med henblik på at forstå effekten af sociale medier som rekrutteringsvej.

Angivelser af trafikkilde for ansøgere (2024)



Internetpsykiatrien foretager løbende kortlægning af de borgere, som sender en ansøgning, med henblik på at forstå hvilke målgrupper, tilbuddet når ud til, og hvor der er potentiale til at nå ud til endnu flere, som kan have gavn af tilbuddet.

Af flg. figur ses det, at det særligt er yngre og kvindelige borgere, som sender en ansøgning til Internetpsykiatrien.

I 2024 var 61% under 35 år, mens 71% var kvinder.

De **fleste ansøgere** har gennemført enten en studentereksamen eller videregående uddannelse. Næsten halvdelen af ansøgerne har lønindtægt som deres primære indkomstgrundlag.

Overordnet set er det sociodemografiske billede af Internetpsykiatriens ansøgere sammenligneligt med data fra 2023. Samlet set tegner de sociodemografiske data et billede af, at der er grupper i samfundet, som Internetpsykiatrien har **nemmere ved at nå** end andre.

DEMOGRAFI PÅ ANSØGER	ANTAL	ANDEL I PCT
HØJESTE GENNEMFØRTE UDDANNELSE		
Folkeskole/mellemskole	478	12,6%
Studentereksamen/ HF	845	22,3%
Erhvervsfaglig uddannelse (EUD/EFG)	412	10,9%
Kort videregående ud- dannelse, under 3 år	370	9,8%
Mellemlang videregåen- de uddannelse, 3-4år	1002	26,4%
Lang videregående ud- dannelse, over 4 år	486	12,8%
Anden uddannelse	203	5,4%
PRIMÆR INDTÆGT		
Lønindtægt	1729	45,6 %
SU	677	17,8 %
Arbejdsløshedsunderstøttelse	395	10,4 %
Pension	216	5,7 %
Andet	779	20,5 %

Tabel 1: Demografisk oversigt over ansøgere til Internetpsykiatrien.

Dette bliver fx tydeligt, når **antal kvindelige og mandlige** ansøgere sammenholdes. Dette afspejler i høj grad de tendenser, vi ser i det øvrige sundhedsvæsen, hvor flere kvinder fx diagnosticeres med og søger hjælp for depression, selvom forskning peger på, at der ikke er betydelig forskel mellem kønnene.

Hos Internetpsykiatrien er klinikken optaget af, hvordan man bedre når ud til fx mænd, og vi dermed kan være med til at sænke nogle af de barrierer, der kan være ved fx at gå til lægen.

DEMOGRAFI PÅ ANSØGER	ANTAL	ANDEL I PCT
ALDER		
13* – 24	952	25,1%
25 – 34	1369	36,1%
35 – 44	660	17,4%
45 – 54	441	11,6%
55 – 64	254	6,7%
64+	120	3,2%
KØN		
KVINDE	2710	71,4%
MAND	2710	28,6%
*Ansøgere under 18 afvises automatisk med anbefaling om at tage kontakt til egen læge (n=2)		

Tabel 1: Demografisk oversigt over ansøgere til Internetpsykiatrien.

Fra 2024 er klinikken begyndt at arbejde systematisk med kortlægning af forskellige ansøgergrupper for bedre at forstå forskelle imellem disse. Tabellen nedenfor viser forskellene, når ansøgere opdeles i tre grupper, baseret på køn og alder. Hver gruppe udgør ca. 1/3 del af den samlede pulje.

Der er væsentlige forskelle på, hvad grupperne søger behandling for, deres symptomtryk og deres behandlingserfaring.

KATEGORI	♀ under 30	♀ over 30	♂
Andel af alle ansøgere	35 %	36 %	29 %
Vækst siden 2023	44 %	52 %	54 %
Uden tidligere behandling	40,3 %	32,6 %	46,5 %
Søger angstbehandling	46 %	41 %	38 %
Søger depressionsbehandling	16 %	25 %	25 %
Søger behandling for depression og angst	32 %	29 %	30 %
Svære depressions symptomer (PHQ9)	25,9 %	25,6 %	23,9 %
Svære angst symptomer (GAD7)	40,9 %	35,6 %	32,5 %
Dropper ud af behandlingen	20 %	15 %	28 %

Tabel 2: Oversigt over ansøgere fordelt på køn og alder.

Mandlige ansøgere har oftere ingen behandlingserfaring, de dropper oftere ud af behandlingen, og de har den laveste grad af angstsymptomer.

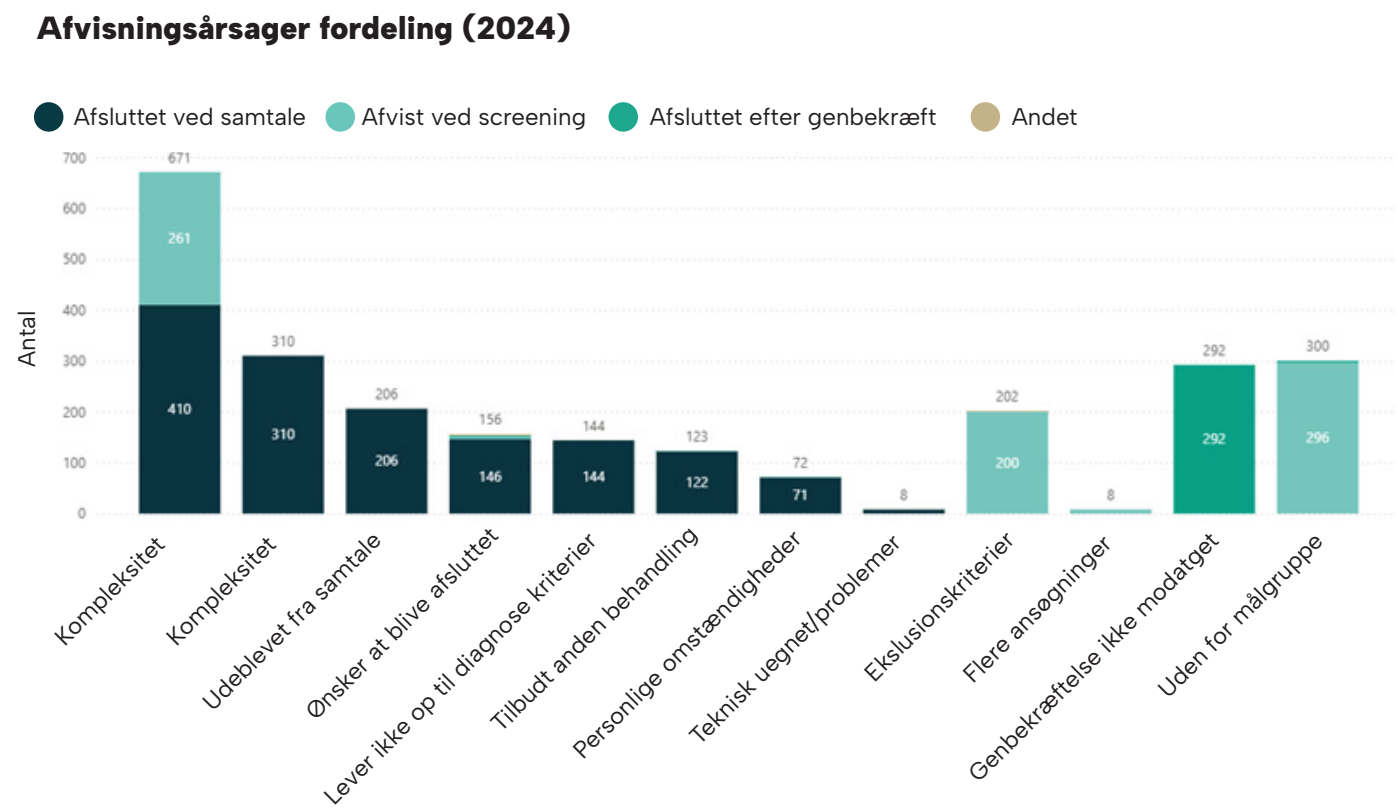
Angst fylder **særligt meget** hos kvindelige ansøgere under 30 år, hvor flest søger behandling for angst eller både angst og depression samtidig med, at en stor andel rapporterer svære angstsymptomer.

For alle grupper gælder det, at en betydelig andel **rapporterer høj lidelsesgrad**, og at de kan have svært ved at afgøre, om deres tilstand skyldes angst eller depression.

Disse indsigter hjælper klinikken med at **udvikle sin praksis** fx ved at fokusere på, hvorfor mænd er mere tilbøjelige til at droppe ud. Det kan hjælpe til både bedre screening og til mere målrettet at understøtte mænds gennemførsel. Det kræver **psykologfaglig analyse** af tendenser i patienternes adfærd og data, så vi tidligst muligt kan opdage lav motivation eller bedring.

Visitation og udredning

Screeningsfunktionen indebærer en individuel behandling af alle ansøgninger, hvor psykologerne tager beslutning om, hvorvidt patienten kan tilbydes en udredende videosamtale eller skal afvises. Tidligere år har det altid være kompleksitet, som var den hyppigste årsag til, at ansøgere blev afvist. I år er kategorien og 'udenfor målgruppe' den **hyppigste årsag**, se figur 2



Afvisnings-/afslutningsårsag
Figur 2: Afvist ved screening = 769, Afvist/afsluttet ved forsamtale = 1.417, Afsluttet efter genbekræft = 301, Andet = 5

//

... Der er nogle situationer der med sikkerhed udløser angsten, men dem har jeg fået sat ord på nu, og det gør faktisk, at jeg kan være i det og stort set få et normalt liv. //

- Kevin, tidligere patient



Tilførslen af nyt klinisk personale kan forklare årsagen til den forskel og peger på en øget opmærksomhed i screeningsgruppen til at være godt nok klædt på til at kategorisere årsagen og/eller udvikle mere akkurate definitioner for vores afvisningsårsager.

Anomalien kan også illustrere, hvor **vigtigt** det er for et tilbud under opbygning at bruge feedback fra den data-drevne klinik til at identificere gaps og dermed informere klinisk praksis.

Definitionen på 'Kompleksitet' er, at patientens livssituation og symptomatologi er af en art eller sværhedsgrad, som kalder på en **højere behandlingsintensitet**, end det skriftlige format kan tilbyde.

Det handler om at **sikre adækvat intervention** i lyset af den kliniske præsentation. Det kan fx være, når der er tale om en historik med seksuelle overgreb, flere tidligere behandlings tiltag uden effekt, hvor den psykologfaglige vurdering peger på andre faktorer, såsom en **personlighedsstruktur**, som vurderes bedst håndteret gennem en mere **tilstedeværende terapeutisk alliance**.

Det kan også omhandle sværhedsgrader, hvor lidelsen er meget global, og hvor funktionsniveauet er af en karakter, som igen fagligt ikke kan forsvares med en **skriftlig intervention**. Se gerne tidligere årsrapporter, hvor Internetpsykiatrien har beskrevet disse forhold mere detaljeret.

Der vil, som Internetpsykiatrien får et mere stabilt fodfæste i det danske sundhedsvæsen, fortsat (som tidligere) være borgere, som grundet mangel på økonomi, lav effekt af tidligere indsatser mv., der vil søge til vores tilbud, også selvom der er stærke indikatorer for, at de har brug for en **mere fyldestgørende** og typisk **længerevarende indsats**.

Én af kerneydelserne i Internetpsykiatriens tilbud er den udredende videosamtale.

Der skete i 2024 en 46,2 % stigning i aktiviteten med i alt **3655** tilbudte videosamtaler.

Måltallet for Internetpsykiatrien var i 2024 **5981** udredninger.

Selvom Internetpsykiatrien ikke nåede i mål i 2024, demonstrerer tallene, at **væksten stiger** i en markant hurtigere grad end tidligere år – og det vurderes derfor umiddelbart realistisk at nå det endelige måltal for 2027 på godt **7500** udredninger per år.

Der skete også en **markant stigning** i andelen af ansøgere, som blev tilbudt behandling; fra 740 behandlingsforløb i 2023 til 1.304 i 2024.



Internetpsykiatrien behandler aktuelt kun let til moderat depression og udvalgte angstlidelser.

Derfor er der fortsat mange ansøgere, der ikke kan tilbydes behandling.

Kompleksitet er fortsat den hyppigste årsag til, at patienter afvises efter den udredende videosamtale, se søjlediagram 1.

Sammenholdt med **nedenstående data** fra vores brugertilfredshedsundersøgelse ses det, at selv de patienter, som afvises, **finder værdi** i tilbuddet. Vores hypotese er, at patienter, som måske er i tvivl eller har markører som indikerer behov for øget indsats, gennem mødet med Internetpsykiatriens psykologer oplever at få viden om og forklaring på deres situation og hvorfor, de er bedst hjulpet gennem en øget indsats, fx gennem henvisning til ydernummer psykolog.

Det viser, at **Internetpsykiatrien formår at differentiere fagligt**, så vi kan sikre, at patienter kommer hurtigst muligt frem til det rette niveau af indsats. Når patienter ikke får de rette anbefalinger, kan de miste tillid til og håb om, at de bliver tilstrækkeligt forstået. Denne oplevelse kan i værste grad påvirke deres motivation til at engagere sig og **fastholde fokus** på at få den rette hjælp. Når det er tilfældet, vil prisen for ikke at have sat ind tidligt nok være høj, særligt når ubehandlede symptomer fører til højere grad af **funktionsnedsættelse**, som fx kan udmunde i frafald fra uddannelse, langtidssygemeldinger eller arbejdsløshed.



Psykologerne har stort fokus på, at patienter, som afvises, skal have den bedst mulige patientrejse.

De hjælpes bedst muligt videre på baggrund af den indsigt i deres lidelse, vi har fået. De får en faglig forklaring på årsagen til afvisning og anbefaling om, hvad der kan være det bedste næste skridt for dem.

Afviste, behandlingskrævende patienter henvises altid tilbage til egen læge.



//

Jeg fik et brev, det var som om, det var skrevet kun til mig. Det var første gang jeg oplevede, at der var nogen der snakkede direkte til mig. Jeg følte jeg var i centrum og blev super tryk og tænkte lige med det samme, det er jo lige mig det her.

//

- Jonna, tidligere patient



Se hele Jonnas historie her:
internetpsykiatrien.dk/depression



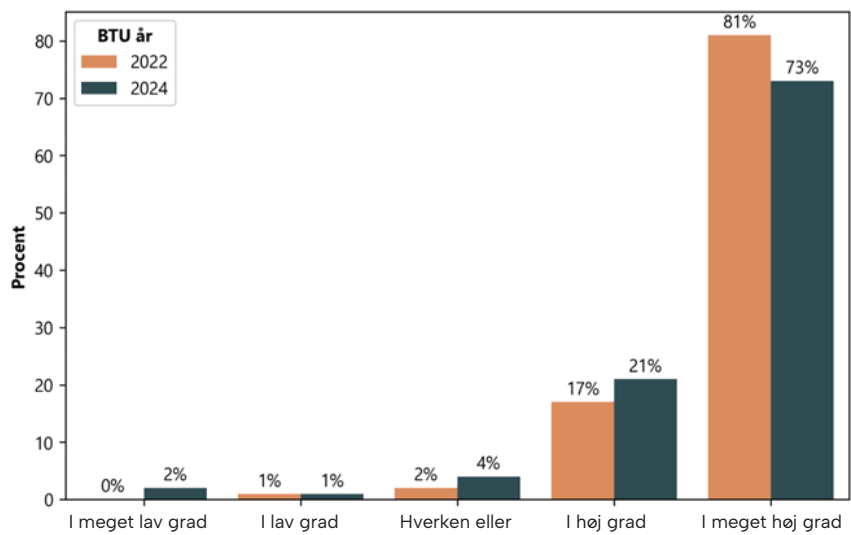
Patientoplevelsen fra udredningen

Klinikken har siden oktober 2024 indført en fast **brugertilfredshedsundersøgelse** (BTU) for alle ansøgere uanset, om de afvises eller tilbydes behandling.

Datasættet er endnu for småt til at drage endelige konklusioner, men de foreløbige besvarelser (2024-25) viser, at størstedelen af patienter, som afvises, føler sig lige så set og hørt af psykologen under den udredende samtale, som dem der tilbydes behandling.

Disse tal er **sammenlignelige** med Internetpsykiatriens tidligere BTU i 2022-23. Nedenfor er besvarelserne på spørgsmålet: *"I hvor høj grad følte du dig set og hørt af psykologen under den udredende videosamtale?"*

I hvor høj grad følte du dig set og hørt under den udredende samtale?



Søjlediagram 1: Oplevelse af at føle sig set og hørt under den udredende videosamtale.

Tallene fra 2024 og 2022 viser samme tendens, hvor brugere, uanset om de afvises efter forsamtale eller tilbydes behandling, udtrykker stor tilfredshed.

Med forbehold for de respondenter, som **ikke har besvaret BTU**, ligner det, at ansøgerne langt de fleste gange har følt sig set og hørt af psykologen. **Uanset om man blev tilbudt behandling eller ej.**

Det er vigtigt, at patienter forstår eller har en god idé om hvorfor, de ikke tilbydes et behandlingsforløb. Målet er at sikre, at patientens motivation fastholdes til at fortsætte med at **søge hjælp**. Psykologer har langt fra viden om eller mulighed for at afdække hele patientens patologi eller historik på en times videosamtale.

Hovedopgaven er at afgøre om patientens behov kan mødes af Internetpsykiatrien.

Langt størstedelen af de afviste patienter har brug for behandling af en **højere intensitet**, som enten kræver lægehenvi- sning, yderligere udredning og/eller egen betaling. For os er det afgørende at bidrage til, at patienter får så **god viden om deres behandlingsbehov** som muligt.

Kvalitative kommentarer fra patienter som blev afvist eller tilbudt behandling

"Psykologen var **forstående og lyttende**. Virkelig god. Det er så godt det i laver, det er en fed måde at tale med en psykolog på, over videosamtale hvor man ikke behøver møde ind, fysisk." (tilbudt behandling).

"Behandleren var dygtig til at lytte, stille opfølgende spørgsmål og hjælpe mig med at **uddybe når jeg var uklar**. Han forstod hvad jeg mente, selv når noget var svært at sætte ord på." (afvist patient).

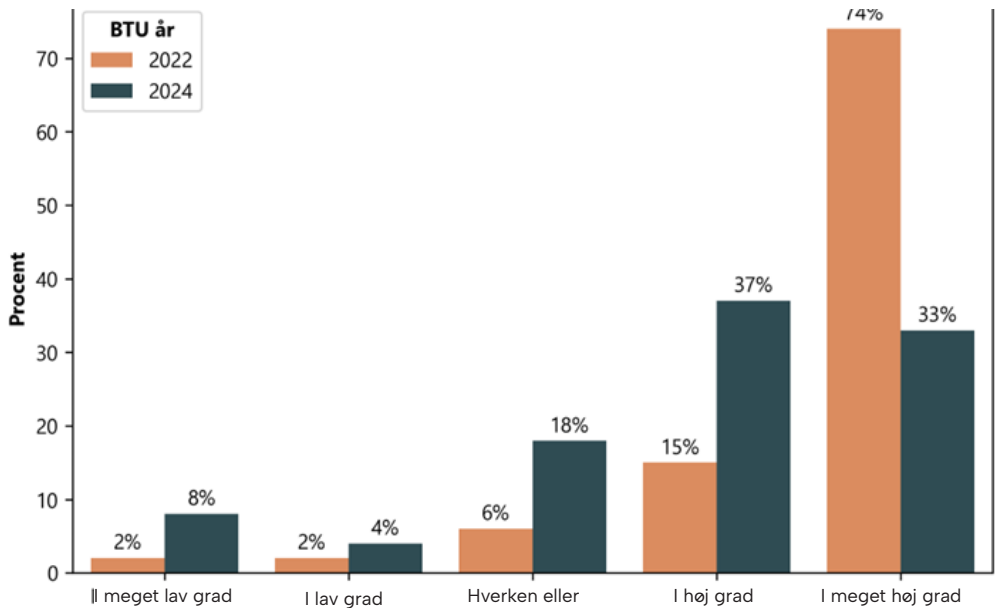
"Den tålmodighed der blev udvist og lyttet til en. Personen fik mig til at føle mig godt tilpas og **at jeg ikke var mærkelig** i forhold til mine følelser og tanker. Det var en behagelig måde at føle mig mere "normal" igen." (afvist patient).

"Selvom jeg ikke kan bruge jeres tilbud fik jeg afklaret min situation og kan komme videre". (afvist patient).

"Jeg følte at samtalen blev **tilpasset mine individuelle behov** og følte mig inddraget i psykologens overvejelser om tilbuddet var det rigtige for mig." (tilbudt behandling).

Data fra den første BTU i 2022–23 viste, at **næsten 90%** af de 47 afviste patienter i 'høj' eller 'meget høj' grad var tilfredse med psykologens forklaring og anbefalinger. Dette tal er faldet til 70% i den seneste opgørelse, hvor datasættet også er baseret på en højere andel (N = 76) af afviste patienter. Her ses ændringen illustreret i søjlediagrammet på besvarelserne i 2022–23 sammenlignet med 2024–25.

Afvist efter forsamtale: I hvor høj grad giver årsagen mening for dig?



Søjlediagram 2: Afviste ansøgere angivelse af om årsag og forklaring på afvisning gav mening

Udviklingen kan skyldes eksterne faktorer, fx ventetider, patientens egen tolkning og forståelse af deres behov og egenbetaling.

De vigtigste faktorer, som Internetpsykiatrien kan påvirke, er psykologers evner til at håndtere opgaven. Derfor arbejder vi fokuseret med udviklings- og kompetencebehov hos psykologer, så vi kan imødekomme og understøtte den udvikling.

Data fra BTU'en kan tale for et udvidet fokus på at arbejde med patienter, som afvises, for at understøtte dem endnu bedre.



Kvalitative kommentarer fra patienter som ved afvisning fik beskrevet årsag og forklaring på afvisning

"Det var fint, at **få en afklaring** og tale om, hvilken I øsning I anbefaler at gå videre med"

"Jeg er helt enig i psykologens vurdering"

"Jeg forstår godt årsagen, og er stadig glad og tilfreds over samtalen på trods af, at jeg skulle videre i systemet"

"Jeg havde håbet på at **Internetpsykiatriens tilbud** ville passe til mig, men efter at have snakket om det var jeg helt enig i, at jeg burde finde hjælp andetsteds."

"Uden at kende programmets fulde brede, var/er beslutningen fuldt forståelig og forklaret ved samtale ift. at min profil lå udenfor fokusområdet. **Blev anvist videre til alternativer.**"

Der er mange måder at måle succes på. En måde er bl.a. at sikre, at driften leveres så optimalt som muligt uden unødigt ressourcesspild.

Her demonstrerede vi i 2024 for første gang en vigtig fremgang.

Internetpsykiatrien har over flere år arbejdet med at **reducere udeblivelser** til den udredende videosamtale. I 2021 målte vi et højt antal udeblivelser (28%) for i 2022 at introducere ansøgere til en procedure, hvor vi anbefalede tidlig aflysning og/eller ombooking.

Denne indsats førte i 2022 og 2023 til gradvis bedre udnyttelse af ressourcer, for i 2024 for første gang at have opnået flere ombookinger/aflysninger i god tid (17%) versus udeblivelser på dagen (16%). Siden 2022 har klinikken arbejdet med en sygefraværsvagt, hvilket betyder, at vi ved sygdom i klinikergruppen **undgår at aflyse** bookede tider, idet de varetages af sygefraværsvagterne.

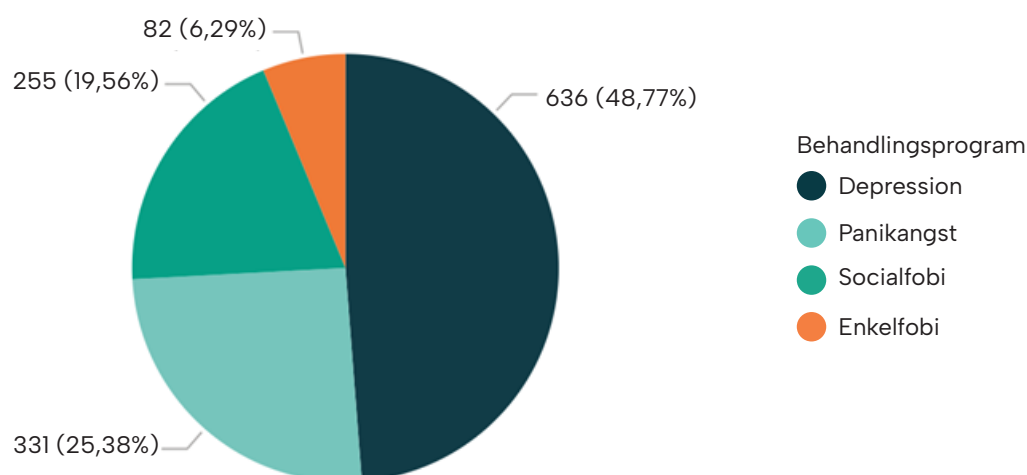
Behandling og kvalitet i behandlingen

Der er generelt kun små ændringer i fordelingen af de behandlinger, som tilbydes i Internetpsykiatrien. Andelen af patienter, som får depressionsbehandling, er fra 2022 til 2024 **steget fra 42 % til 48 %**.

Omkring **Corona-pandemien** så Internetpsykiatrien en større grad af angsttilfælde, og bagefter har vi oplevet en udligning i andelen af behandlinger for angst versus depression.

De **svingninger er naturlige** og følger ofte de samfundsmæssige strømninger. Det giver umiddelbart mening, at reaktionen på COVID først var ængstelig, så deprimeret med gentagne og længerevarende nedlukninger, for efter normaliseringen at give øget angst. Efter den længerevarende isolation førte mere fysisk samvær for mange til en **stigning** i ubehag og ængstelighed.

Fordeling behandlingsprogrammer (2024)



Kvalitet i behandlingen måles og evalueres på følgende tre dimensioner:

- **Gennemførelsesrate**
- **Klinisk behandlingseffekt**
- **Patienttilfredshed**

Gennemførelsesraten

Væksten i 2024 ser særligt stærk ud, når vi ser på data fra behandlingsforløbene. Andelen af gennemførelser ligner nemlig de to foregående år. I 2024 gennemførte 60 % af patienterne hele behandlingsforløb, mens 19 % blev afsluttet før tid og 21 % droppede ud.

En **drop ud rate** på 21 % er meget lav, dette også sammenlignet med forløb ved fysisk fremmøde. En stor meta-analyse af Fernandez et al. (2015) af drop ud rater for kognitiv adfærdsterapi (KAT) med over 20.000 patienter fandt en gennemsnitligt drop ud på 26,2%. Sammenligningen med dette forskningsresultat er med til at **understrege**, at **Internetpsykiatrien leverer høj kvalitet**.

Når et **forløb afsluttes før tid**, angiver psykologen en grundig afslutningsårsag. De data viser, behandlingen oftest afsluttes, fordi patienten ønsker at stoppe eller fordi, psykologen anbefaler dem at søge anden behandling. Dog afslutter 10 % af dem tidligt, fordi de simpelthen har fået det bedre.

Der er en forskel på drop ud raten mellem kvinder og mænd.

Vi ved stadig ikke hvorfor, men kvinderne har oftere tidligere behandlingserfaring. Det er derfor muligt, at viden om sig selv og **tidligere behandlingsindsatser** kan påvirke gennemførelsesraten positivt.

Patienter, som har større indblik i **egen mistrivsel og erfaringer** fra tidligere behandlinger, har ofte et bedre blik for formatet, og hvad det kræver at arbejde med sig selv psykologisk. Det kan betyde, at tilbuddet har nytte for flere forskellige målgrupper, fx både for dem hvor behandlingen er førstevalg ved debut af lidelsen men også for patienter i tilbagefald med tidligere behandlingserfaring, som måske har en dybere selvforståelse og ved, hvad det kræver at 'gå i behandling'.

De faktorer er potentielt meget relevante, da det giver psykologerne et mere nuanceret blik for deres behandlingsstrategi og **relationsarbejdet**. Måske den 'uerfarne' gruppe har øget behov i opstartsfasen for at motivere for og fastholde i behandlingen. Imens den mere behandlingserfarne gruppe muligvis kræver en anden forståelsesramme.

Klinikken vil afprøve den nye viden i praksis.

AFSLUTNINGSÅRSAG	ANTAL	ANDEL
Gennemført efter endt forløb	780	60 %
Gennemført før tid	253	19 %
– Ønsker at blive afsluttet	173	68,4 % af gennemført før tid
– Anbefalet anden behandling	53	21 % af gennemført før tid
– Patienten har fået det bedre	26	10,3 % af gennemført før tid
– Opstartet anden planlagt behandling	1	0,4 % af gennemført før tid
Drop ud	271	21 % af gennemført før tid

Tabel 3: Årsager til behandlingsafslutning i 2024

Klinisk behandlingseffekt

Patienter udfylder **standardiserede spørgeskemaer** ved behandlingsopstart, løbende igennem programmet, ved afslutning, og ved tre måneders opfølgning. Den følgende tabel måler behandlingseffekten ved at sammenligne symptomtrykket fra anmodningstidspunktet med patientens sidste måling.

Der er **signifikante effekter** for alle fire behandlingsprogrammer, hvor både depression og panikangst demonstrerer stor effekt, mens socialfobi og enkelfobi viser moderat effekt. For depressionsbehandlingen er det næsten **3/4 af patienterne**, som opnår en klinisk signifikant forbedring og for lidt over halvdelen af patienter med panikangst, opnås en **klinisk relevant reduktion i symptomtryk**.

Dette viser noget afgørende, nemlig at patienter, som gennemfører behandling, opnår reducerede symptomer.

Når effekten sammenlignes med tidligere år, er resultaterne meget sammenlignelige på tværs af behandlingsprogrammerne. Selv med mange flere i behandling fastholdes **signifikant behandlingseffekt** på alle programmer, men med de stærkeste resultater ses for de to største målgrupper; **depression og panikangst**. Socialfobi og enkelfobi er mere heterogene lidelser, hvorfor der ofte er en større spredning i effekten.

AFSLUTNINGSÅRSAG	ANTAL PATIENTER	BEHANDLINGS-EFFEKT	KLINISK SIGNIFIKANT FORBEDRING
Depression PHQ-9	448	Stor (1,4)	71,9 %
Panikangst PDSS-SR	299	Stor (1,1)	56,2 %
Socialfobi SIAS	223	Moderat (0,6)	41,3 %
Enkelfobi FQ hovedfobi	53	Moderat (0,7)	47,2 %

Patienter med mindst 1 symptommåling under behandling ud over opstarts-målingen.

Behandlingseffekt målt på Cohen's D. En score over 0,8 svarer til stor effekt, mens en score mellem 0,5 og 0,8 svarer til moderat effekt. Alle effekter er signifikant ved $p < 0,05$

Andel er opnår klinisk signifikant forbedring: PHQ-9 > 5, PDSSR > 6, SIAS >10, Hovedfobi > 2

Tabel 4: Behandlingseffekter for behandlingsprogrammer i 2024.

//

Faktisk har jeg fået en vennekreds på den her korte tid. Nu har jeg boet her i 17 år, jeg kendte ikke nogen før. Nu kender jeg stort set alle i den her bebyggelse vi bor i.

//

- **Jonna, tidligere patient**

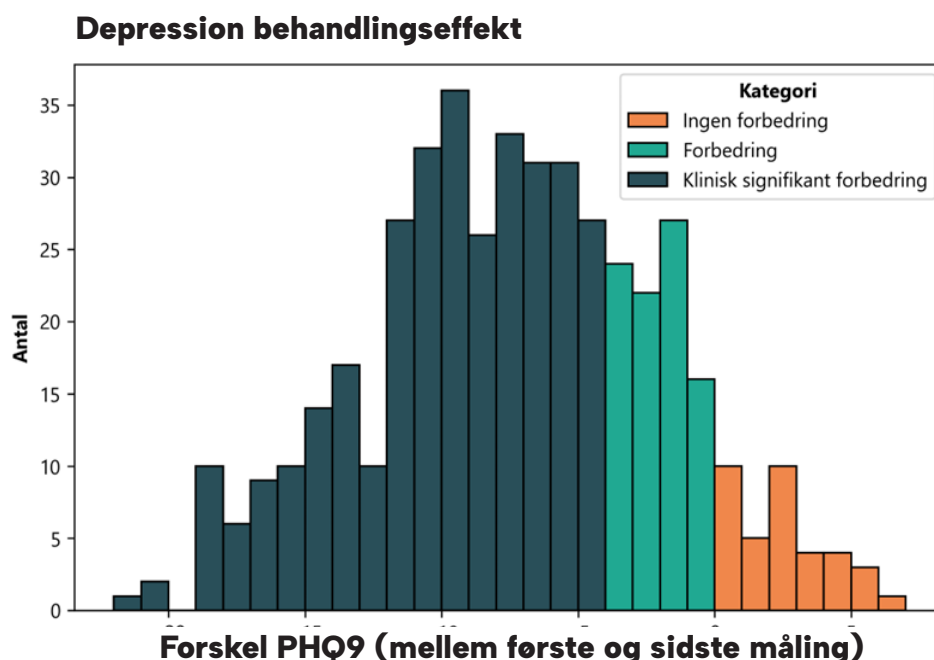


Da depressionsbehandlingen er det **program med flest patienter**, har vi valgt at fokusere mere detaljeret på netop den behandling (N=448).

Ved at analysere vores data grundigere, kan vi opnå **bedre forståelser** for hvad der sker i behandlingen og på den måde tilpasse og forbedre løbende, hvor indikeret.

I grafen nedenfor ses hvor mange point PHQ9-scoren har ændret sig efter depressionsbehandlingen. Langt **størstedelen af patienterne oplever** et signifikant fald i symptom scores, men det som er i øjefaldene, er graden af selvrapporteret ændring.

For de tre hyppigst rapporterede ændringer (godt halvdelen af depressionspatienterne) ses et **fald på mellem 5–12 point** målt på PHQ9. Med et range på 0–27, hvor cut-off for depressionslidelsen rangerer mellem 9–11, betyder det at en størstedelen af vores patienter har en PHQ9 score, som er falder under cut-off for klinisk lidelse efter behandlingsafslutning.



Figur 2 Symptomændring for depressionspatienter på PHQ9

Trivsel

Der måles på patientens **mentale trivsel** med spørgeskemaet WHO-5 ved opstart og ved endt behandling. WHO-5 er et internationalt anerkendt spørgeskema på fem spørgsmål, som er valideret på psykiatriske mål-grupper.

Scores før behandling rangerer typisk mellem 15–30 point og ved endt behandling mellem 45–60 (Newnham et al., 2009). For dem, som besvarer spørgeskema efter endt behandling (n=350), ses en stigning fra 32,3 til 44,5 i gennemsnit. Ved t-test ses en signifikant effekt ved $p < 0.05$ og en lille effekt (Cohen's $d = 0,4$).

Ud over at få signifikant færre symptomer oplever patienterne altså også generelle forbedringer i deres trivsel. Både præ- og postscores på WHO-5 ligger inden for normen med sammenlignelige populationer.

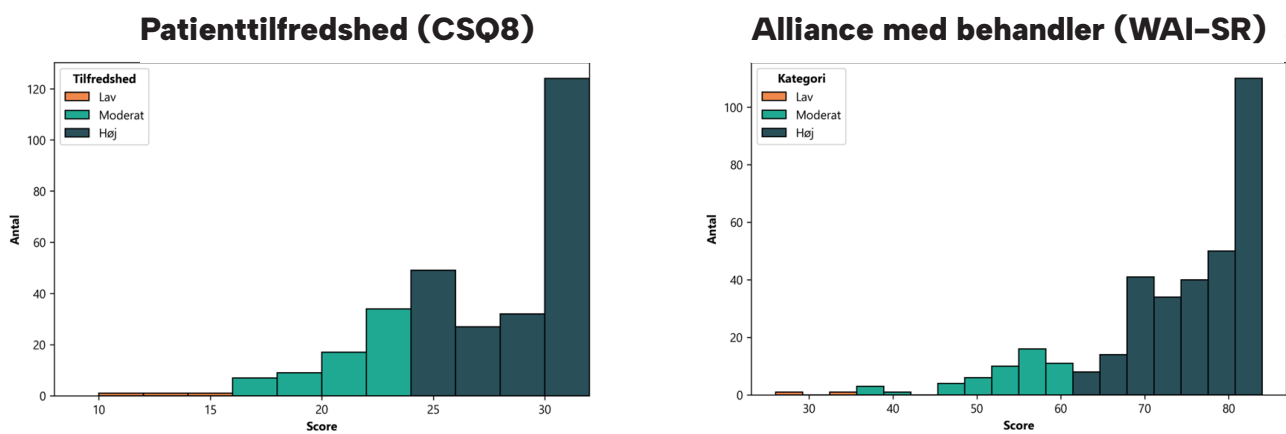
Dog ses der en **lavere grad af selvrapporteret** forbedring på 12 point, end hvad der typisk ses, når WHO-5 anvendes (Gryesten et al., 2024). Dette kan være en effekt af, at **tilbuddet er digitalt**, hvilket kan muliggøre en tendens til overrapportering (denne tendens kan ses også i vores andre standardiserede spørgeskemaer).

Patienttilfredshed

Tilfredshed med behandlingen vurderes efter endt behandling via det standardiserede spørgeskema 'Client Satisfaction Questionnaire' (CSQ-8). Spørgeskemaet giver en total værdi mellem 8 og 32, hvor 32 svarer til en **meget høj tilfredshed** med behandlingen, og 8 svarer til en meget høj grad af utilfredshed. '

Den **gennemsnitlige tilfredshed var 26,9 point**, hvilket indikerer en meget høj tilfredshed med behandlingen. Nedenfor er fordelingen af CSQ-8 scores. Vi ser få besvarelser i den lave ende af skalaen og en signifikant andel af patienter, som er yderst tilfredse.

Flere studier af traditionel KAT for angst og depression rapporterer typisk CSQ-8 scores i intervallet 24–30, hvilket indikerer generelt høj tilfredshed ved fysisk fremmøde. Forskning i almen kliniske settings demonstrerer tilsvarende resultater med gennemsnit mellem 26–29 (Atik et al., 2023). Så Internetpsykiatriens patienttilfredshed er på niveau med traditionel behandling.



Figur 3: patienttilfredshed og alliance med behandler i 2024 målt ved Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8; N=302, 23 %) og Working Alliance Inventory – SR (WAI-SR; N=350, 27 %).

Internetpsykiatrien **vurderer den terapeutiske alliance** efter endt behandling via spørgeskemaet 'Working Alliance Inventory – Short Revised' (WAI-SR).

Spørgeskemaet giver en total værdi mellem 12 til 84, hvor 84 er maksimum og svarer til en **meget høj tilfredshed** med den terapeutiske alliance, og 12 svarer til en meget høj utilfredshed med alliancen. Patienterne vurderer en **meget stærk terapeutisk alliance**, se Figur 3.



Internetpsykiatriens scores matcher tilbud, hvor alliance måles ved både fysisk fremmøde og digitalt kombinerede forløb (Doukani et al., 2024).

Vi vil dog understrege, at vi ikke har data på de respondenter, som ikke udfyldte det afsluttende spørgeskema.

Tre måneders opfølgning

Patienter, som har været i behandling hos Internetpsykiatrien, inviteres til at udfylde et spørgeskema tre måneder efter endt behandling. Spørgeskemaet viser, om behandlingen giver patienterne varige forbedringer.

Af patienter opstartet i 2024 har 135 besvaret spørgeskema ved 3 måneders opfølgning. Nedenstående tabel viser **gennemsnitligt symptomtryk** og standardafvigelse (SD) samt forskel fra afslutningstidspunktet. Bemærk at Socialfobi og Enkelfobi er udeladt pga. for få besvarelser.

BEHANDLINGSPROGRAM	n	Gennemsnitlig score ved 3 mdr. opfølgning (SD)	Forskel fra afslutnings-tidspunkt (SD)
DEPRESSION (PHQ9)	85	6,16 (4,74)	-0,73 (3,96)
PANIKANGST (PDSS)	34	4,85 (5,03)	0,29 (2,02)

Tabel 3: Symptommåling ved 3-mdr opfølgning for depression og panikangst.

Data indikerer fastholdelse af reduceret symptomtryk efter 3 måneder, dog med en vis varians på tværs af patienter. Det underbygger, at behandling hos Internetpsykiatrien skaber varige reduktioner i symptomtryk.

Som ved det **afsluttende spørgeskema** ser vi et behov for at arbejde mere målrettet på at optimere responsraten på 3 måneders opfølgningen for at få et mere helstøbt billede af den samlede patientgruppe, som har modtaget behandlingen.



//

... I dag har jeg det rigtig, rigtig godt.
Jeg har ikke tidspunkter hvor jeg føler,
at angsten fylder mere, end det jeg laver.

//

- Alexandra, tidligere patient



Se hele Alexandras historie her:
internetpsykiatrien.dk/angst



4. Spotlight på de unge (18-24 år)

Vi ønsker at forstå den yngre målgruppe mellem 18 og 24 år bedre.

De er interessante, fordi de har mulighed for henvisning fra egen læge til gratis psykologhjælp for behandling af angst og depression, men de **alligevel vælger os**.

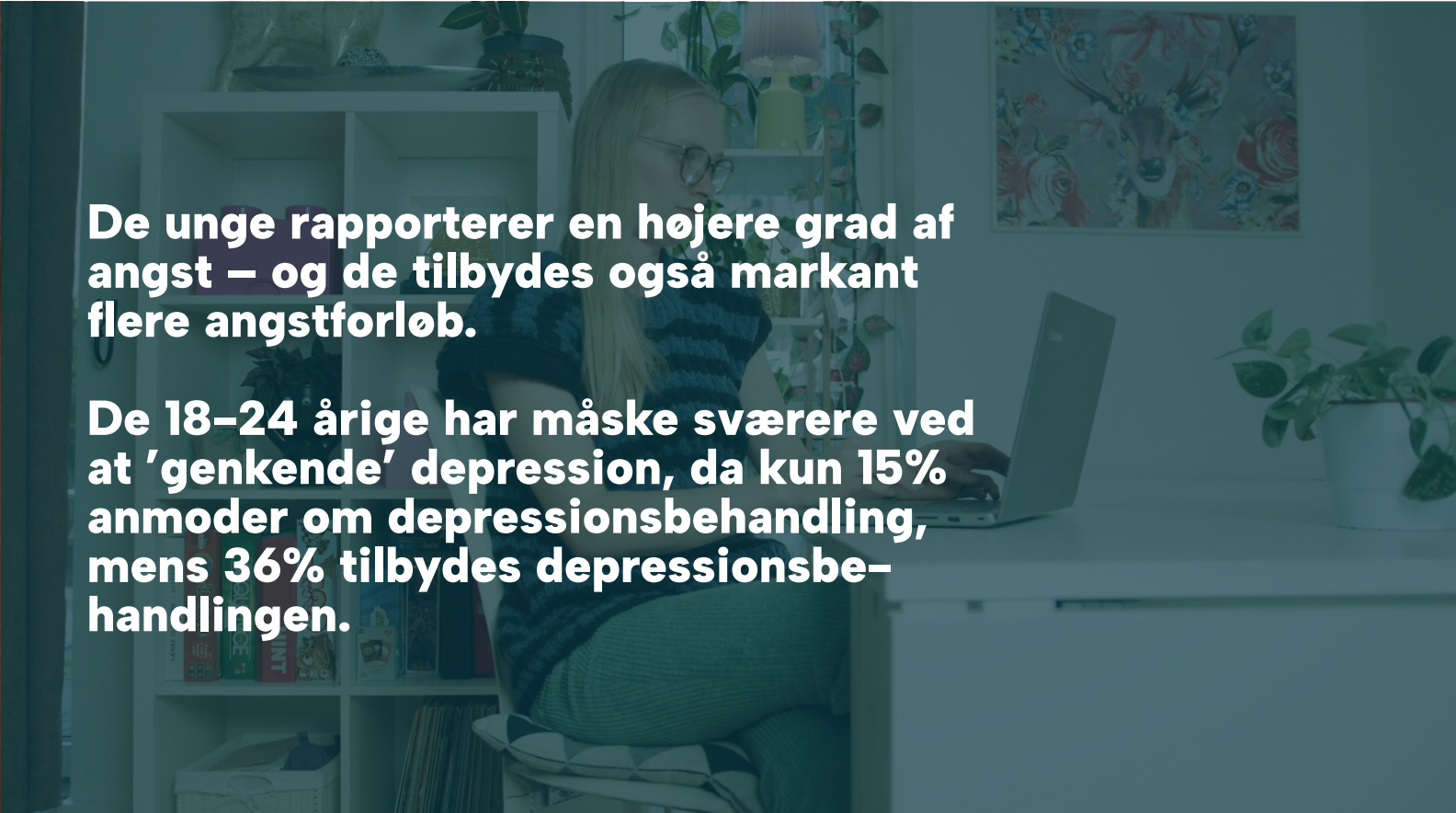
I 2024 modtog vi 937 ansøgninger fra 18-24 årige; svarende til 25 % af det samlede ansøgertal. I forhold til 2023 er det en vækst på 56 %.

Ansøgere til Internetpsykiatrien bliver bedt om at prioritere årsagerne til, at de søger behandling. Hos unge mellem 18-24 årige svarer 60,1 % at de primært søger tilbuddet pga. den **korte ventetid**, mens det for 22,3 % af ansøgere er **tilbudets fleksibilitet**, som er vigtigst.

Den vedlagsfri ordning ved ydernummer psykolog for angst og depression har ifølge Dansk Psykolog Forening på landsplan en ventetid på op til 26 uger.

De unge ansøgere deler mange ligheder med de øvrige ansøgere, men de adskiller sig også på enkelte punkter.

PARAMETRE	UNGE 18-24	ØVRIGE
Ønsker behandling for angst	48 %	40 %
Ønsker behandling for depression	15 %	24 %
Ønsker behandling for både angst og depression	28,6 %	31 %
Første behandling målrettet mentale helbred	49 %	36 %
Fordeling tildelt behandling	Angst: 64,4 % Depression: 35,6 %	Angst: 46,8 % Depression: 53,2 %
Drop ud	26 %	19 %



De unge rapporterer en højere grad af angst – og de tilbydes også markant flere angstforløb.

De 18–24 årige har måske sværere ved at 'genkende' depression, da kun 15% anmoder om depressionsbehandling, mens 36% tilbydes depressionsbehandlingen.

Som ung skal man lære sin krop og dens reaktioner at kende – og det kan typisk være forbundet med ængstelige symptomer eller kropsligt ubehag. Disse tolkes måske i højere grad som **tegn på angst**, hvor vi i nogle tilfælde ser, at der reelt er tale om depression. Depressive symptomer kan typisk fylde mere hos ældre, da tab, mistede håb og uindfrie drømme optræder mere tydeligt.

Opsummerende ser vi en **langt højere grad** af angst problematikker hos de unge, lavere behandlingserfaring (næsten halvdelen har ikke været i behandling tidligere) og højere drop ud rate.

Alder kan til dels forklare den lavere andel af tidligere erfaringer med behandling, da de har haft mindre tid til at få behandling, men det viser også, at Internetpsykiatrien formår at ramme målgruppen for tidlig indsats.

Af de 937 ansøgere blev i alt 685 tilbudt en udredende videosamtale, og 329 blev tilbudt behandling.

Af de 157 ansøgere, som blev afvist ved screeningen før videosamtalen, var de to hyppigste afvisningsårsager 'uden for Internetpsykiatriens målgruppe' (34%) og 'kompleksitet' (33%).

Ved begge afvisningskategorier anbefaler Internetpsykiatrien, at den unge **taler med egen læge** om en mulig henvisning til ydernummer psykolog (sværhedsgrad og komorbide faktorer indikerer behov for mere intensiv indsats, hvilket egen læge må lave vurdering om) inden for den vederlagsfri ordning.

20 ansøgere fremstod med helbredsangst, hvorfor de blev anbefalet Region Midtjyllands tilbud (henvisning gennem egen læge), og 20 med generaliseret angst var uden for målgruppen.

De resterende blev anbefalet at tage kontakt til egen læge med henblik på eventuel psykiatrisk udredning. I den anden gruppe, hvor 51 blev afvist grundet kompleksitet, var anbefalingen, at den angst eller depressionstilstand, som der blev ansøgt behandling for, kaldte på en større behandlingsintensitet, hvorfor den unge blev anbefalet at tage kontakt til egen læge for at få en henvisning til en psykolog.

71 (20%) unge udeblev fra den udredende videosamtale og hhv. 102 (29%) og 71 (20%) unge blev afvist på baggrund af enten 'kompleksitet' eller 'anbefalet anden behandling'. Anbefalingen afspejler proceduren ved screening uden videosamtalen, hvor patienten opfordres til at tage kontakt til egen læge.

Psykologens primærnotat kan understøtte den unge ved kontakt hos egen læge, hvor der afdækkes yderligere med sigte på at udpege den rette intervention. Størstedelen anbefales mere **intensiv behandling** såsom ydernummer psykolog, hvilket demonstrerer, at **Internetpsykiatrien evner at differentiere** tilbud afhængigt af patientens kliniske præsentation.



Fra brugertilfredshedsundersøgelsen viser data, at næsten **200 unge** rapporterede, at de oplevede sig **bedre klædt på** til at forstå deres problematik og situation gennem deltagelse i den udredende videosamtale, hvor de blev anbefalet videre henvisning via egen læge (se BTU resultater).

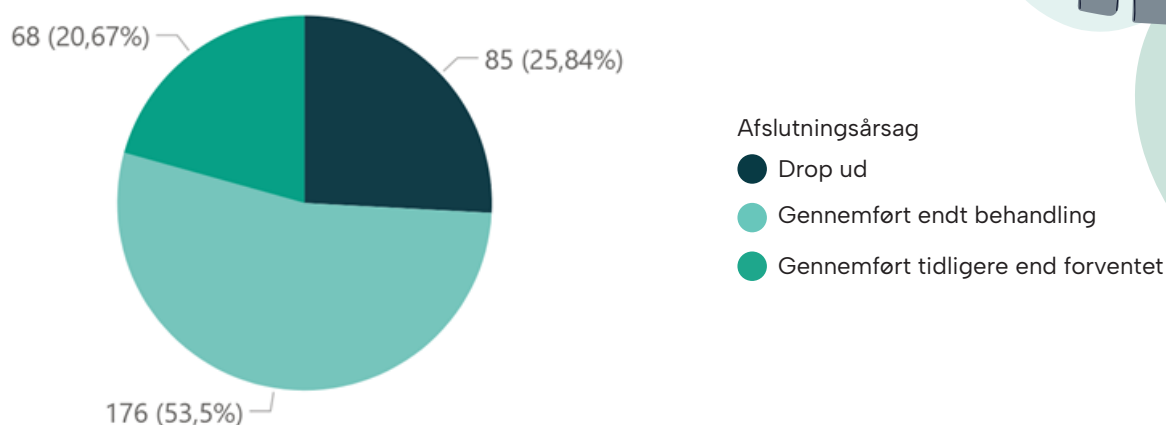
Tallene er ikke detaljerede nok, men i vores erfaring er der her tale om unge, som anbefales en behandlingsindsats af højere intensitet typisk ved et samtaleforløb.

30 unge deltog i den **udredende videosamtale**, men de nåede igennem ventelisten til ydernummer psykolog, hvorfor de blev afsluttet i Internetpsykiatrien.

329 unge (86 mænd og 237 kvinder) blev tilbudt behandling. Gennemsnitsalderen var 22 år. Drop ud raten var samlet 26% (se diagram X), men for de unge mænd (38%) var drop ud markant højere end for kvinder (21%).



Afslutningsårsag for patienter 18–24 år



//

Og jeg ved, hvordan jeg skal håndtere angsten i dag. Så jeg har det godt, for jeg har alle værktøjerne i min rygsæk.

//

– **Alexandra, tidligere patient**



Ungdomsårene er karakteriserede af flere skift og ustabilitet, og disse faktorer gør sig med høj sandsynlighed gældende i datasættet. Det kan være små skift som at flytte, starte job/uddannelse eller få/miste en kæreste, som kan gøre det sværere at fastholde fokus og engagement hos de unge.

I Internetpsykiatrien vil vi arbejde videre med at forstå disse forhold, så vi endnu **bedre kan imødekomme de unge.**

Der er tale om et relativt lille datasæt for mænd (N = 33), men vi vil følge tendenser for særligt unge mænd fremover for bedre at forstå deres risiko for drop ud og forebygge det. Da vi har et særligt fokus på at tiltrække flere mænd til behandling, er det afgørende, at vi kan tilbyde et format, der imødekommer deres behov. Det kan fx betyde et større fokus fra psykologen tidligt i behandlingen for at motivere.

Tal for gennemførelse af behandling før tid for unge er sammenlignelige med den samlede patientgruppe (19–21%), se diagram 1.

Data viser, at 14 unge stoppede behandlingen tidligere, hvor psykologen anbefaler anden behandling. Dette er typisk en højere intensitet, typisk den vederlagsfri ordning, som kræver henvisning fra egen læge.

Detaljeret afslutningsårsag for 18–24 årige patienter gennemført før tid (2024)

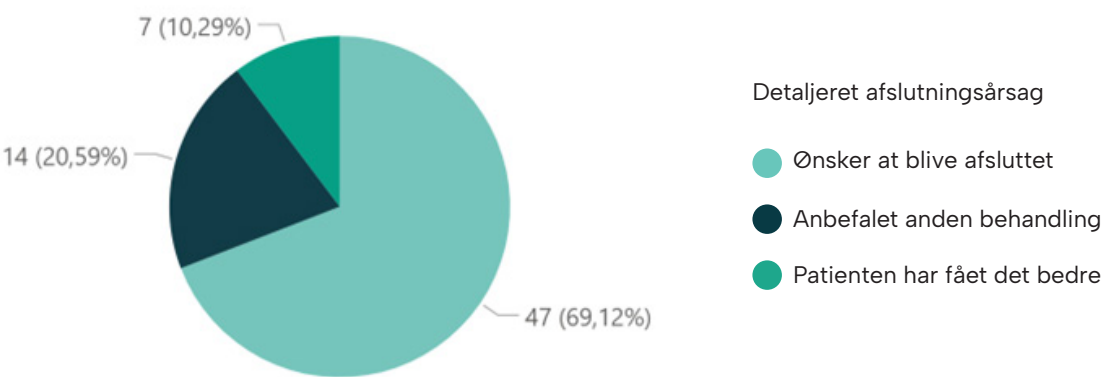


Diagram 1: Detaljeret afslutningsårsag, patienter gennemført før tid, 2024

Nedenstående tabel viser data på **behandlingseffekt for de unge patienter** mellem 18 og 24 år. Behandlingseffekten for denne gruppe er sammenlignelig med den effekt, der ses for hele patientgruppen.

Dette viser, at tilbuddet er lige så effektivt for denne patientgruppe.

PROGRAM	ANTAL PATIENTER	BEHANDLINGS-EFFEKT	KLINISK SIGNIFIKANT FORBEDRING
Depression PHQ-9	79	Stor (1,2)	63,3 %
Panikangst PDSS-SR	84	Stor (1,0)	51,2 %
Socialfobi SIAS	81	Moderat (0,5)	34,6 %
Enkelfobi FQ hovedfobi	16	Moderat (0,6)	50 %

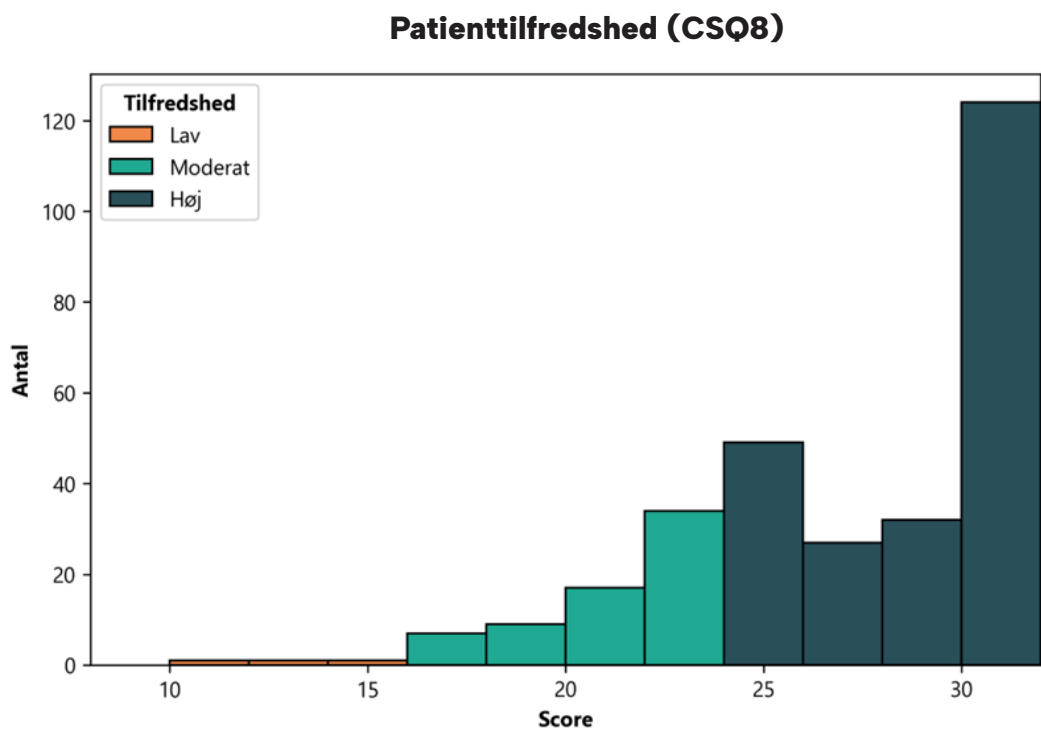
1 Patienter med mindst 1 symptommåling under behandling ud over opstartsmålingen.

2 Behandlingseffekt målt på Cohen's D. En score over 0,8 svarer til stor effekt, mens en score mellem 0,5 og 0,8 svarer til moderat effekt. Alle effekter signifikant ved $p < 0,05$.

3 Andel der opnår klinisk signifikant forbedring: PHQ-9 ≥ 5 , PDSS-SR ≥ 6 , SIAS ≥ 10 og for FQ Hovedfobi ≥ 2

Tabel 5: Behandlingseffekt for unge (18-24 år) i behandlingen

Nedenstående graf viser patienttilfredsheden for de unge patienter. Patienttilfredsheden er også høj for denne patientgruppe, hvilket bekræfter, at Internetpsykiatrien har **meget at tilbyde** for de rigtige patienter i denne gruppe.



Internetpsykiatrien tiltrækker flere og flere unge ansøgere.

De lange ventetider og det digitale format, som måske er mere **acceptabelt for denne aldersgruppe**, kan muligvis begge forklare, hvorfor vi tiltrækker flere unge og formentlig kan forvente fortsatte stigninger til tilsøgning fremover.

De unge, som tilbydes behandling, **klarer sig godt** og ligesom ved de andre aldersgrupper, er der signifikant fremgang når de gennemfører behandlingen.

Vi modtog i 2024 61 besvarelser af afsluttende spørgeskema fra de 18-24 årige, hvor 33 unge har delt deres kommentarer i fritekst. **Her ses et udsnit i anonymiseret form (samtykke til deling er indhentet).**

Udvalgte citater fra unge 18-24 år indhentet ved afsluttende spørgeskema

"Jeg synes, at **forløbet har givet mig de redskaber**, jeg har haft brug for til selv at kunne få det bedre. Jeg kan tydeligt mærke, at jeg er meget gladere nu end jeg var, da jeg startede." (depression)

"Det har været en **meget overskuelig behandlingsform**, med onlineforløbet, da jeg har kunne gennemføre opgaverne, når det passede ind. Onlineforløbet har på den måde også **givet mig nogle gode vaner**, da jeg selv skulle prioritere at få lavet opgaverne, så jeg kunne nå mit mål."
(panikangst)

"**Behandlingen hos Internetpsykiatrien** har været super god til at indse og identificere, hvor angsten kommer fra, hvorfor kroppen reagerer som den gør, og hvordan man kan slippe af med den. Det at man nu forstår hvordan kroppen reagerer har givet et **bedre indblik** i hvordan man fremover skal håndtere sin angst til forskel fra før, hvor man havde ingen forståelse. Det mindsker angsten mere og giver bedre kontrol. Derudover har min **psykolog været virkelig dygtig** til at give feedback, hjælpe og motivere mig til at arbejde videre i forløbet – tusinde tak! " (socialfobi)

"Jeg har også hele vejen igennem følt, at jeg har kunne stille alle de spørgsmål jeg har haft brug for til min psykolog, og har kunne skrive, hvis jeg har haft udfordringer med noget i forløbet eller har tvivlet på noget. Han har altid været meget obs på at understrege, at jeg endelig skulle sige til, hvis der var det mindste han kunne være **behjælpelig** med/give svar på – hvilket har været super rart. Samtidig har jeg følt mig imødekommet, forstået, og har altid fået nogle **gode, uddybende svar tilbage**, som jeg i den grad har kunne bruge. Så der er **udelukkende ros** fra mig ift. min psykolog, han er super dygtig."

(panikangst)

5. Organisering af klinikken

Internetpsykiatrien har været et permanent nationalt tilbud siden 2021 og er i 2024 for første gang blev delvist finansieret med finansloven. Forandringen betyder, at ressourcetilførslen er femdoblet, og måltallene også udvides proportionelt.

Fokus i 2024 var at sikre en vækst, som ikke gik på kompromis med kvalitet. Samtidigt har klinikken arbejdet ud fra den præmis, at der først skulle være opgaver, før nye psykologer blev ansat. I 2024 blev der ansat yderligere 7 psykologer, en teamleder og en faglig koordinator.

Dette har ført til **en samlet klinik** målrettet voksne på 27 klinikere, inkl. teamleder og faglige koordinatore. Klinikken leverer i regi af tilbuddet Coolminds også behandling til unge med angst, hvor to yderligere psykologer indgår. Endelig leveres der behandling i et tilbud for voksne med over-spisninger. I alt **voksede klinikken** i 2024 til 31 psykologer.

Det tager ca. **3-6 måneder for en nyuddannet psykolog** at kunne arbejde selvstændigt med de kliniske opgaver, hvorefter der fortsat er brug for tæt supervision, undervisning og kompetenceudviklende tiltag.

Klinikken har fokuseret på at **opbygge tydelig stilladsering** i både de kliniske opgaver, i procedurebeskrivelser og i organiseringen af arbejdet. Ledelsen vurderede, at disse byggesten var afgørende for, at det markant øgede bud-get kunne omsættes til kvalitetsdrift.

Klinikken er nyskabende på en række områder bl.a. ved at danne evidens for og viden om en helt ny digital behandling, samt for at skabe udvikle viden om og kvalificering af kompetencer til at kunne udbyde digital behandling.

Derfor er det vigtigt, at vi **skaber de rammer**, der er nødvendige, for at psykologer kan levere digital behandling i en differentieret model med høj trivsel, høj kvalitet og en høj grad af stolthed for dette spirende felt.

Set i det perspektiv er den vigtigste succes, at vi næsten fordoblede antallet af tilbudte behandlingsforløb fra 2023 til 2024.

For at kunne levere **høj klinisk kvalitet** er det afgørende, at psykologerne har de rette forudsætninger og arbejdsmiljø. I **2024 deltog** psykologerne i den første in-house tre-dages undervisning i KAT. Vi gennemførte også et internat, hvor vi beskrev rollen og de færdigheder, det kalder på, når vi udøver skriftlig behandling.

Det er med til at **underbygge det fundament**, som både sikrer god praksis i den datadrevne klinik, god evidens – og **gode strukturer** for driften.

I **2024 udvidede vi klinikken** med en teamleder og to faglige koordinatore. Med en stor gruppe af relativt nyuddannede psykologer, fortsat udvikling af de kliniske arbejdsgange og den hurtige vækst, har det været afgørende at få tilført kliniske kompetencer, som kan sikre robusthed om den store opgave.

Udvidelsen har også skabt nye muligheder i den interne kompetenceudvikling, hvor klinikken i højere grad arbejder med principper fra 'deliberate practice', hvor elementer af de kliniske færdigheder, fx at lave et diagnostisk interview på video-skærm, brydes op i små dele og øves og trænes for over tid at kunne sammensætte de mange elementer, der indgår i de forskellige kliniske roller.

Det er vores erfaring, at det ikke bare forstærker **sund trivsel som psykolog** i teamet men endnu vigtigere, understøtter det de faglige kompetencer, som er vigtige forudsætninger for at kunne levere gode patientoplevelser.



6. Næste skridt for Internetpsykiatrien

I **2024** blev Internetpsykiatrien styrket gennem finanslovsmidler, hvilket har gjort det muligt at udvide både klinik og udbredelsestiltag.

Vi har gennemført et **udviklings- og forbedringsarbejde** på ny hjemmeside med fokus på **brugernes ønsker** og skabt større faglig synlighed, så psykologernes stemmer træder tydeligere frem, og patienter kan spejle sig i andres erfaringer. Samtidig har vi styrket samarbejdet med almen praksis gennem nyt materiale til lægepraksisser og venteværelser.

Vi ved, at tidlig indsats virker – og vi har en central rolle i at udbrede kendskab til behandlingen til alle danskere, så tilbuddet kan gavne så mange som muligt. Vores opgave er også at hjælpe borgere til at søge gratis hjælp tidligt i deres forløb, så hjælpen kan medvirke til så få gener som muligt i form af fx sygdom, frafald på uddannelse og job.

I 2025 vil vi arbejde **mere målrettet** med udbredelse og branding, hvor vi bl.a. identificerer de vigtigste samarbejdspartnere og kanaler til at få vores budskab ud og dermed øge kendskabet til behandlingen i befolkningen.

Tidlig indsats virker, og vi har derfor en **vigtig opgave** i at nå ud til borgerne, så tilbuddet kan gavne så mange inden for målgruppen som muligt. I 2025 vil vi arbejde **målrettet med udbredelse og branding** af tilbuddet, hvilket inkluderer identificering af centrale samarbejdspartnere og de rette kanaler til at få vores budskab ud – med fokus på at øge kendskabet til Internetpsykiatrien blandt befolkningen.

Derudover arbejder vi kontinuerligt med at forstå hvilke patienter, der kan have gavn af et digitalt behandlingsforløb og hvilke, der har behov for anden behandling.



I takt med et øget behov for ressourcer i både det kliniske team og serviceteamet er der ansat flere faggrupper både til driften og til udvikling af servicen. I takt med at tilbuddet vokser, flere patienter optages og servicen udvikles, er der et øget behov for at sikre, at teknologi og behandling går hånd i hånd. Vi har også skullet lære at forstå, hvordan vi omsætter **digital annoncering** til flere relevante ansøgere.

Vi har løbende fokus på at sikre, at behandlingen **rammer rigtigt** ift. indhold og de teknologiske løsninger på platformen. Derfor har vi i 2024 kunnet samle vores første formelle datasæt og viden fra brugeres tilbagemeldinger fra behandlingen.

Nogle af resultaterne er blevet præsenteret her i rapporten, og andre indgår i klinikens data-drevne feedback, hvor data vil være med til at forme videreudviklingen af behandlingsprogrammer, som planlægges i 2025.



Også vores **indtag af nye patienter** bliver moderniseret. Med udbud af et nyt patientadministrativt system vil vi kunne automatisere en række processer, hvilket frigiver tid til det kliniske arbejde, og gør det lettere for patienter at komme i gang med behandling. Det forventes, at det nye PAS system implementeres i løbet af 2026.

Vi har fortsat arbejde i klinikken med at konsolidere vores viden om digital praksis. Særligt har vi sat ind på at formalisere kompetencer gennem introduktionsdage for nye medarbejdere og færdighedstræning i digital behandling.

Vi oplever en styrkelse i både workforce trivsel og kompetencer (og tilfredshed) samtidig med, at vi sikrer systematisk servicelevering på et højt fagligt niveau. Resultaterne af vores indsats skinner igennem i patienternes høje gennemførselsrater og udfald (symptomlindring).

Vi står midt i en sundhedssektor i forandring, hvor digitale løsninger og tidlig indsats er nøgleord. Internetpsykiatrien er et konkret svar på sundhedsreformens ambitioner om **lighed i adgang** og styrkelse af behandling tæt på borgeren.

Samtidig står vi på en tærskel, hvor digitale services bliver mere og mere udbredte og tilgængelige. Og hvor AI også spiller en større og større rolle. Det **stiller krav** til os om at forstå, hvilke styrker og begrænsninger de digitale formater har, og hvordan vi med disse forståelser bedre kan optimere og udvikle tilbud, som **sikrer endnu bedre patientrejser**.

7. Litteratur og referencer

Angst & StressForeningen (n.d.) Psykoterapi. Hentet 06-10-2025, fra <https://www.angststress.dk/?page=psykoterapi>

Atik, E., Stricker, J., Schückes, M., & Pittig, A. (2023). Efficacy of a brief blended cognitive behavioral therapy program for the treatment of depression and anxiety in university students: uncontrolled intervention study. *JMIR Mental Health*, 10, e44742.
<https://doi.org/10.2196/44742>

Depressionsforeningen (2023, 8. August). Forskel på depression mellem mænd og kvinder?
<https://depressionsforeningen.dk/artikler/forskel-pa-maend-og-kvinder/>

Doukani, A., Quartagno, M., Sera, F., Free, C., Kakuma, R., Riper, H., ... & Araya, R. (2024). Comparison of the working alliance in blended cognitive behavioral therapy and treatment as usual for depression in Europe: secondary data analysis of the E-COMPARED randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e47515.
<https://doi.org/10.2196/47515>

Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing and moderators, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 83(6), 1108-22.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000044>

Gryesten, J. R., Poulsen, S., Moltu, C., Biering, E. B., Møller, K., & Arnfred, S. M. (2024). Patients' and therapists' experiences of standardized group cognitive behavioral therapy: Needs for a personalized approach. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 51(5), 617-633.
<https://doi.org/10.1007/s10488-023-01301-x>

Newnham, E. A., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2010). Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 133-138.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.005>

internetpsykiatrien

Årsrapport 2024

Nationalt internetbaseret behandlingstilbud for angst og depression

<https://internetpsykiatrien.dk/>