

Perspektiver på digital psykiatri

En spørgeskemaundersøgelse om patienters erfaringer med og holdning til digitale værktøjer i psykiatrien

Faglig rapport fra
Institut for Statskundskab,
Aarhus Universitet / 2024

Emilie Kristine Dyrlev



INSTITUT FOR STATSKUNDSKAB
AARHUS UNIVERSITET



Datablad

Titel:	Perspektiver på digital psykiatri
Undertitel:	En spørgeskemaundersøgelse om patienters erfaringer med og holdning til digitale værktøjer i psykiatrien
Forfatter(e):	Emilie Kristine Dyrlev
Afdeling:	Institut for Statskundskab
Udgiver:	Aarhus Universitet
URL:	https://ps.au.dk/
Udgivelsesår:	Juni 2024
Redaktion afsluttet:	Maj 2024
Faglig kommentering:	Professor Bagga Bjerge, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet og lektor Lars Thorup Larsen, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
Finansiell støtte:	Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark
Bedes citeret:	Dyrlev 2024
Layout:	Ina Luise Vittrup Brixen / visuelt.dk
Sideantal:	53 sider
Internet version:	Rapporten kan findes på Institut for Statskundskabs hjemmeside: https://ps.au.dk/

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Introduktion	5
Sammenfatning	6
Hovedkonklusioner	7
Anbefalinger på baggrund af undersøgelsen	9
Definition af digitale værktøjer	10
Kortlægningens opbygning	11
Karakteristik af patienters teknologibrug og syn på digital psykiatri	12
IT-udstyr og teknologiinteresse	13
Internettet som informationskilde	14
Hvad søges der information om? Og hvad karakteriserer dem, der ikke søger information?	17
Online grupper og fællesskaber	18
Første kilde til information	20
Vigtigheden af kontakten med fysisk fremmøde	21
Fordele og ulemper ved digitale værktøjer i psykiatrien	22
Behandlingsforløb med fysisk fremmøde: Ventetiden værd?	24
Karakteristik af patienter, der bruger digitale værktøjer	25
Hvem bruger digitale værktøjer?	26
Digitale værktøjer: Hvad, hvornår, hvordan?	28
Udbytte ved digitale værktøjer	32
Karakteristik af patienter, der ikke bruger digitale værktøjer	35
Årsager til ikke at bruge digitale værktøjer	36
Motivation for at bruge digitale værktøjer	37
Kvalitativ analyse af kommentarer	40
Bilag	44
Population og metode	45
Svarprocenter	45
Dataindsamling	46
Baggrundsvariable	47
Bortfalds- og repræsentativitetsanalyse	48
Litteraturliste	51

Forord

Dette er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der kortlægger psykiatriske patienters perspektiver på digital psykiatri. Undersøgelsen udføres af ph.d.-studerende Emilie Kristine Dyrlev ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Undersøgelsen er økonomisk støttet af de fem psykiatrihospitaller i Danmark.

En stor tak til Malene Hoffmann Buskbjerg, Mille Thuesen Hirsch Sørensen, Sarah Vestergaard Lydixen, Andrea Bæk Noesgaard og Simone Hoffmann Buskbjerg, som har været studenterarbejdere på projektet og som har bidraget med et forbilledligt og uundværligt arbejde.

Desuden en stor tak til tværregionale task force for digital psykiatri og Center for Digital Psykiatri ved Region Syddanmark, som har bidraget med vigtige faglige input og viden om digital psykiatri.

Tak til ph.d.-vejledere Lars Thorup Larsen, Bagga Bjerger og Anne Mette Møller, som har givet faglig sparring gennem undersøgelsesprocessen.

Der skal også lyde stor tak til personer, der har pilottestet spørgeskemaet og dermed bidraget til at undgå forståelses- eller fortolkningsproblemer i spørgeskemaet. Naturligvis også en virkelig stor tak til alle, der har besvaret spørgeskemaet – uden jer ville undersøgelsen ikke være mulig.

Endelig tak til Rambøll Management Consulting, som har udført dele af spørgeskemadataindsamlingen på vegne af Aarhus Universitet. Aarhus Universitet er alene ansvarlig for undersøgelsens resultater og konklusioner.

Introduktion

I de senere år er behovet for psykiatrisk behandling vokset markant i Danmark. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet bliver cirka hver femte ramt af en psykisk sygdom i løbet af deres levetid. Samtidig udgør psykisk sygdom omkring 25 pct. af den overordnede sygdomsbyrde i Danmark (1).

Digital psykiatri kan være et svar på denne udfordring. Målet med digital psykiatri er at gøre adgang til psykiatrisk behandling let og lige for alle. Samtidig har digital psykiatri til formål at gøre udredning og behandling mere fleksibel og effektiv, hvilket formodes at reducere arbejdspresset for det sundhedsfaglige personale samt øge kvaliteten af behandlingen. Endelig betragtes digitale værktøjer som en mulighed for, at patienter kan få mere personaliseret og brugerinddragende behandling.

Samtidig kræver digital psykiatri en interesse i at bruge teknologi samt adgang og evner til at bruge teknologi. Udenlandske studier peger på, at digital psykiatri kan være med til at skabe og forværre ulighedsskrukturer i samfundet. Det betyder at patienter, der i forvejen er i en udsat position, risikerer at blive mere udsatte, fordi de mangler adgang og evner til at bruge digitale værktøjer samt ikke har motivationen eller interessen (2-5).

Der findes imidlertid ingen viden om, hvad psykiatriske patienter generelt mener om digital psykiatri i Danmark. Denne landsdækkende spørgeskemaundersøgelse er derfor den første, der kortlægger patientoplevelser og holdninger ift. digitale værktøjer i psykiatrien. Kortlægningen giver et overblik over, hvilke digitale værktøjer, der bruges, samt hvilke patienter, der bruger digitale værktøjer, og hvad deres holdning er til det. Desuden giver kortlægningen en karakteristik af patienter, der ikke bruger digitale værktøjer herunder hvilke motivationsfaktorer og –barrierer, der er for at bruge digitale værktøjer.

Sammen- fatning

Hovedkonklusioner

Kortlægningen viser, at målgruppen generelt set har adgang til flere former for IT-udstyr – især smartphones (93 pct.).

Samtidig ses en skepsis over for digitale værktøjer, som hænger sammen med en frygt for at digitale værktøjer erstatter behandlerkontakt med fysisk fremmøde. Målgruppen kan være bange for at være overladt til sig selv og mener, at digitale værktøjer ikke kan stå alene.

Målgruppen bruger hyppigt internetsøgning til at få information om mental sundhed eller psykisk sygdom (77 pct.). Dog har kun 26 pct. været med i online grupper eller fællesskaber, 20 pct. har brugt videokonsultationer og 15 pct. har brugt apps. Meget få respondenter har brugt online terapiforløb, sensorteknologi, virtual reality eller kunstig intelligens. Internetsøgning er altså et vigtigt informationsredskab, men derudover spiller det digitale ikke en stor rolle for målgruppens psykiske sygdom eller mentale sundhed.

93%

Har adgang til en smartphone.

77%

Har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet.

Respondenter, der ikke har brugt digitale værktøjer, forholder sig dog ikke nødvendigvis afvisende til det. 41 pct. kan på nuværende tidspunkt forestille sig at prøve digitale værktøjer. Det er især apps (59 pct.) og videokonsultationer (56 pct.), som respondenterne er interesserede i at prøve.

Respondenter, der har brugt digitale værktøjer, er overvejende enige i, at de har haft gavn af at bruge værktøjerne. De er dog overvejende uenige i, at digitale værktøjer har givet dem mindre behov for kontakt med deres behandler.

41%

Kan forestille sig at bruge digitale værktøjer (blandt dem, der ikke har prøvet det).

Behandleren spiller generelt en vigtig rolle for målgruppen. En stor del af dem, der har brugt digitale værktøjer, er kommet i gang på grund af deres behandler. Blandt dem, der ikke har brugt digitale værktøjer, siger 53 pct., at de ikke har brugt digitale værktøjer fordi, de mener, at det ikke er lige så gavnligt som at mødes fysisk med en behandler. Samtidig betragter 49 pct. deres behandler som den største motivationsfaktor for at prøve at bruge digitale værktøjer.

Manglende adgang, evner og tillid til at bruge digitale værktøjer er altså ikke centrale barrierer for at bruge dem. Derimod synes fravalget i høj grad at hænge sammen med en opfattelse af, at digitale værktøjer ikke er lige så godt som behandling med fysisk fremmøde. Derudover er manglende viden om, hvilke værktøjer, der findes, en betydelig barriere.

Der er forskel på målgruppen. Især alder påvirker målgruppens erfaringer med og holdninger til digitale værktøjer. Helt overordnet set har ældre personer mindre digital adfærd og en mere skeptisk holdning til digitale værktøjer sammenlignet med yngre personer.

Derudover har køn, bopæl og socioøkonomisk position også en betydelig effekt på målgruppens erfaringer og holdninger. Tendensen er, at kvinder har mere digital adfærd end mænd, men samtidig en større frygt for, at digitale værktøjer erstatter behandling med fysisk fremmøde. De grundlæggende træk ved bopæl er, at personer bosat i hovedstadsområdet eller storbyer er mere digitale i adfærd og holdning sammenlignet med personer fra provinsbyer eller landområder. Argumentet om at digitale værktøjer kan fjerne fysiske distancer for personer, der bor langt væk fra behandlingssteder, skinner altså ikke igennem i undersøgelsens fund. Tendensen ved socioøkonomisk position er, at personer med lav socioøkonomisk position er mere skeptiske over for digitale værktøjer end personer med høj socioøkonomisk position.

Endelig har migrationsbaggrund, sværhedsgrad af psykisk sygdom og social støtte begrænset betydning for målgruppens holdninger. Hovedtrækkene er, at personer med svær psykisk sygdom søger mindre information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet, men er mere engagerede i online grupper eller fællesskaber, sammenlignet med personer uden svær psykisk sygdom. Desuden er personer med høj social støtte mere tilbøjelige til at bruge digitale værktøjer sammenlignet med personer uden høj social støtte.

Der skal dog tages forbehold for spørgeskemaundersøgelsens generaliserbarhed, da undersøgelsen ikke er repræsentativ for populationens alder, køn, socioøkonomiske position og migrationsbaggrund.

Anbefalinger på baggrund af undersøgelsen

Inddrag behandleren

Behandleren spiller en vigtig rolle for målgruppen. Hvis der skal designes og implementeres digitale tiltag, er det vigtigt, at behandleren er en aktiv del af tiltaget.

Digitale værktøjer må ikke være en erstatning af behandling med fysisk fremmøde

Det er også vigtigt, at tiltaget ikke er – eller kan blive tolket som – en erstatning af kontakten med fysisk fremmøde. Patienterne understreger vigtigheden af den direkte kontakt med deres behandler og oplevelsen af, at der er mennesker, der tager sig af dem.

Apps kan være et godt supplement til behandlingen med fysisk fremmøde

Apps er et hyppigt værktøj blandt patienter, der bruger digitale værktøjer og det mest populære værktøj blandt patienter, der ikke har brugt digitale værktøjer, men godt kunne tænke sig det. Hvis man vil udbrede digitale værktøjer til patienter, der er interesserede i det, kan man med fordel kigge på apps. Der er især interesse i at bruge apps til at holde øje med humør og symptomer, få informationer om mental sundhed eller psykisk sygdom og kommunikere med behandlere. Det understøtter pointen om, at digitale værktøjer ikke må stå alene, men kan være et gavnligt supplement.

Vær opmærksom på digital ulighed

Der er dog forskel på interessen i digitale værktøjer. På baggrund af undersøgelsen anbefales det, at man især er opmærksom på ældre personer, personer med lav socioøkonomisk position og personer bosat i udkantsområder. Denne gruppe befinder sig ofte i en udsat position og risikerer at blive mere udsatte gennem digitale tilbud. Det er vigtigt at være opmærksom på digital ulighed, som har en social slagside.

Definition af digitale værktøjer

Der findes ingen officiel definition af digital psykiatri. I en dansk kontekst kan man definere digitale værktøjer som: Videokonsultationer, online terapiforløb, apps, sensorteknologi, virtual reality og kunstig intelligens. Værktøjerne kan bruges alene eller som led i samme behandlingsforløb.

Videokonsultationer minder om fysiske konsultationer, hvor patienter interagerer med behandlere gennem samtale. Ved online terapiforløb suppleres videokonsultationer, eller anden form for kommunikation med behandlere, med online øvelser. Det kan f.eks. være i form af videoer eller tekstbaseret information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Ydermere kan online terapiforløb indbefatte monitorering af patienters symptomer eller adfærd, f.eks. ved, at patienter skal vurdere deres daglige humør. Det kan foregå ved, at patienter selv registrerer deres adfærd gennem f.eks. apps. Apps er et alsidigt værktøj, der kan bruges til forskellige ting - herunder adfærdsregistrering, information og kontakt med behandlere. Adfærdsregistrering kan også ske gennem sensorteknologi, hvor patienter f.eks. måler deres puls gennem wearables. Virtual reality kan f.eks. benyttes til eksponering eller til behandling af psykotiske tilstande. Endelig er kunstig intelligens et opblomstrende felt, der bl.a. kan bruges som en digital samtalepartner (6).

Det kan være svært at afgrænse, hvornår der er tale om digital psykiatri. I denne undersøgelse forstås f.eks. internetsøgning, online fællesskaber såsom grupper på sociale medier, online tidsbestilling, podcast og videoer på YouTube ikke som en del af begrebet digital psykiatri.

Rationalet i afgrænsningen er, at de digitale værktøjer skal have en substantiel betydning for patienternes behandling og støtte. I spørgeskemaet spørges der dog ind til patienternes informationssøgen på internettet og deltagelse i online fællesskaber for at få indblik i patienternes generelle digitale adfærd ift. mental sundhed og psykisk sygdom.

Kortlægningens opbygning

Rapporten består af fire primære dele:

- 1/** Første del viser respondenternes generelle digitale adfærd og holdning til teknologi. Desuden præsenterer kapitlet respondenternes grundlæggende holdninger til digitale værktøjer i psykiatrien.
- 2/** Anden del fokuserer på respondenter, der har brugt digitale værktøjer. Kapitlet viser deres holdninger til og erfaringer med at bruge digitale værktøjer.
- 3/** Tredje del beskæftiger sig med respondenter, der ikke har brugt digitale værktøjer. Kapitlet viser holdninger til digitale værktøjer, herunder årsager til ikke at bruge digitale værktøjer, samt motivationsfaktorer og -barrierer for at bruge digitale værktøjer.
- 4/** Fjerde del består af en kvalitativ analyse af kommentarer, der er skrevet til spørgeskemaundersøgelsen.

I hver del præsenteres fordelinger til spørgeskemaspørgsmål deskriptivt. Nogle af dem understøttes af statistiske chi-i-anden test for uafhængighed ved et 5% signifikansniveau. De uafhængige variable er: Socioøkonomisk position, sværhedsgrad af psykisk sygdom, alder, køn, bopæl, migrationsbaggrund og social støtte. I rapporten præsenteres kun signifikante fund (ved en p-værdi under 0,05). Personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til det pågældende spørgsmål, er ikke medtaget i nogle af de statistiske analyser. Alle testresultater ses i det selvstændige baggrundsmateriale. Her ses også spørgeskemaet, som er blevet sendt til undersøgelsesdeltagerne som fysisk post.

Dertil består rapporten af et bilagsmateriale med svarprocenter, repræsentativitets- og bortfaldsanalyse, operationalisering af baggrundsvARIABLE og detaljer om dataindsamlingen.

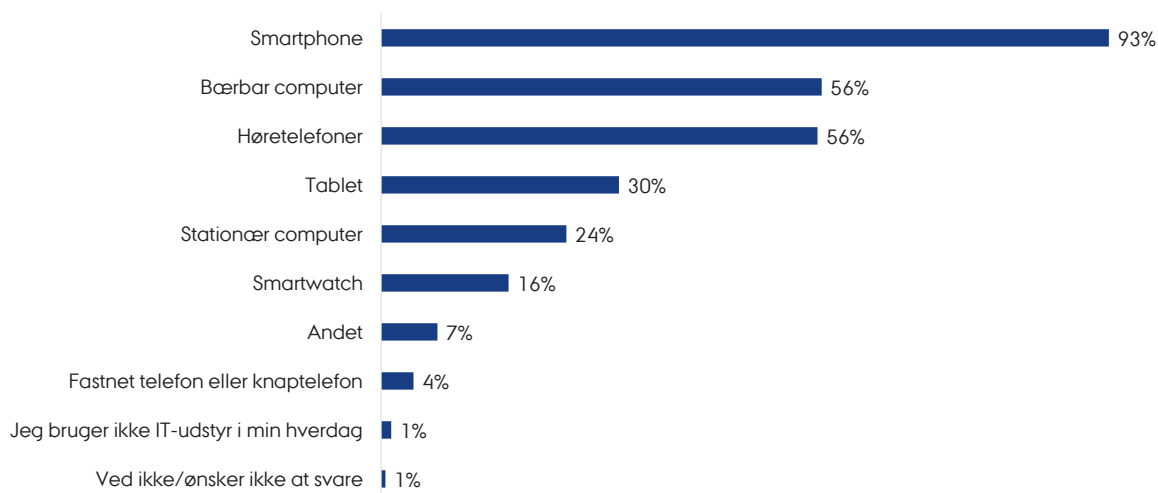
Karakteristik af patienters teknologibrug og syn på digital psykiatri

IT-udstyr og teknologiinteresse

Det følgende afsnit tager udgangspunkt i alle respondenterne – uanset om de har erfaring med digitale værktøjer eller ej. Afsnittet kortlægger respondenternes brug af IT-udstyr og interesse i ny teknologi. Desuden viser afsnittet respondenternes overordnede perspektiver på digital psykiatri.

Figur 1 viser, at respondenterne virker til generelt at have IT-udstyr til rådighed i deres hverdag. Der er 93 pct. af respondenterne, der bruger en smartphone i deres hverdag, og over halvdelen anvender en bærbar computer og høretelefoner (begge 56 pct.). Det er ligeledes en relativt stor andel, der anvender tablets (30 pct.). Figuren viser, at det kun er 1 pct., der ikke anvender IT-udstyr i deres hverdag. I den forbindelse adskiller målgruppens brug af IT-udstyr sig ikke fra den generelle befolknings brug af IT-udstyr (7, 8). I tråd med internationale studier (9-12), tyder det altså på, at målgruppen overordnet set ikke mangler adgang til IT-udstyr.

Figur 1: Brug af IT-udstyr i hverdagen.

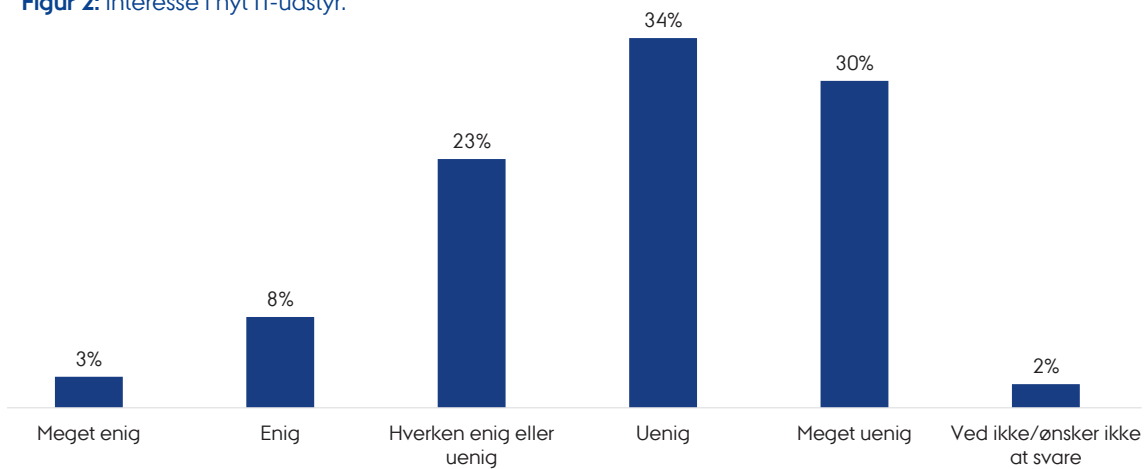


Note: Respondenter (N=1.478). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.

Spørgsmålsformulering: "Hvilket IT-udstyr bruger du i din hverdag? (Du kan vælge flere svar)"

Respondenterne er også blevet spurgt ind til, hvorvidt de har interesse i at have det nyeste IT-udstyr. Dermed kortlægges både, hvilket IT-udstyr der anvendes og, hvor teknologiinteresserede de er. Figur 2 viser, at 64 pct. er uenige eller meget uenige i, at de går op i at have det seneste nye IT-udstyr. Det viser, at målgruppen ikke lægger vægt på at erhverve sig den nyeste teknologi. Det kan ses i sammenhæng med, at der er en relativt stor andel, som bruger en stationær computer (24 pct.), mens der er relativt få respondenter, som anvender nyere teknologier såsom smartwatches (16 pct.).

Figur 2: Interesse i nyt IT-udstyr.



Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

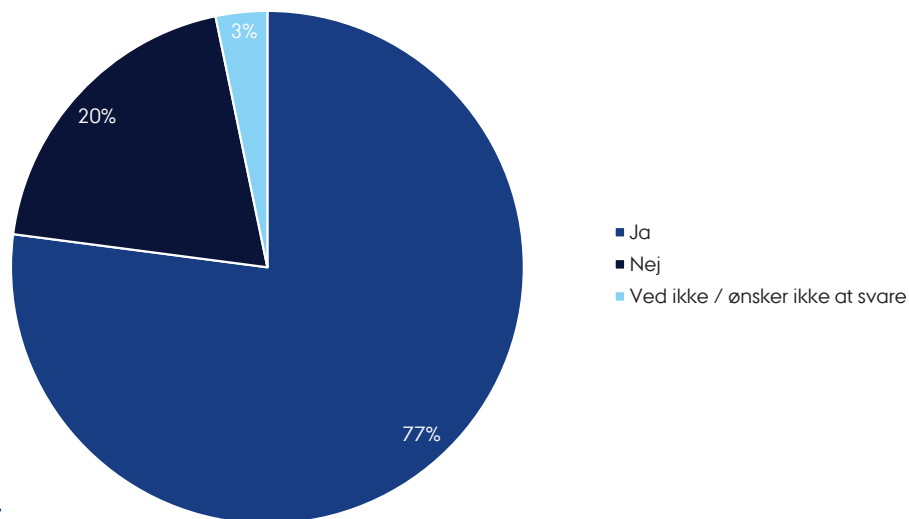
Jeg går op i at have det seneste nye IT-udstyr, f.eks. den nyeste mobiltelefon eller computer"

Det er sammenlagt kun 11 pct., der er meget enige eller enige i, at de går op i at have det nyeste IT-udstyr. Selvom langt størstedelen anvender en form for IT-udstyr i deres hverdag, synes det ikke vigtigt for målgruppen, hvorvidt deres IT-udstyr er det nyeste. Vi ved dog ikke, om det skyldes reel manglende interesse eller økonomiske barrierer.

Internettet som informationskilde

Når det kommer til, hvorvidt respondenterne bruger internettet til at søge information om mental sundhed eller psykisk sygdom, viser der sig en klar tendens. Af Figur 3 fremgår det, at der er en stor andel (77 pct.), der siger *ja* til at have søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet. Andre studier peger også på, at psykiatriske patienter ofte bruger internettet som informationskilde ift. deres psykiske lidelse (9).

Figur 3: Informationssøgen om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet.



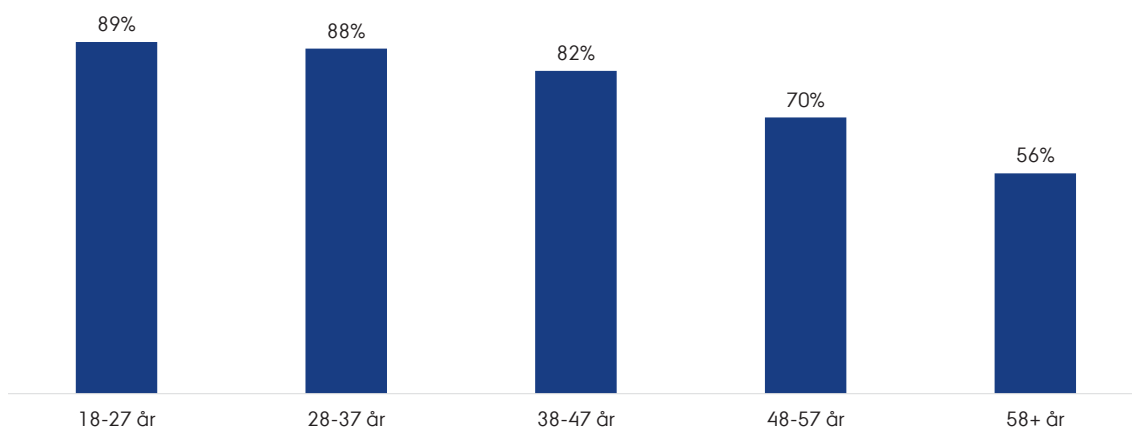
Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsmålsformulering: "Har du søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet?"

Det er altså en gruppe, der virker til både at have de teknologiske redskaber og interessen i at få information online. Der er dog stadig en betydelig andel (20 pct.), der ikke har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet.

Analysen viser ligeledes, at der er en statistisk sammenhæng mellem respondenternes informations-søgen på internettet og deres alder, bopæl, køn, psykiske sygdom og socioøkonomiske position. Som Figur 4 illustrerer, falder andelen, der har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom, i takt med respondenternes alder. Således er der 89 pct. i aldersgruppen 18-27 år, der har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom, mens tilsvarende gør sig gældende for 56 pct. af respondenterne over 57 år.

Figur 4: Andel der har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet på tværs af alder.



Note: 18-27 år (N=352), 28-37 år (N=287), 38-47 år (N=241), 48-57 år (N=276), 58+ år (N=321). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes registeroplysninger om alder. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi 166,9862, p-værdi: 0,000.

Spørgsmålsformulering: "Har du søgt information om mentalt sundhed eller psykisk sygdom på internettet?"

Analysen viser samtidig, at personer bosat i storbyer eller hovedstadsområdet i højere grad søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom sammenlignet med personer fra provinsbyer eller oplands- og landområder. Figur 5 viser, at der er 15 procentpoint forskel mellem personer fra storbyer eller hovedstadsområdet og personer fra oplands- og landområder. Det kan hænge sammen med, at personer fra hovedstadsområdet eller storbyer generelt søger mere information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Omvendt kunne man forestille sig, at personer uden for storbyerne ville søge mere information på internettet, da de ofte bor længere væk fra behandlingssteder og kan have sværere ved at få informationer fra deres behandler.

Figur 5: Andel der har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet på tværs af bopæl.



Note: Storby eller hovedstadsområde (N=630), Provinsby (N=341), Land- eller oplandsområde (N=506). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes registeroplysninger om bopæl. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi: 41,6917, p-værdi: 0,000.

Spørgsmålsformulering: "Har du søgt information om mentalt sundhed eller psykisk sygdom på internettet?"

Desuden ses en tendens til, at kvinder i højere grad end mænd søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Der er også en større andel af personer uden svær psykisk sygdom, der søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom, end personer med svær psykisk sygdom.

Endelig viser Figur 6 en positiv sammenhæng mellem socioøkonomisk position og informationssøgen på internettet. Der er 86 pct. af respondenterne med en høj socioøkonomisk position, som har søgt information, sammenlignet med 71 pct. af respondenterne med en lav socioøkonomisk position.

Figur 6: Andel der har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet på tværs af socioøkonomisk position.



Note: Lav socioøkonomisk position (N=350), Middel socioøkonomisk position (N=707), Høj socioøkonomisk position (N=410). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes registeroplysninger om socioøkonomisk position. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi: 23,0167, p-værdi: 0,000

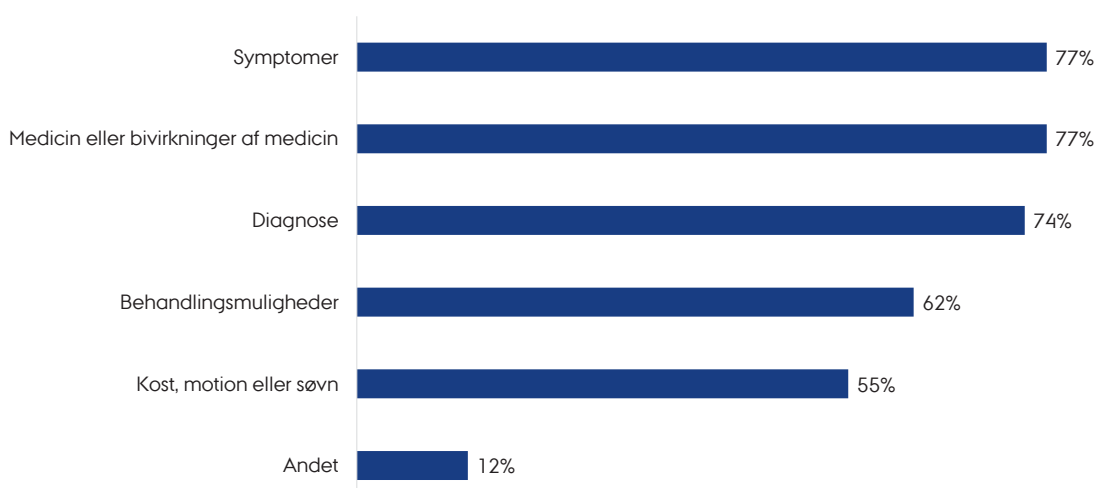
Spørgsmålsformulering: "Har du søgt information om mentalt sundhed eller psykisk sygdom på internettet?"

Til trods for, at overvægten af respondenterne søger information online om mental sundhed eller psykisk sygdom, er der betydelige sociodemografiske forskelle i respondenternes informations-søgen. Det er især de ressourcestærke respondenter dvs. unge personer, personer med høj socio-økonomisk position, personer uden svær psykisk sygdom samt personer bosat i storbyer eller hovedstadsområdet, der søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Derudover søger kvinder mere information end mænd.

Hvad søges der information om? Og hvad karakteriserer dem, der ikke søger information?

Vi vil nu se nærmere på målgruppens internetsøgning. Figur 7 viser, hvad respondenterne søger efter, når de søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet. Det fremgår, at respondenterne generelt søger information om mange ting. Det er især symptomer (77 pct.), medicin eller bivirkninger af medicin (77 pct.) og diagnoser (74 pct.), som mange af respondenterne har søgt information om. Det er mindst udbredt at søge information om kost, motion eller søvn, hvor det er lige omkring halvdelen (55 pct.) af respondenterne, der har gjort dette.

Figur 7: Hvad der søges information om på internettet.

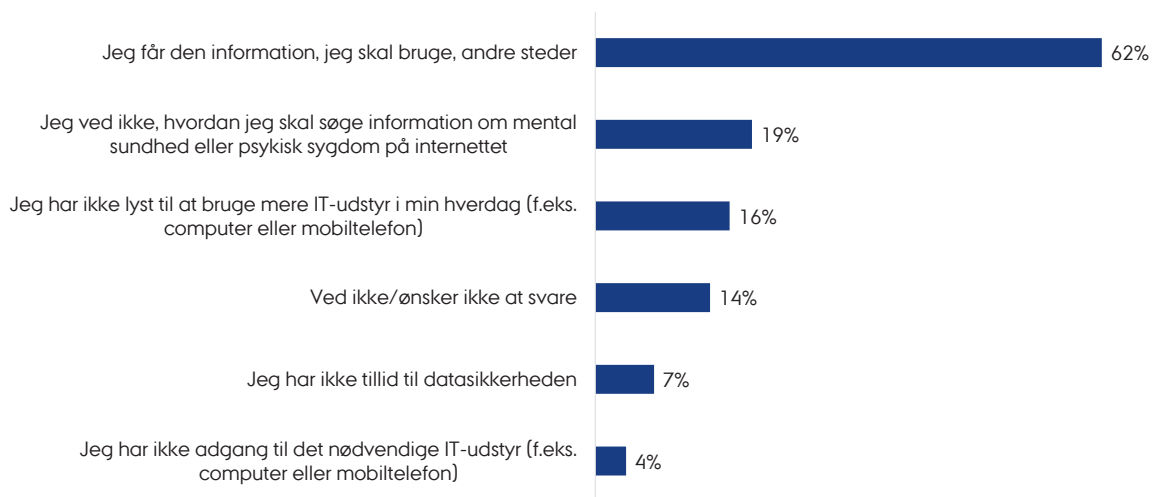


Note: Respondenter (N=1.139). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.

Kategorierne *ved ikke* og *ønsker ikke at svare* er udeladt fra figuren af diskretionshensyn.

Spørgsmålsformulering: "Hvad har du søgt information om? (Du kan vælge flere svar)"

Samtidig er respondenterne, der ikke har søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet, blevet spurgt om årsagen til, at de ikke bruger internettet som informationskilde. Her svarer 62 pct., at det skyldes, at de får den information, de skal bruge, andre steder. Det fremgår af Figur 8. Det skal dog ikke nødvendigvis ses som et aktivt fravalg af teknologi i sig selv, da der er relativt få respondenter (16 pct.), der angiver manglende lyst til at bruge IT-udstyr i hverdagen som årsagen til, at de ikke søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Tilsvarende fremhæver kun 7 pct., at de ikke søger information online, fordi de ikke har tillid til datasikkerheden. Manglende evner til at søge information er heller ikke en udbredt årsag (19 pct.). Kun 4 pct. fremhæver manglende adgang til teknologi som årsagen til, at de ikke søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom.

Figur 8: Årsager til ikke at have søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet.

Note: Respondenter (N=291). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.

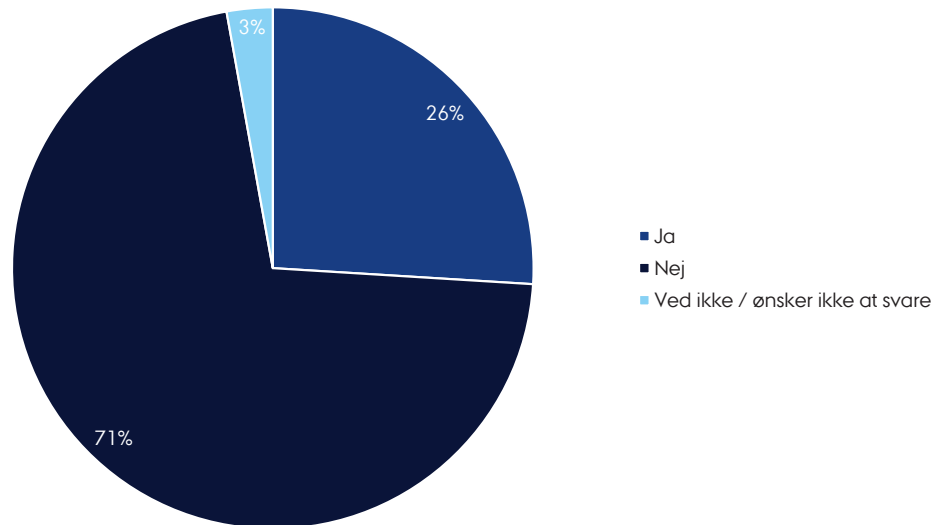
Spørgsmaalsformulering: "Hvilke af disse udsagn passer bedst på dig? (Du kan vælge flere svar): Jeg har ikke søgt information om mental sundhed eller psykisk sygdom på internettet fordi..."

Respondenterne, der ikke søger information, vælger altså andre informationskilder end internettet, men virker til at have adgang og, i mange tilfælde, også evnerne til at bruge digitale værktøjer. Valget af andre informationskilder skal heller ikke ses som et udtryk for, at respondenterne mangler tillid til datasikkerheden eller har en skepsis over for digitale værktøjer i sig selv.

Online grupper og fællesskaber

Udover informationsøgning er det også blevet undersøgt, hvorvidt respondenterne er med i online grupper og fællesskaber, der handler om mental sundhed eller psykisk sygdom. Det er værd at bemærke, at en stor andel af respondenterne (71 pct.) ikke har været med i online grupper eller fællesskaber, som det ses i Figur 9. Det er kun 26 pct., der har været en del af online grupper eller fællesskaber om mental sundhed eller psykisk sygdom. Det indikerer, at respondenterne i højere grad søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom ved selv at søge på internettet fremfor i et online fællesskab.

Figur 9: Brug af online grupper eller fællesskaber.



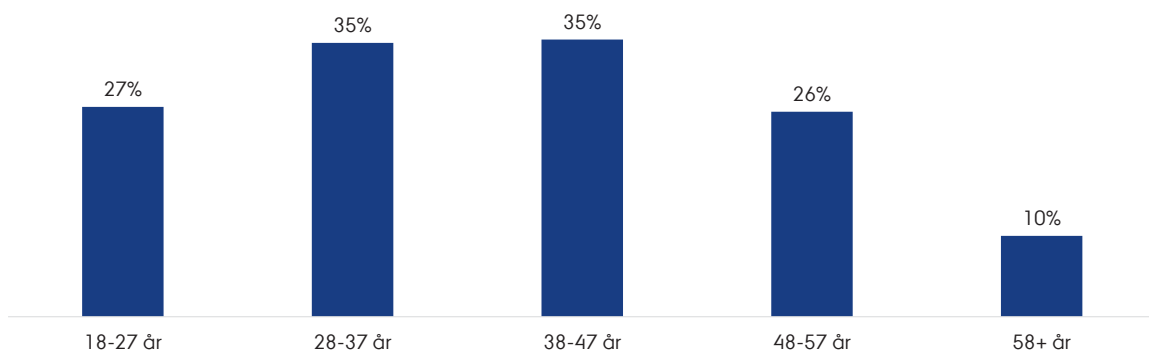
Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsmålsformulering: "Har du været med i online grupper eller fællesskaber, der handler om mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Analysen viser, at der er en statistik signifikant sammenhæng mellem medlemskab af online grupper og fællesskaber og respondenternes køn, alder, migrationsbaggrund og psykiske sygdom. Da der er få personer med migrationsbaggrund, som har været medlem af online grupper eller fællesskaber, rapporteres der ikke på disse fund.

Figur 10 viser, at det især er personer i aldersgruppen 28-47, som er medlem af online grupper og fællesskaber (35 pct). Online grupper og fællesskaber er mindst udbredt blandt personer på 58 år eller derover, hvor kun 10 pct. har været medlem.

Figur 10: Andel der har været med i online grupper eller fællesskaber på tværs af alder.



Note: 18-27 år (N = 352), 28-37 år (N = 287), 38-47 år (N = 241), 48 - 57 år (N = 276), 58+ år (N = 321). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes registeroplysninger om alder. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi: 62,4574, p-værdi: 0,000.

Spørgsmålsformulering: "Har du været med i online grupper eller fællesskaber, der handler om mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Desuden ses igen en tendens til, at kvinder i højere grad er medlem af online grupper eller fællesskaber end mænd. Det er interessant, at den statistiske test viser, at personer med svær psykisk sygdom i højere grad er medlem af online grupper eller fællesskaber. Figur 11 viser andelen af personer med og uden svær psykisk sygdom, som er med i online grupper eller fællesskaber.

Figur 11: Andel der har været med i online grupper eller fællesskaber på tværs af psykisk sygdom.



Note: Svær psykisk sygdom (N=553), ikke svær psykisk sygdom (N=925). Figuren er baseret på alle respondenter, mens chi-i-anden testen ikke inkluderer personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet. Chi-i-anden værdi: 6,4284, p-værdi: 0,011.

Spørgsmålsformulering: "Har du været med i online grupper eller fællesskaber, der handler om mental sundhed eller psykisk sygdom?"

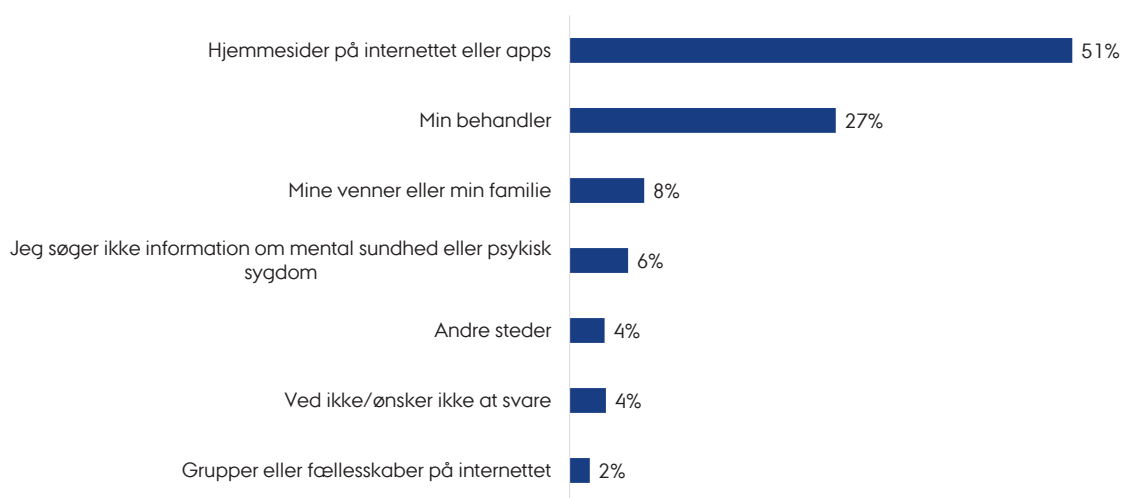
Forskellen kan skyldes, at der findes flere online fællesskaber for svære lidelser, som f.eks. skizofreni, end der findes for mildere lidelser som f.eks. angst. I den forbindelse ved vi dog ikke, om det er personer med en specifik diagnose, der især er medlem af online grupper eller fællesskaber. Man kunne dog omvendt forestille sig, at personer med svær psykisk sygdom i højere grad oplever social isolation, hvilket ville kunne forbindes med begrænset medlemskab i online fællesskaber. Om end der generelt er en lav grad af medlemskab, tyder undersøgelsens fund ikke på, at personer med svær psykisk sygdom står mere uden for de online fællesskaber. Det stemmer overens med fund i andre undersøgelser (13).

Første kilde til information

Der vil nu gives en karakteristik af, hvor respondenterne får information om mental sundhed eller psykisk sygdom – herunder hvor stor en rolle hjemmesider og apps spiller.

Figur 12 viser, at lidt over halvdelen af respondenterne (51 pct.) bruger hjemmesider på internettet eller apps som det første sted til at søge information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Det fremgår, at 27 pct. søger information hos deres behandler som det første sted, hvorfor det også er en vigtig informationskilde. Det er derimod ikke så mange (8 pct.), der får information fra venner eller familie. Tendensen til, at de fleste respondenter ikke er medlem af online grupper eller fællesskaber, kommer til udtryk ved, at kun 2 pct. bruger online grupper eller fællesskaber som det første sted, de søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Online eller offline socialt netværk er altså sjældent første kilde til information om mental sundhed eller psykisk sygdom.

Figur 12: Første informationskilde om mental sundhed eller psykisk sygdom.



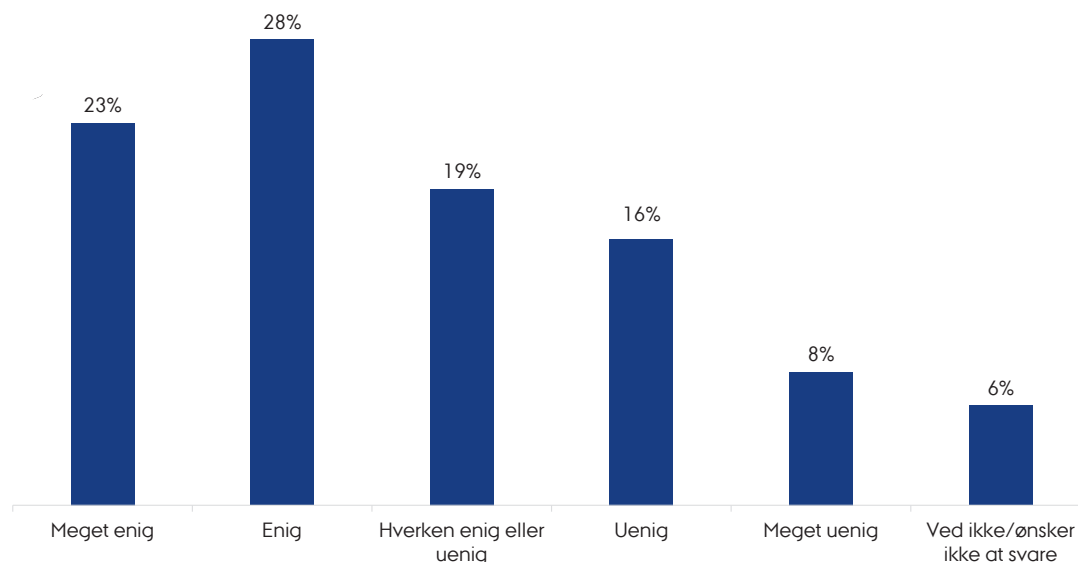
Note: Respondenter (N=1.478). Bemærk, at procentsatsen ikke summer til 100 pga. afrundinger.

Spørgsmålsformulering: "Hvor er det første sted, du typisk søger information om mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Vigtigheden af kontakten med fysisk fremmøde

Nu vil vi se på respondenternes perspektiver på digitale værktøjer i psykiatrisk behandling. Respondenterne er blevet spurgt, hvorvidt de er bange for, at digitale værktøjer vil erstatte fysisk kontakt med behandlere på sigt. Til det spørgsmål svarer cirka halvdelen af respondenterne (51 pct.), at de er enige eller meget enige, som det fremgår i Figur 13. Modsat er ca. en fjerdedel (24 pct.) uenige eller meget uenige i at være bange for, at digitale værktøjer erstatter fysisk kontakt med behandlere. Det tyder altså på, at respondenterne vægter den menneskelige kontakt højt. Flere af respondenterne rapporterer i forlængelse heraf, at digitale værktøjer kan fungere som et fordelagtigt supplement, men ikke stå alene, hvilket fremgår af den kvalitative analyse af kommentarfeltet til slut i rapporten.

En forholdsvis stor andel på 19 pct. af respondenterne er hverken enige eller uenige, og 6 pct. svarer *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare*. Det kan ses som et udtryk for, at scenariet er svært at forholde sig til.

Figur 13: Frygt for, at digitale værktøjer erstatter fysisk kontakt med behandlere.

Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?"

Jeg er bange for, at digitale værktøjer på sigt vil erstatte fysisk kontakt med behandlere."

Analysen viser, at der er en statistisk sammenhæng mellem frygten for, at digitale værktøjer erstatter fysisk kontakt og bopæl, socioøkonomisk position og køn. Tendensen er, at personer med lav socioøkonomisk position i højere grad er enige i udsagnet set ift. personer med høj socioøkonomisk position. Desuden er personer fra oplands- eller landområder i højere grad enige i udsagnet sammenlignet med personer fra storbyer eller hovedstadsområdet. Det er igen interessant, da man omvendt kunne forestille sig, at personer bosat på landet ville have vanskeligere ved at mødes fysisk med deres behandler, hvis de bor langt væk fra behandlingssteder.

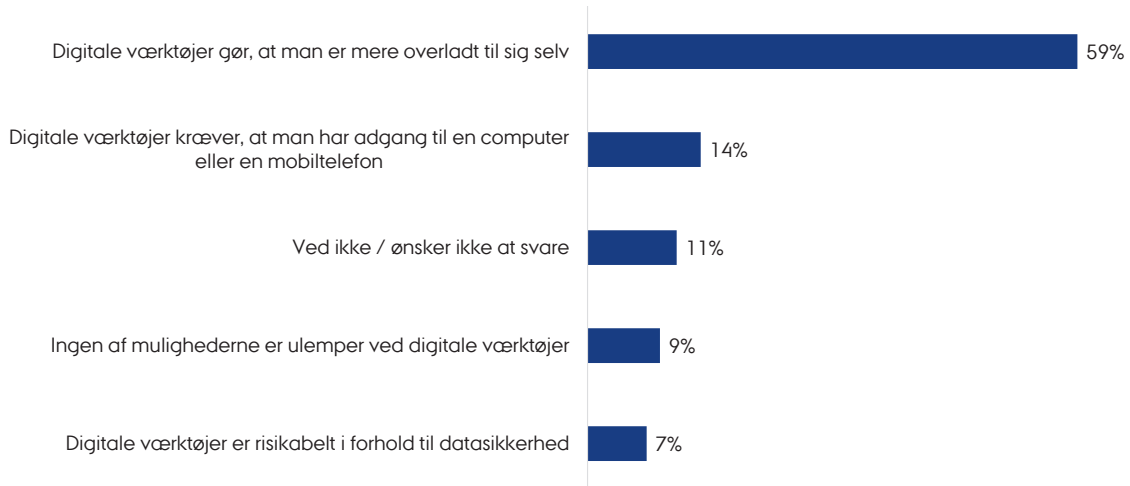
Det er også bemærkelsesværdigt, at kvinder i højere grad end mænd er enige i udsagnet. Selvom kvinder er mere tilbøjelige til at søge information online og være med i online fællesskaber, er de samtidig mere bange for at miste kontakt med fysisk fremmøde. Andre undersøgelser viser, at kvinder er mere tilbøjelige til at opleve og handle på deres mistro end mænd (14). Set fra den vinkel kan man overveje, om kvinder bruger både digitale værktøjer og deres behandlere mere end mænd gør. Deres frygt for, at digitale værktøjer erstatter den fysiske kontakt, kan ses som en understregning af behovet for fysisk tilstedeværelse, men ikke som et fravalg af digitale værktøjer i sig selv.

Fordele og ulemper ved digitale værktøjer i psykiatrien

Respondenterne er blevet spurgt ind til de største fordele og ulemper ved digitale værktøjer i psykiatrien. Det fremgår af Figur 14, at en overvægt af respondenterne (59 pct.) mener, at den største ulempe ved digitale værktøjer er, at man bliver mere overladt til sig selv. Det indikerer en markant bekymring for, at brugen af digitale værktøjer kan føre til en form for isolation eller manglende støtte. En mindre andel af respondenterne (14 pct.) angiver, at dét, at digitale værktøjer forudsætter en computer eller mobiltelefon, udgør den største ulempe. Det indikerer, at en mindre del af

målgruppen er bekymret for digital eksklusion på grund af manglende adgang til digitale værktøjer. Da kun 7 pct. fremhæver datasikkerhed som den største ulempe ved digitale værktøjer tyder det ikke på, at målgruppen er bekymret for datasikkerheden.

Figur 14: Største ulempe ved digitale værktøjer.



Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsømsformulering: "Vælg den største ulempe, som du mener, der er ved digitale værktøjer i psykiatrien."

Figur 15 viser, at den største fordel ved digitale værktøjer ifølge ca. en tredjedel af respondenterne (31 pct.) er, at digitale værktøjer gør det nemmere at nå ud til personer, som bor langt væk fra behandlingssteder. Lige så mange respondenter (31 pct.) mener, at den største fordel består i, at man nemmere selv kan bestemme tidspunkt og sted for behandling. Det tyder på, at det i høj grad er fleksibiliteten, som gør digitale værktøjer attraktiv for målgruppen.

Figur 15: Største fordel ved digitale værktøjer.



Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsømsformulering: "Vælg den største fordel, som du mener, der er ved digitale værktøjer."

Kun 13 pct. mener, at den største fordel ved digitale værktøjer er, at de gør det nemmere at klare sig selv i hverdagen. Når man holder det op mod faktummet, at hele 59 pct. mener, at den største ulempe er, at man bliver overladt til sig selv, tyder det på, at det er frygten for at sidde alene med sine psykiske udfordringer, som gør digitale værktøjer til en mindre attraktiv mulighed for målgruppen.

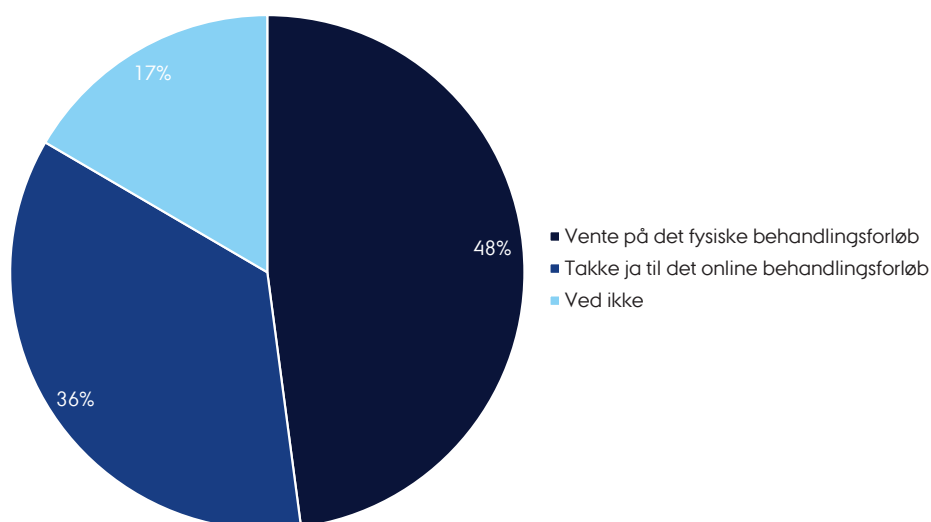
Samlet set viser besvarelserne, at de største fordele og ulemper ved digitale værktøjer i psykiatrien i store træk handler om skismaet mellem øget fleksibilitet og en følelse af at være overladt til sig selv.

Behandlingsforløb med fysisk fremmøde: Ventetiden værd?

Respondenterne er blevet præsenteret for et hypotetisk scenarie, hvor de får valget mellem at vente 4 måneder på et behandlingsforløb med fysisk fremmøde eller deltage i et online forløb uden ventetid. De får at vide, at hvis de takker ja til det online forløb, bliver de ikke tilbudt et forløb med fysisk fremmøde. Næsten halvdelen af alle respondenterne (48 pct.) ville vælge at vente på behandlingsforløbet med fysisk fremmøde. Lidt over en tredjedel (36 pct.) ville dog i en situation med lang ventetid takke ja til straks at modtage psykiatrisk hjælp gennem online behandlingsforløb. Tilsammen udgør det en overvægt af respondenter, der foretrækker det fysiske behandlingsforløb, hvilket potentielt kan hænge sammen med, at den største ulempe ifølge respondenterne er risikoen for at blive overladt til sig selv.

En stor del af respondenterne lægger vægt på, at deres valg afhænger af sværhedsgraden af deres symptomer, og hvor akut deres tilstand er. Det fremgår af den kvalitative analyse af spørgeskemaets kommentarfelt. Hvor nogen mener, at det vigtigste i en akut situation er at få hjælp hurtigt - uanset behandlingsforløbets karakter - mener andre, at fysisk nærvær med en behandler er det vigtigste, da symptomerne i den anledning kræver større menneskelig opmærksomhed. Cirka 17 pct. svarer *ved ikke*, hvilket kan være et udtryk for, at scenariet er svært at forholde sig til, fordi det i høj grad afhænger af den specifikke sygdomssituation.

Figur 16: Valg mellem online eller fysisk behandling.



Note: Respondenter (N=1.478). Bemærk, at procentsatsen ikke summer til 100 pga. afrundinger. Respondenter, som har svaret *ønsker ikke at svare* (N=30) er medtaget i kategorien *ved ikke*.

Spørgsmålsformulering: "Forestil dig, at du har brug for psykiatrisk behandling. Du får besked på, at der er 4 måneders ventetid for et behandlingsforløb med fysisk fremmøde. Som alternativ bliver du tilbudt et online behandlingsforløb, hvor du kan starte med det samme. Hvis du takker ja til det online forløb, bliver du ikke tilbudt et forløb med fysisk fremmøde. Hvad tror du, at du ville vælge?"

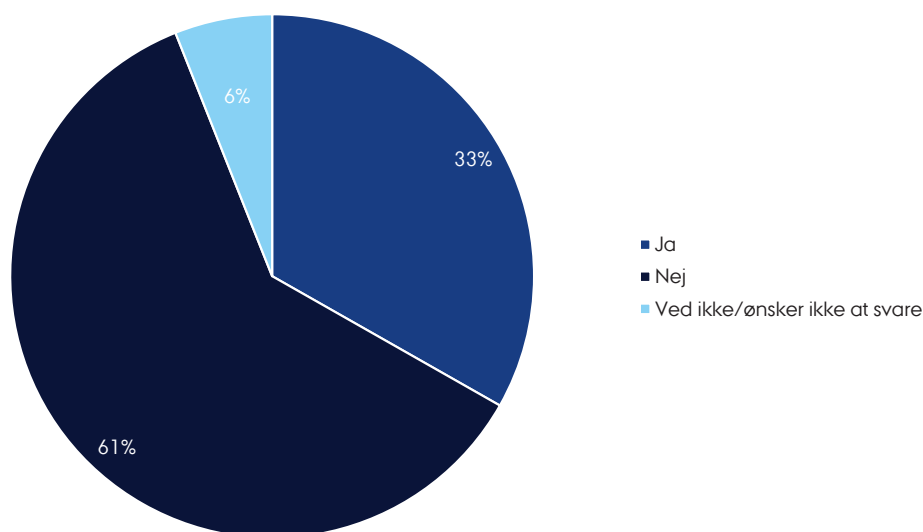
Karakteristik af patienter, der bruger digitale værktøjer

Hvem bruger digitale værktøjer?

Vi vil nu kigge på respondenternes brug af digitale værktøjer. I denne undersøgelse defineres digitale værktøjer som: Videokonsultationer, apps, online terapiforløb, kunstig intelligens, sensorteknologi og virtual reality (se definition på side 10).

Figur 17 viser, at en tredjedel (33 pct.) af respondenterne har brugt digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom. Størstedelen (61 pct.) har derimod ikke brugt digitale værktøjer. En relativ stor andel, 6 pct., har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare*.

Figur 17: Brug af digitale værktøjer.

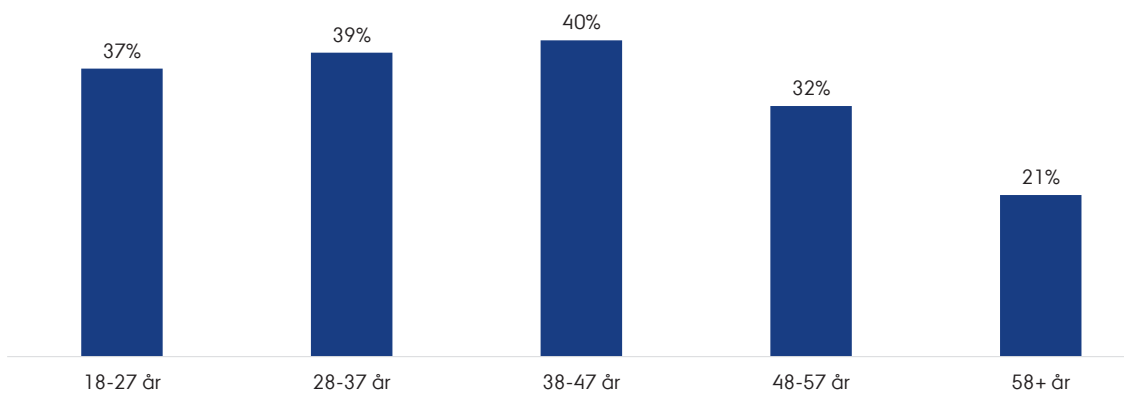


Note: Respondenter (N=1.478)

Spørgsmålsformulering: "Har du prøvet at bruge digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Der er dog en statistisk signifikant sammenhæng mellem brugen af digitale værktøjer og respondenternes alder, køn og sociale støtte. Figur 18 viser, at personer i aldersgruppen 38-47 år er mest tilbøjelige til at bruge digitale værktøjer (40 pct.). På samme måde som ved de online fællesskaber, er det hverken de yngste eller ældste, der er mest tilbøjelige til at bruge digitale værktøjer. Dog er digitale værktøjer mindst udbredt i de ældre aldersgrupper. Figur 18 viser, at der blandt personer på 58 år eller derover kun er 21 pct., der siger *ja* til at have brugt digitale værktøjer.

Figur 18: Andel der har brugt digitale værktøjer på tværs af alder.

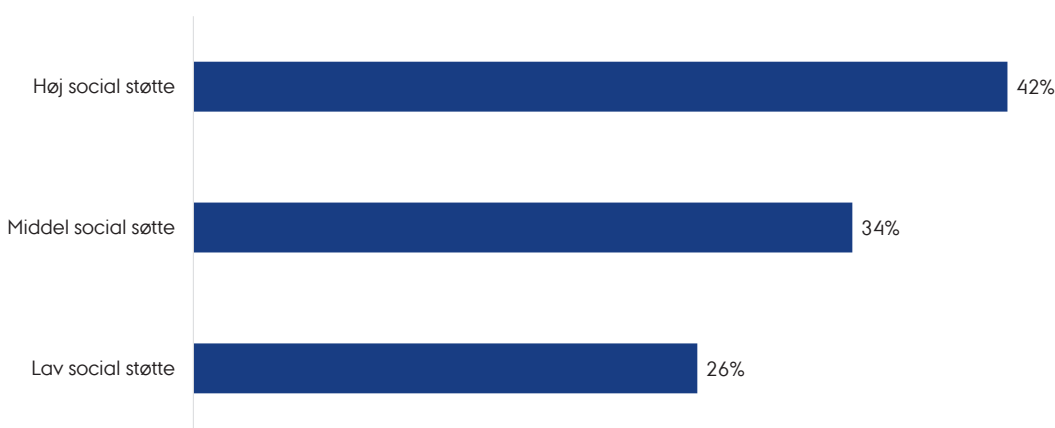


Note: 18-27 år (N=352), 28-37 år (N=287), 38-47 år (N=241), 48-57 år (N=276), 58+ år (N=321). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes registeroplysninger om alder. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi: 36,9130, p-værdi: 0,000.

Spørgsmaalsformulering: "Har du prøvet at bruge digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Derudover viser analysen, at kvinder igen er mere tilbøjelige til at bruge digitale værktøjer end mænd. Figur 19 viser, hvordan personer med høj social støtte er mere tilbøjelige til at bruge digitale værktøjer end personer med lav eller middel social støtte. Hvor 42 pct. af personerne med høj social støtte har brugt digitale værktøjer, gør samme sig kun gældende for 26 pct. af personerne med lav social støtte. Det kan hænge sammen med at personer, der oplever høj social støtte i deres netværk, i højere grad får støtte og opmuntring til at bruge digitale værktøjer.

Figur 19: Andel der har brugt digitale værktøjer på tværs af social støtte.



Note: Lav social støtte (N=235), Middel social støtte (N=888), Høj social støtte (N=216). Figuren og chi-i-anden testen er baseret på personer, hvor der findes spørgeskemaoplysninger om social støtte. I chi-i-anden testen er personer, der har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* til spørgsmålet ikke medtaget. Chi-i-anden værdi: 12,0036, p-værdi: 0,002.

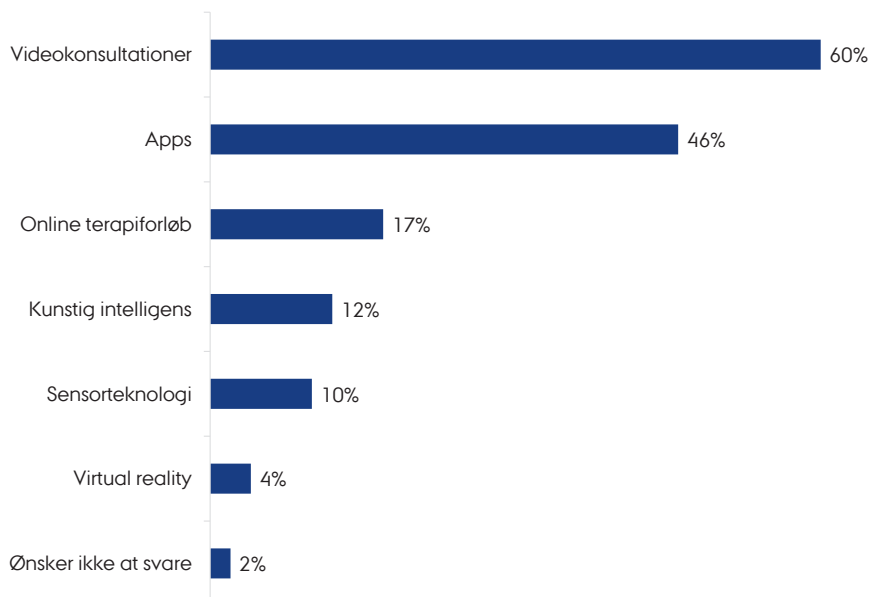
Spørgsmaalsformulering: "Har du prøvet at bruge digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Digitale værktøjer: Hvad, hvornår, hvordan?

Vi vil nu se nærmere på, hvilke værktøjer, der bruges blandt respondenter, der har sagt *ja* til at bruge digitale værktøjer. Desuden vil det fremgå, hvornår respondenterne har brugt værktøjerne og hvordan de er kommet i gang med at bruge dem.

Figur 20 viser, at over halvdelen af respondenterne (60 pct.) har prøvet videokonsultationer. Dernæst kommer apps, som lige under halvdelen af respondenterne (46 pct.) har brugt. Figur 20 viser derudover, at få respondenter har prøvet online terapiforløb, kunstig intelligens, sensorteknologi og virtual reality. Det kan ses i lyset af, at de er nye værktøjer, der ikke har samme udbredelse som videokonsultationer og apps.

Figur 20: Oversigt over anvendte digitale værktøjer.



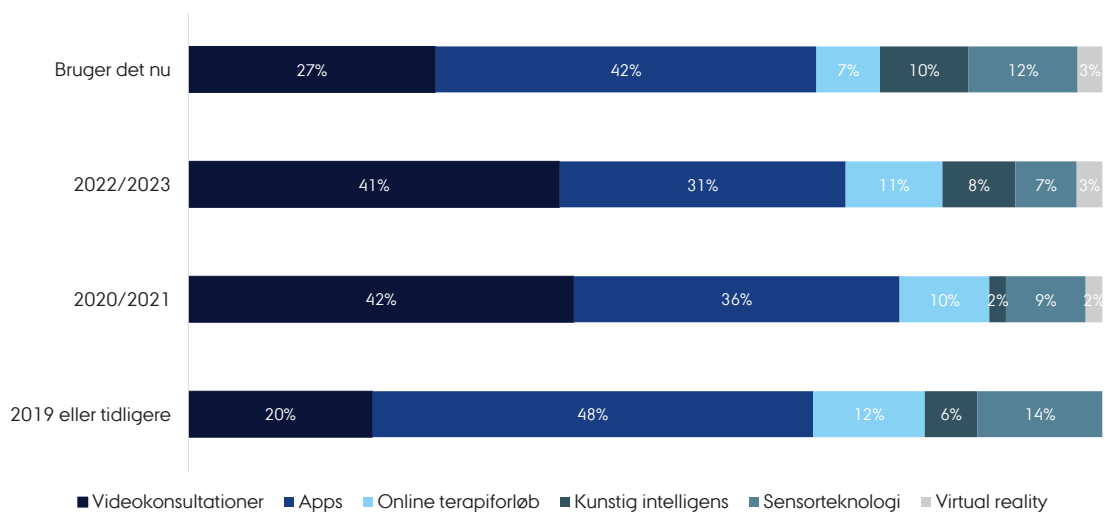
Note: Respondenter (N=491). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.

Spørgsmålsformulering: "Hvilke digitale værktøjer har du prøvet?"

Figur 21 viser, hvornår respondenterne har brugt de forskellige værktøjer. Indledningsvist skal det noteres, at alle respondenter har været tilknyttet psykiatrien i 2023 (se en definition af populationen på side 45), hvilket kan forklare, hvorfor der er så mange, der har brugt digitale værktøjer i 2022/2023. Derfor er figuren udarbejdet og opdelt ud fra de enkelte år, så der kan sammenlignes på tværs.

Figur 21 illustrerer, at apps har været et populært værktøj over tid. Samtidig viser figuren, at videokonsultationer vinder indpas i 2020. Det kan ses som et udtryk for Covid-19's indtog i Danmark og dermed også i psykiatrien, hvor det sjældent var muligt at mødes fysisk. Derudover viser Figur 21, at kunstig intelligens fylder mere og mere. Det kan ses i tråd med den hurtige udvikling af kunstig intelligens, vi har set i løbet af de sidste par år.

Figur 21: Brugen af digitale værktøjer over tid.

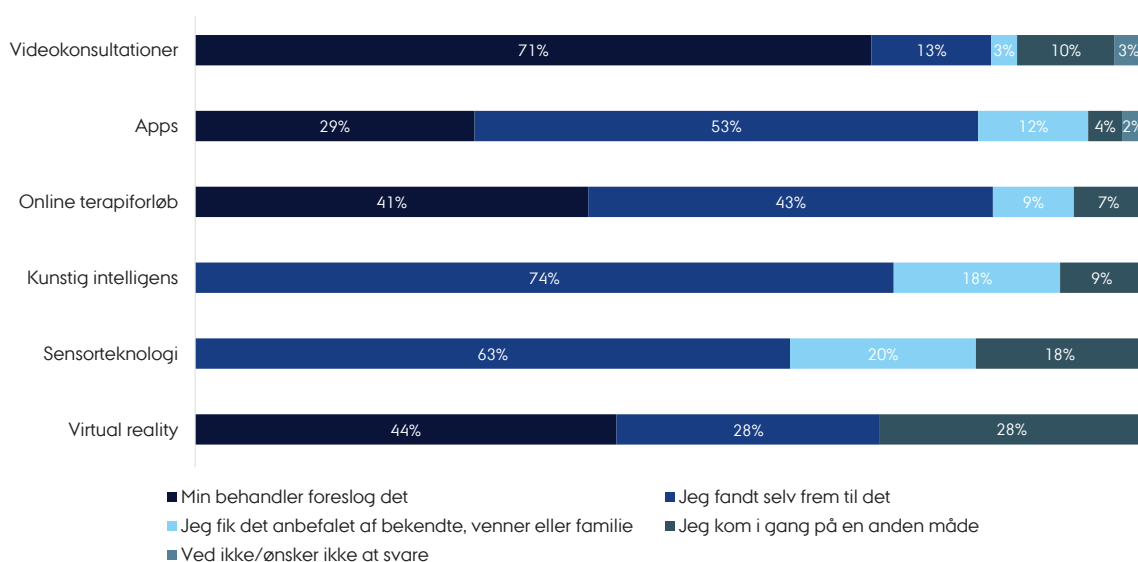


Note: 2019 el. tidl. (N=139), 2020/2021 (N=275), 2022/2023 (N=463), bruger det nu (N=259). Procenterne er udregnet per år. Kategorierne *ved ikke* og *ønsker ikke at svare* er ikke medtaget i figuren. Ved 2019 eller tidligere er kategorierne: *Kunstig intelligens* og *virtual reality* lagt sammen af diskretionshensyn. Bemærk at procentsatsen for hvert år ikke summer til 100 pga. afrundinger.
Spørgsmålsformulering: "Hvornår har du brugt digitale værktøjer?"

Figur 22 beskriver, hvordan respondenterne kom i gang med at bruge de digitale værktøjer. 71 pct. af dem, som brugte videokonsultationer, kom i gang, fordi deres behandler anbefalede det. Det er i tråd med, at videokonsultationer involverer en behandler. På samme måde er online terapiforløb ofte anbefalet af en behandler (det ses hos 41 pct. af respondenterne). Derudover har mange selv opdaget de online terapiforløb - nemlig hele 43 pct. Generelt set har respondenterne ofte selv fundet frem til kunstig intelligens (74 pct.), sensorteknologi (63 pct.) og apps (53 pct.).

I tråd med at få respondenter får information om mental sundhed eller psykisk sygdom gennem deres sociale netværk, er det sjældent bekendte, venner eller familie, der anbefaler digitale værktøjer til respondenterne. Dét, som bekendte, venner eller familie har anbefalet mest, er sensorteknologi (20 pct.) og kunstig intelligens (18 pct.).

Figur 22: Hvordan der kommer i gang med at bruge digitale værktøjer.



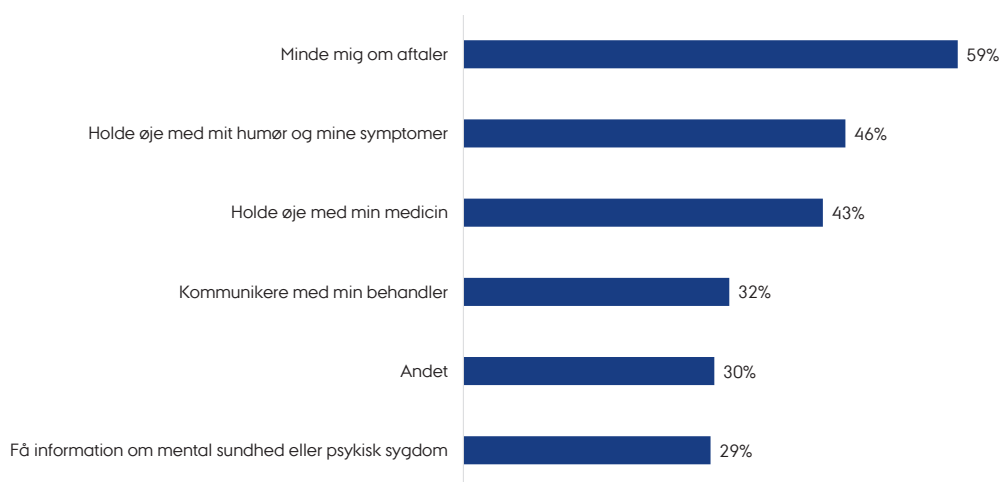
Note: Videokonsultationer (N=293), Apps (N=224), Online terapiforløb (N=82), Kunstig intelligens (N=57), Sensorteknologi (N=53), Virtual reality (N=18). Ved sensorteknologi er kategorierne: *Min behandler foreslog det og jeg kom i gang på en anden måde* lagt sammen af diskretionshensyn. Ved virtual reality er kategorierne: *Jeg fik det anbefalet af bekendte, venner eller familie og jeg kom i gang på en anden måde* lagt sammen af diskretionshensyn. Ved kunstig intelligens er kategorierne: *Jeg kom i gang på en anden måde, ved ikke og ønsker ikke at svare* lagt sammen af diskretionshensyn. Bemærk at procentdelen for sensorteknologi og kunstig intelligens ikke summer til 100 pga. afrundinger.

Spørgsmålsformulering: "Hvordan kom du i gang med at bruge digitale værktøjer?"

Da apps er et af de hyppigst brugte digitale værktøjer og samtidig noget, respondenterne ofte selv er kommet i gang med at bruge, er det værd at kigge nærmere på, hvad respondenterne bruger apps til.

Figur 23 viser, at apps oftest bliver brugt til at minde om aftaler (blandt 59 pct.). Dernæst bliver apps brugt til at holde øje med symptomer (blandt 46 pct.) og medicin (blandt 43 pct.). Det er interessant, at den mindst hyppige årsag til at bruge apps er at få information om mental sundhed eller psykisk sygdom. Selvom respondenterne ofte bruger internettet eller apps som informationskilde, virker information ikke til at være en af hovedformålene med at bruge apps.

Figur 23: Anvendelse af apps.



Note: Respondenter (N=224). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100. Kategorierne *ved ikke* og *ønsker ikke at svare* er udeladt fra figuren af diskretionshensyn.

Spørgsmålsformulering: "Hvad har du brugt apps til?"

Respondenterne er også blevet bedt om at fortælle hvilke specifikke apps, de bruger. Der er blevet foretaget en kortlægning og kategorisering af disse apps gennem informationssøgen og faglige vurderinger. Tabel 1 viser en oversigt over de forskellige typer af apps samt hvor mange apps, hver type dækker over.

Tabel 1: Oversigt over typer af apps.

Typer af apps	Antal apps
Praktisk sundhed	9
Planlægning	5
Motion/bevægelse	5
Medicin	3
Humør- og symptomtracking	7
Søvn	1
Meditation og vejtrækning	8
Terapi	3
Menstruation og cyklus	2
Angsthåndtering	3
Selvhjælp	15

De fire mest populære apps er: *Min Sundhed* (nævnt af 19 pct.), *Min Læge* (nævnt af 14 pct.), *Medicinkortet* og *Min Sundhedsplatform* (hver nævnt af 13 pct.). De tre apps: *Min Sundhed*, *Min Læge* og *Min Sundhedsplatform* er kategoriseret som *Praktisk sundhed*, mens *Medicinkortet* hører under *Medicin*.

Praktisk sundhed indbefatter de apps, der handler om praktiske ting ift. håndtering af mental sundhed eller psykisk sygdom. Det kan f.eks. også være appen *Mit Sygehus*. Respondenterne beskriver at anvende disse typer af apps til at holde styr på aftaler, papirer og journaler. Der tegner sig altså et billede af, at mange af respondenterne anvender apps som hjælpemiddel til allerede eksisterende tilbud, behandling og aftaler.

Dog viser Tabel 1 også, at apps ofte anvendes i selvhjælps øjemed. *Selvhjælp* dækker bl.a. over *Monsenso*, *Minplan* og *SAFE-app*, som alle er apps med et mere direkte behandlingssigte.

Udbytte ved digitale værktøjer

Respondenterne er blevet præsenteret for en række udsagn, hvor de skulle tilkendegive deres grad af enighed. Alle udsagn drejer sig om respondenternes udbytte af at bruge digitale værktøjer på en skala fra 1-5, hvor 1 er *meget uenig* og 5 er *meget enig*.

Som det fremgår af Tabel 2, ses der en lille overvægt af enighed ved alle udsagn på nær: "Digitale værktøjer har gjort, at jeg har mindre brug for kontakt med mine behandlere". Gennemsnittet ligger her på 2,4 ud af 5. Det stemmer overens med tendensen til, at respondenterne ikke ønsker

deres fysiske kontakt med deres behandler mindsket eller begrænset. Herudover viser Tabel 2 også en tendens til, at hovedparten er enige eller meget enige i, at de overordnet set har haft gavn af at bruge digitale værktøjer. Gennemsnittet ligger her på 3,7 ud af 5.

Når man ser på de resterende udsagn, er der en tendens til, at respondenterne hverken har meget positive eller negative erfaringer med at bruge digitale værktøjer. Gennemsnittet ligger på omkring 3, hvilket hænger sammen med, at mange respondenter erklærer sig hverken enig eller uenig i udsagnene (værdien 3 på skalaen fra 1-5). Det kan tolkes som et udtryk for, at respondenterne ikke mener, at de digitale værktøjer har gjort en stor forskel ift. deres mentale sundhed eller psykiske sygdom.

Tabel 2: Holdning til brug af digitale værktøjer.

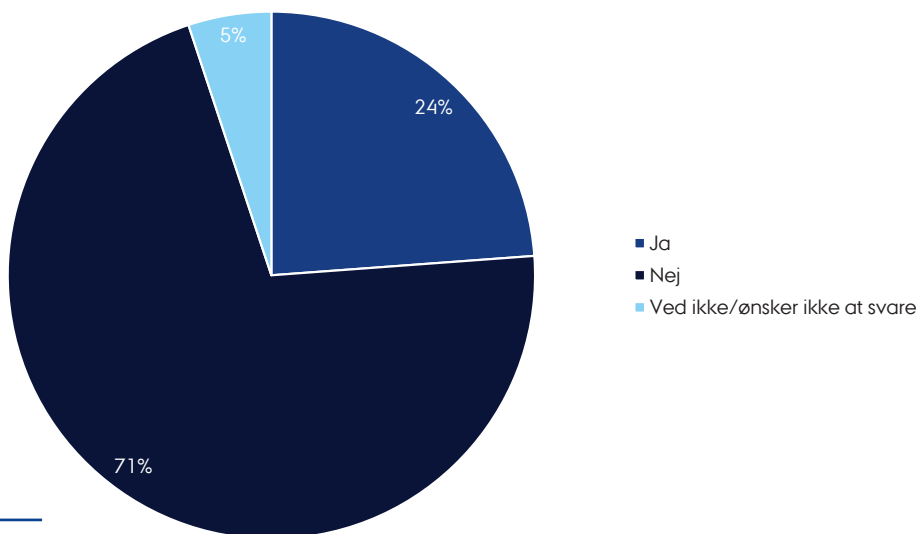
Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?	Gennemsnit	Antal respondenter
Digitale værktøjer har gjort, at jeg har mindre brug for kontakt med mine behandlere	2,4	450
Digitale værktøjer har givet mig en bedre forståelse for mit mentale helbred	3,1	460
Digitale værktøjer har gjort det nemmere at få information om mine behandlingsmuligheder	3,1	442
Jeg har ikke følt mig overladt til mig selv, når jeg har brugt digitale værktøjer	3,2	450
Digitale værktøjer har gjort det nemmere for mig at klare mig selv i min hverdag	3,2	463
Jeg har ikke kun brugt digitale værktøjer, fordi jeg har manglet behandlingsmuligheder	3,3	464
Digitale værktøjer har gjort mig mere opmærksom på mine symptomer	3,3	457
Digitale værktøjer har gjort det nemmere at bestemme hvor og hvornår min behandling skal foregå	3,3	445
Jeg har overordnet set haft gavn af at bruge digitale værktøjer	3,7	476

Note: Antallet af respondenter (N) varierer, da kategorierne *ved ikke* og *ønsker ikke at svare* ikke er medtaget. To spørgsmål er omkodet og omformuleret fra det oprindelige for at gøre fortolkning nemmere. Det gælder "Jeg har ikke følt mig overladt til mig selv, når jeg har brugt digitale værktøjer" og "Jeg har ikke kun brugt digitale værktøjer, fordi jeg har manglet behandlingsmuligheder", som før var "Jeg har følt mig overladt til mig selv, når jeg har brugt digitale værktøjer" og "Jeg har kun brugt digitale værktøjer, fordi der ikke har været andre behandlingsmuligheder".

Spørgsmålsformulering: "Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?"

Respondenterne, der har brugt digitale værktøjer, er ydermere blevet spurgt om, hvorvidt de har følt behov for hjælp eller vejledning. Som det ses i Figur 24 har næsten to tredjedele (71 pct.) ikke haft brug for hjælp eller vejledning til at bruge digitale værktøjer. 5 pct. har tilkendegivet, at de ikke vidste det eller ikke ønskede at svare. Det efterlader 24 pct., som rent faktisk har haft brug for hjælp eller vejledning.

Figur 24: Behov for hjælp og vejledning.



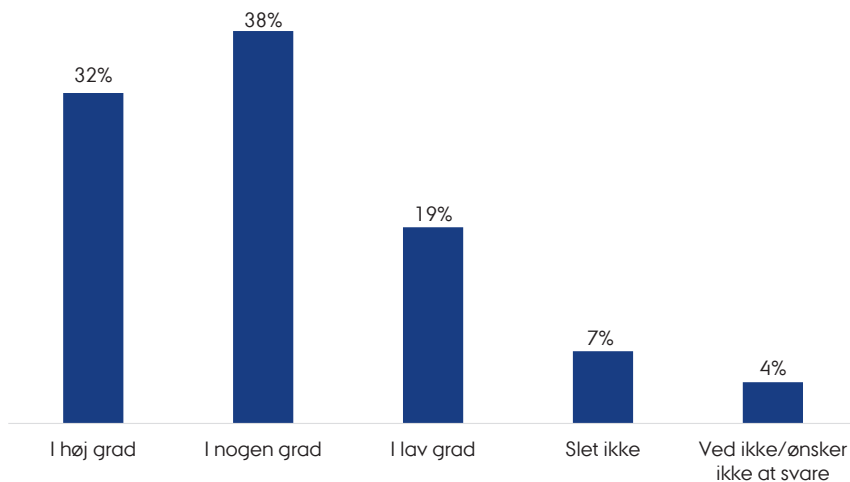
Note: Respondenter (N=491)

Spørgsmålsformulering: "Har du haft brug for hjælp eller vejledning til at bruge digitale værktøjer?"

Der er dog forskel på hvilke patientgrupper, der har haft behov for hjælp og vejledning. Analysen viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem behov for hjælp og vejledning til at bruge digitale værktøjer og alder samt bopæl. Helt generelt er tendensen, at der er en større andel blandt de ældre personer, der har haft behov for hjælp og vejledning til at bruge digitale værktøjer, sammenlignet med de yngre aldersgrupper. Denne tendens ses dog også i den generelle befolkning (7). Analysen viser samtidig, at der er et større behov for hjælp og vejledning blandt personer bosat i provinsbyer, oplands- eller landområder sammenlignet med personer fra storbyer eller hovedstadsområdet.

Figur 25 viser, hvorvidt dem, der har haft behov for hjælp og vejledning, oplever at have fået den nødvendige hjælp. De fleste (70 pct.) mener, at de i høj eller nogen grad har kunnet få den nødvendige hjælp. Dog er der cirka en fjerdedel (26 pct.), der i lav grad eller slet ikke har kunnet få tilstrækkelig hjælp.

Figur 25: Mulighed for hjælp og vejledning.



Note: Respondenter (N=117)

Spørgsmålsformulering: "Har det været muligt for dig at få hjælp eller vejledning til at bruge digitale værktøjer?"

Karakteristik af patienter, der ikke bruger digitale værktøjer

Årsager til ikke at bruge digitale værktøjer

Vi vil nu se nærmere på respondenterne, der ikke har brugt digitale værktøjer – herunder hvad der ligger bag deres fravalg, og hvorvidt de er motiveret til at bruge digitale værktøjer i fremtiden.

Som tidligere beskrevet, har de fleste respondenter (61 pct.) ikke brugt digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom. Figur 26 viser respondenternes årsager til ikke at have brugt digitale værktøjer.

Figur 26: Årsager til ikke at bruge digitale værktøjer.



Note: Respondenter (N=898). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.

Spørgsmålsformulering: "Hvilke af disse udsagn passer bedst på dig? (Du kan vælge flere svar) "Jeg har ikke brugt digitale værktøjer fordi..."

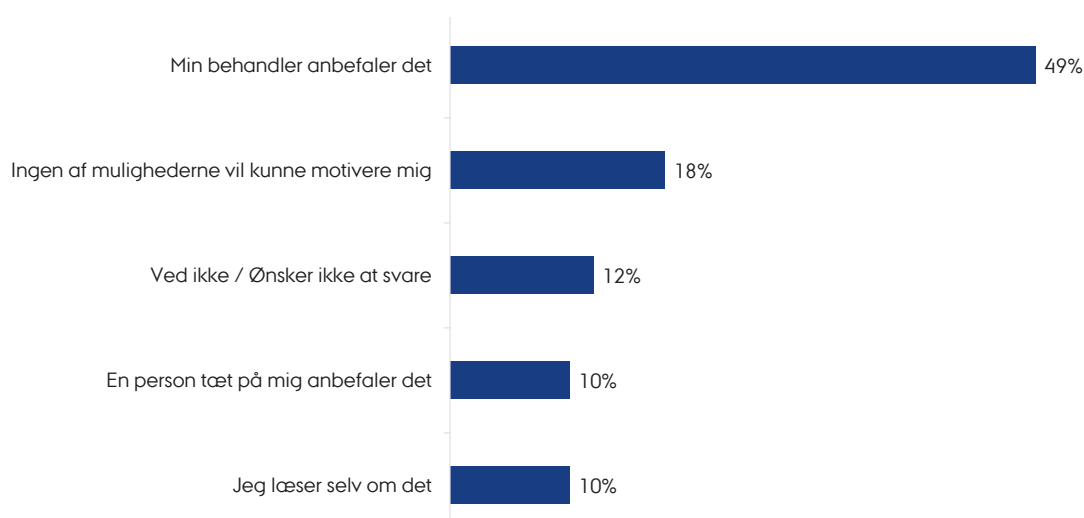
Lidt over halvdelen af respondenterne (53 pct.) svarer, at de ikke har brugt digitale værktøjer, fordi de ikke tror, at det er lige så gavnligt som fysisk fremmøde hos deres behandlere. Desuden mener omkring to tredjedele (64 pct.) af respondenterne, som ikke har brugt digitale værktøjer, at den største ulempe ved disse er, at man er mere overladt til sig selv. Det understreger betydningen af fysisk kontakt for denne respondentgruppe.

40 pct. svarer, at de ikke har tilstrækkelig viden om, hvilke digitale værktøjer, der findes, hvilket således udgør den anden hyppigste årsag til ikke at bruge digitale værktøjer. Det manglende kendskab virker dog ikke til at være forbundet med en generel skepsis mod teknologi. Som tidligere vist, er tillid til datasikkerhed ikke en hæmsko for at bruge digitale værktøjer. 11 pct. af respondenterne fremhæver manglende tillid til datasikkerhed som grunden til, at de ikke bruger digitale værktøjer. Det er en smule højere, end vi tidligere har set, men stadig ikke en stor andel. I tråd med de tidligere resultater, tyder det ikke på, at respondenterne generelt set mangler adgang og evner til at bruge digitale værktøjer. Kun 4 pct. mener, at manglende adgang er årsagen til, at de ikke bruger digitale værktøjer og en lidt større andel (11 pct.) mener, at de ikke har de rigtige tekniske evner.

Motivation for at bruge digitale værktøjer

Yderligere er respondenterne, som ikke har brugt digitale værktøjer, blevet spurgt om, hvad der ville kunne få dem til at prøve digitale værktøjer. Her spiller behandleren igen en betydelig rolle.

Figur 27: Hvad der kan motivere til at bruge digitale værktøjer.

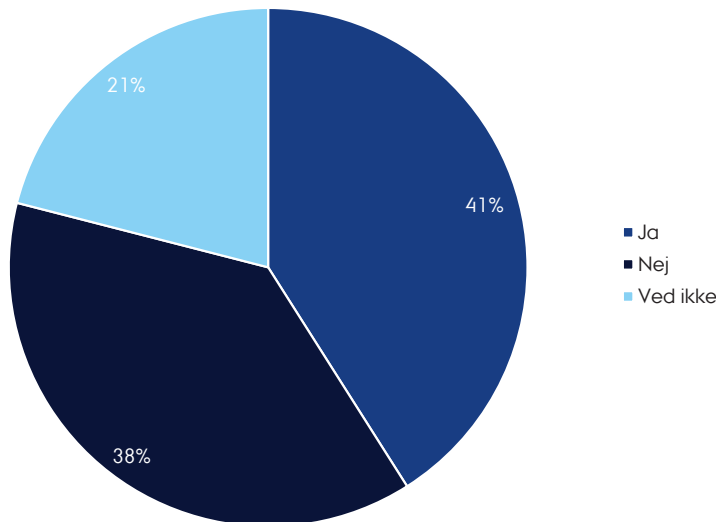


Note: Respondenter (N=898). Bemærk, at procentsatsen ikke summer til 100 pga. afrundinger.

Spørgsmålsformulering: "Du kan blive præsenteret for digitale værktøjer i psykiatrien på forskellige måder. Hvilken måde, tror du ville motivere dig mest til at prøve digitale værktøjer?"

Ifølge Figur 27 svarer næsten halvdelen (49 pct.), at den primære motivation for at bruge digitale værktøjer vil være på opfordring af deres behandler. Sammenholdt med respondenter, der har brugt digitale værktøjer, ses en lignende tendens. Her svarer respondenterne, at de er kommet i gang med at bruge digitale værktøjer på behandlerens anbefaling i 44 pct. af tilfældene. Vigtigheden af behandleren understøttes desuden af, at 40 pct. angiver manglende kendskab som årsag til ikke at bruge digitale værktøjer. Behandleren vil altså kunne være en vigtig informationskilde for målgruppen, og behandlerens anbefaling vil kunne være en central motivationsfaktor for dem, der ikke har brugt digitale værktøjer. Næsten hver femte (18 pct.) vil dog ikke kunne motiveres til at bruge digitale værktøjer.

Adspurgt, hvorvidt respondenterne på nuværende tidspunkt kunne forestille sig at prøve digitale værktøjer, er det betydeligt flere (38 pct.), der svarer *nej*, som det fremgår af Figur 28. Omtrent lige så mange (41 pct.) siger *ja* til at kunne forestille sig at bruge digitale værktøjer.

Figur 28: Interesse i at prøve digitale værktøjer.

Note: Respondenter (N=898). Respondenter, som har svaret *ønsker ikke at svare* (N=7) er medtaget i kategorien *ved ikke*.

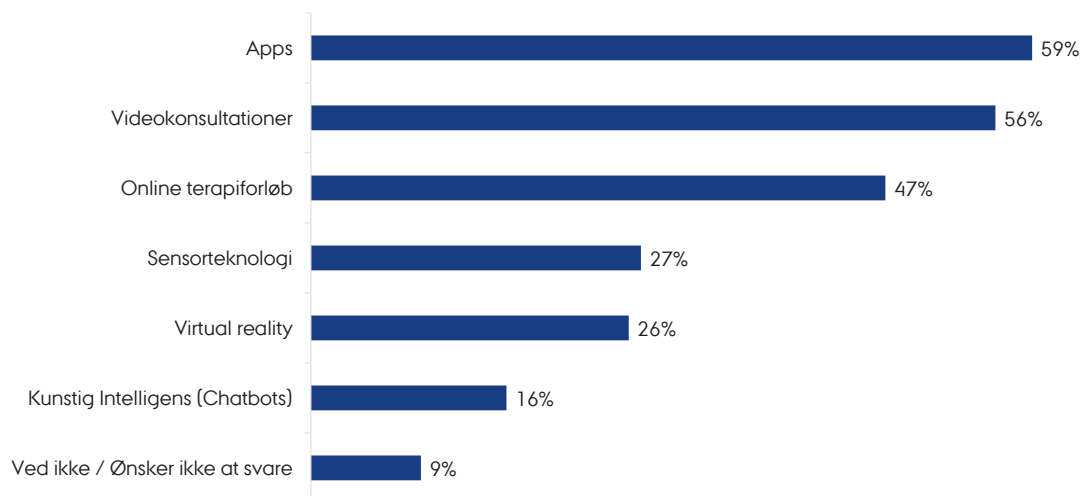
Spørgsmålsformulering: "Som det er nu, kunne du så forestille dig at prøve digitale værktøjer rettet mod mental sundhed eller psykisk sygdom?"

Det er desuden værd at bemærke, at hver femte (21 pct.) svarer *ved ikke* til spørgsmålet om, hvorvidt de kunne forestille sig at prøve digitale værktøjer. Det antyder, at det kan være uoverskueligt og/eller udfordrende for respondenterne at forestille sig at bruge digitale værktøjer. Det kan især være tilfældet for respondenterne, der mangler viden om, hvilke digitale værktøjer, der findes.

Der er dog statistiske forskelle på interessen i at prøve digitale værktøjer. Kigger man på alder, er der blandt yngre respondenter en mere udbredt tendens til at kunne forestille sig at prøve digitale værktøjer sammenlignet med ældre respondenter. Hvad angår bopæl er tilbøjeligheden til at ville prøve digitale værktøjer hyppigere blandt respondenter fra storbyer eller hovedstadsområdet sammenlignet med personer fra provins-, oplands- eller landområder. De mest markante forskelle ses dog ift. socioøkonomisk position. Her er respondenter placeret i gruppen med høj socioøkonomisk position, i langt højere grad tilbøjelige til at kunne forestille sig at afprøve digitale værktøjer sammenlignet med respondenter med lav socioøkonomisk position. I tråd med de tidligere fund er motivationen for at bruge digitale værktøjer altså størst blandt de mest ressourcerstærke respondenter.

Figur 29 viser, at de 41 pct., som kunne forestille sig at prøve digitale værktøjer, er åbne for at prøve forskellige værktøjer. Interessen synes dog mest udtalt blandt de mere veletablerede digitale værktøjer såsom videokonsultationer (56 pct.) og apps (59 pct.). Færre respondenter angiver interesse i at afprøve nyere digitale værktøjer såsom kunstig intelligens (16 pct.). Denne tendens passer med, hvilke digitale værktøjer, respondenterne svarer, at de faktisk har brugt.

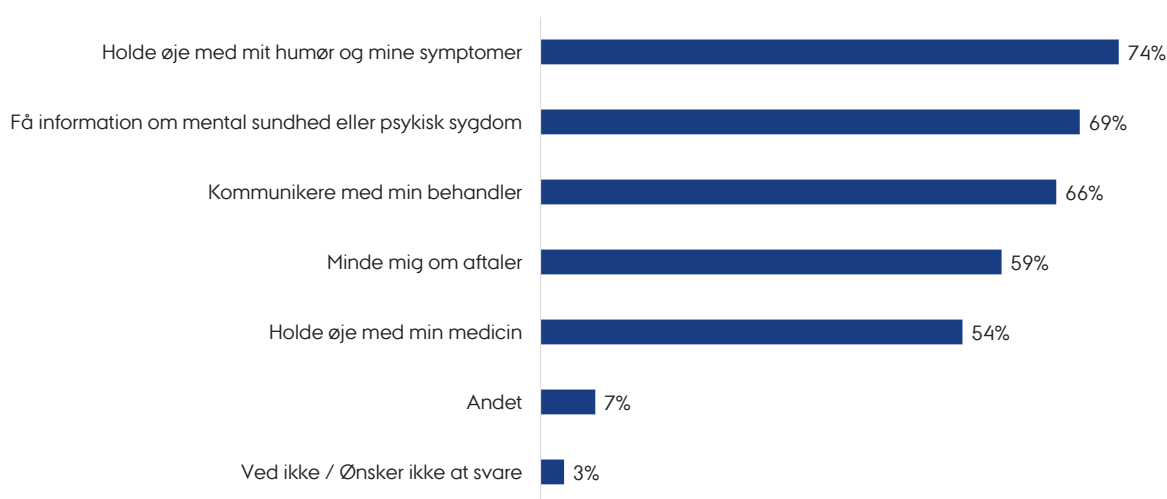
Figur 29: Digitale værktøjer, som målgruppen kunne forestille sig at prøve.



Note: Respondenter (N=365). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100
Spørgsmaalsformulering: "Hvilke digitale værktøjer kunne du forestille dig at prøve? (Du kan vælge flere svar)"

Respondenter, der kunne forestille sig at bruge apps, er blevet spurgt om, hvad de ville bruge apps til. Figur 30 illustrerer, at de er positivt stemt over for at anvende apps til adskillige formål - især til at holde øje med symptomer (74 pct.), få information (69 pct.) og kommunikere med behandlere (66 pct.).

Figur 30: Hvad målgruppen vil bruge apps til.



Note: Respondenter (N=216). I dette spørgsmål kunne respondenterne vælge flere svar, hvorfor pct. ikke er summeret til 100.
Spørgsmaalsformulering: "Hvad ville du bruge apps til? (Du kan vælge flere svar)"

Kvalitativ analyse af kommentarer

I slutningen af spørgeskemaet har respondenterne haft mulighed for at knytte en kommentar til spørgeskemaet. Kommentarerne spænder bredt og er blevet indholdskodet i henhold til fire overordnede koder med underkoder, som fremgår af Tabel 3.

Først i Tabel 3 ses de temaer, der relaterer sig til undersøgelsen. De positive kommentarer til undersøgelsen er præget af, at flere respondenter synes, at opmærksomheden på denne del af psykiatrien er både relevant og vigtig. De fleste kritiske kommentarer drejer sig om et ønske om flere nuancer i spørgeskemaet. Det kan tænkes at afspejle en målgruppe, som har et ønske om mere individualiserede behandlingsforløb, som tager udgangspunkt i den enkeltes præferencer og sygdomsforløb.

Herefter fremgår undertemaet: *Menneskelig kontakt sikrer kvalitet af behandling*, som afspejler, at en vigtig faktor ift. digitale værktøjer i psykiatrien er, at de ikke må stå alene, idet menneskelig kontakt ifølge en stor andel af respondenterne sikrer kvaliteten af behandlingen. Et andet hyppigt tema: *Digitale værktøjer som supplement – ikke erstatning* vidner om et udbredt ønske om, at fysiske behandlingsforløb forbliver det primære, og at digitale værktøjer er et supplement frem for en erstatning. Det understreges af citatet:



MIN ERFARING ER, AT DET ER BEDST, HVIS DIGITALE VÆRKTØJER ER ET SUPPLEMENT OG IKKE ERSTATTER FYSISK FREMMØDE. DET OPTIMALE ER EN KOMBINATION.

I forlængelse heraf, afspejler undertemaet *Typen af behandling afhænger af sværhedsgraden af tilstanden* i Tabel 3, at flere udtrykker, at digital behandling egner sig bedst til mindre akutte eller alvorlige tilstande, men at fysisk behandling forbliver afgørende i de sværeste sygdomsperioder. Flere angiver, at det personlige overskud skal være stort nok til at sætte sig ind i, hvordan digitale værktøjer fungerer. Det illustrerer citatet:



I MINE DÅRLIGE PERIODER VILLE JEG IKKE KUNNE KONCENTRERE MIG OM EN VIDEO-ELLER TELEFONSAMTALE, OG SLET IKKE LÆSE PÅ EN APP, HVAD MAN SKAL GØRE.

Kommentarerne, der vedrører: *Erfaringer med digitale værktøjer* er præget af både gode og dårlige erfaringer med digitale værktøjer i psykiatrien. Flere respondenter nævner, at digitale værktøjer har været hjælpsomt, idet de muliggør fleksibilitet i behandlingstid og sted. Derudover opleves det både som en fordel og ulempe, at digitale værktøjer muliggør, at man ikke behøver at træde udenfor hjemmets fire vægge. Respondenter med angst eller sociale vanskeligheder udtrykker, at det gavner dem at kunne modtage psykiatrisk hjælp i hjemmet. Andre mener derimod, at det er en vigtig del af behandlingen at blive nødsaget til at møde op fysisk. Det kommer bl.a. til udtryk gennem citatet:

” JEG SYNES FYSISKE FREMMØDER ER VIGTIGE, SPECIELT I PSYKIATRIEN. DET ER NEMMERE AT “GEMME” SIG BAG VED EN SKÆRM.

Af de negative erfaringer nævnes både, at digitale konsultationer kan opleves upersonligt og besværliggøre aflæsning af ansigtsudtryk og kropssprog. Det illustreres gennem eksemplet:

” JEG HAR EN FØLELSE AF USIKKERHED OG HAR BL.A. SVÆRT VED AT AFLÆSE FOLKS ANSIGTER, NÅR DE ER FILTRERET IGennem ET WEBCAM ELLER EN SKÆRM.

Det sidste tema i Tabel 3 drejer sig om kritik af enten personlige behandlingsforløb i psykiatrien eller af psykiatrien generelt. Det fremgår af temaet *Manglende oplysning eller guidning til brug af digitale værktøjer*, at flere, trods en åbenhed over for at bruge digitale værktøjer, oplever ikke at være blevet præsenteret for digitale værktøjer som en mulighed eller har følt, det var svært at komme i gang uden guidning udefra.

Tabel 3: Tematikker i kommentarfeltet.

Temaer	Undertemaer
Kommentarer til undersøgelsen	
	Positive kommentarer til undersøgelsen
	Kritik af undersøgelsen
	Ønske om flere nuancer
Holdninger til digitale værktøjer	
	Menneskelig kontakt sikrer kvalitet af behandling
	Digitale værktøjer som supplement – ikke erstatning
	Typen af behandling afhænger af sværhedsgraden af tilstanden
	Bekymring for at blive overladt til sig selv
	Den digitale udvikling gør det svært at følge med
	Digitale værktøjer i psykiatrien er utrygt
	Åbenhed overfor digitale værktøjer som mulig behandlingsform
Erfaringer med digitale værktøjer	
	Digitale værktøjer har været hjælpsomt
	Negative erfaringer med digitale værktøjer
	Digitale værktøjer som selvmonitorering
	Begrænset erfaring med digitale værktøjer
Kritik af psykiatrien og systemet	
	Utilfredshed med personlig behandling i psykiatrien
	Kritik af psykiatrien generelt
	Manglende oplysning eller guidning til brug af digitale værktøjer

Bilag

Population og metode

Spørgeskemaundersøgelsen er blevet sendt til en stikprøve på 7.000 psykiatriske patienter. Ved patienterne er der registeret en sygehuskontakt med hovedspeciale i psykiatri i perioden 1. januar 2023 til 15. november 2023. Desuden har patienterne registeret en psykiatrisk aktionsdiagnose ud fra ICD-10 diagnoseklassifikationssystemet. Stikprøven er dannet via simpel tilfældig udtrækningsmetode fra Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister. Patienterne i undersøgelsen har været kontaktbare på udtrækningstidspunktet, dvs. at de er bosiddende i Danmark, er ikke navne- og adressebeskyttede og er ikke afdøde.

Eksklusionskriterier er personer med diagnosen mental retardering af middelsvær, svær eller sværeste grad. Disse personer er ekskluderet fra undersøgelsen, da de forventes at have kognitive udfordringer i en sådan grad, at deltagelse ikke ville være meningsfuldt for dem. Tillige er umyndiggjorte personer ekskluderet fra undersøgelsen.

Nogle af spørgeskemaspørgsmålene er dannet efter internationale spørgeskemaundersøgelser med en lignende målgruppe (9, 15). Andre spørgeskemaspørgsmål er udformet specifikt til denne undersøgelse. Spørgeskemaet er blevet valideret af eksperter ved Center for Digital Psykiatri, som har ekspertise inden for sproglig kommunikation med målgruppen.

Undersøgelsen har indledningsvist bestået af en pilottestningsfase. Der er blevet foretaget kognitive interviews med 9 personer, der har erfaring med behandling i psykiatrien. Da spørgeskemaet varierer alt efter om respondenterne har brugt digitale værktøjer eller ej, har rekrutteringen af pilotdeltagere sikret, at spørgeskemaet testes på begge grupper. Deltagerne fik oplæst hvert spørgsmål og skulle derefter ”tænke højt” for at give indblik i tanke- og forståelsesprocesserne, der ligger bag deres svar. Pilottestningen er med til at sikre validitet ift. at spørgsmål og udsagn i spørgeskemaet giver mening og er tilgængelige for målgruppen.

Svarprocenter

Undersøgelsen baserer sig på 1.478 gennemførte besvarelser. Det betragtes som en fornuftig svarprocent, da målgruppen ofte er særlig sårbar og vanskelig at nå ud til. Derfor er der brugt forskellige dataindsamlingsmetoder over længere tid. Samlet set har 2.468 personer (35,3 pct.) responderet på undersøgelsen enten ved at gennemføre spørgeskemaet, afgive nogle svar uden at færdiggøre eller ved at takke nej til at deltage. Det har ikke været muligt at nå de resterende 64,7 pct.

Tabel 4: Svarprocenter.

Status	Antal	Procent
Gennemført	1.478	21,1%
Nogen svar	103	1,5%
Afvist	887	12,7%
Ingen svar	4.532	64,7%
Total	7.000	100%

Dataindsamling

Vi vil nu gøre rede for de forskellige dataindsamlingsfaser. SurveyXact spørgeskemaenheden ved Rambøll Management Consulting har været en del af dataindsamlingen ift. at sende spørgeskemaet som fysisk post, berige med telefonnumre og lave telefoninterviews. Det skal bemærkes, at telefonnumre stammer fra Bisnode og KRAKS registre. Det har ikke været muligt at finde telefonnumre på alle respondenter.



Dataindsamlingen er altså foregået i flere faser og over en lang tidsperiode. Der er blevet udsendt fysisk post og foretaget telefoninterviews for at sikre, at personer, der oplever digitale udfordringer, har kunne deltage i undersøgelsen. 11 pct. af personerne i stikprøven var undtaget for Digital Post på udsendelsestidspunktet. Det er en smule højere end den generelle befolkning, hvor der

i første kvartal 2024 var 5 pct. undtaget for Digital Post (16). Forskellen mellem undersøgelsens stikprøve og den generelle befolkning kan skyldes, at et kriterium for at blive undtaget for Digital Post bl.a. er, at man har en psykisk nedsat funktionsevne, som hindrer brugen af Digital Post (17). Dog er forskellen mellem undersøgelsens stikprøve og den generelle befolkning ikke stor og langt de fleste er Digital Post modtagere.

Telefoninterviews og fysisk post er gode indsamlingsmetoder, når man vil nå ud til udsatte grupper, der er svære at få fat i (18). Det har med andre ord været vigtigt for undersøgelsen ikke udelukkende at bruge digitale indsamlingsmetoder, som ville kunne være ekskluderende for socialt udsatte personer og/eller personer, der oplever digitale udfordringer. Til trods for at undersøgelsen har forsøgt at undgå skævt bortfald ved en omfattende dataindsamling, er undersøgelsen ikke repræsentativ for alle patientgrupper.

Baggrundsvariable

Baggrundsvariablene: Køn, alder, bopæl, migrationsbaggrund, socioøkonomisk position, sværhedsgrad af psykisk sygdom og regionsansvarlig indhentes gennem registre. Social støtte måles gennem spørgeskemaet. Det betyder, at der ikke findes informationer om social støtte på populationsniveau.

Køn, alder, bopæl og migrationsbaggrund måles gennem Danmarks Statistiks register: Befolkningen per 30. juni 2023. Ved bopæl bruges Danmarks Statistiks kommunekategorisering, hvor der differentieres mellem: Hovedstadskommuner, storbykommuner, provinsbykommuner, oplandskommuner og landkommuner (19). I denne undersøgelse er kategorierne: Hovedstadskommuner og storbykommuner sammenlagt. Samme gør sig gældende for kategorierne: Oplandskommuner og landkommuner. Ved migrationsbaggrund skelnes mellem personer med og uden dansk oprindelse. Personer uden dansk oprindelse kan være indvandrere eller efterkommere af indvandrere.

Socioøkonomisk position er et flerstrengt begreb. Denne undersøgelse fokuserer på de materielle aspekter ved begrebet, som vedrører beskæftigelse og uddannelse. Beskæftigelse måles gennem Danmarks Statistiks register: Arbejdsklassifikationsmodulet per 31. december 2022. Med afsæt i Danmark Statistiks klassifikation skelnes der mellem erhvervsaktive, midlertidigt ikke erhvervsaktive og ikke erhvervsaktive (20). Uddannelse måles gennem Danmarks Statistiks register: Uddannelse per 30. september 2022. Der ses på højest gennemførte uddannelse, hvor der skelnes mellem grundskole, gymnasiale eller erhvervsfaglige uddannelser og videregående uddannelser. Begrebet socioøkonomisk position anvendes som et indeks af uddannelse og beskæftigelse, hvor de to dimensioner har samme vægtning. Bemærk at der anvendes data fra 2022, da registrene ikke er opdateret med data fra 2023. Da socioøkonomisk position er et relativt stabilt fænomen, vurderes det ikke til at være en betydelig begrænsning.

Sværhedsgrad af psykisk sygdom og regionsansvarlig måles gennem Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister. Svær psykisk sygdom er heller ikke et entydigt begreb. I denne undersøgelse bruges internationale forståelser af svær psykisk sygdom som værende ikke-organiske, ikke-misbrugsrelaterede vedvarende lidelser med psykotiske symptomer (i denne undersøgelse inklusiv borderline personlighedsforstyrrelse) (21, 22). Mere specifikt dækker det over diagnoserne: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, skizo-afektive sindslidelser, svært depressive sindslidelser med psykotiske symptomer, maniske eller bipolare sindslidelser samt borderline personlighedsforstyrrelse. Disse diagnoser defineres ud fra ICD-10 diagnoseklassifikationssystemet. Svær psykisk sygdom defineres ved, at en person har registeret mindst én af de

nævnte diagnoser i perioden 1. januar 2023 – 15. december 2023. Diagnosen kan være registreret som aktions-, bi- eller tillægsdiagnose. Bemærk at det adskiller sig fra populationsafgrænsningen, som udelukkende vedrører psykiatriske aktionsdiagnoser i perioden 1. januar 2023 – 15. november 2023 (se side 45).

Regionsansvarlig henviser til, hvilken region, som har været ansvarlig for den psykiatriske kontakt. Denne følger populationsafgrænsningen, dvs. at kontakten skal være registreret i perioden 1. januar 2023 – 15. november 2023, skal have hovedspeciale i psykiatri, og der skal være registreret mindst én psykiatrisk aktionsdiagnose ved kontakten. Det er vigtigt at påpege, at denne variabel måler antal kontakter og ikke antal unikke personer. En person kan have været i kontakt med flere regioner i perioden og derved tælle med i opgørelsen flere gange.

Baggrundsvariablen social støtte rummer tre dimensioner: Praktiseret, oplevet og forankret. Disse dimensioner har dannet grundlaget for fire spørgsmål i undersøgelsen, og tager udgangspunkt i forskningslitteraturen inden for social støtte (23, 24). Respondenterne er blevet spurgt ind til praktiseret social støtte, gennem spørgsmålet: “Hvor ofte har nogen foreslået, hvad du bør gøre i en bestemt situation?”. Den oplevede sociale støtte måles via spørgsmålet: “Forestil dig, at du har et problem, som du ikke selv kan løse. Hvor villig tror du, at mennesker omkring dig vil være til at hjælpe dig med at finde en løsning på problemet?”. Endelig måles forankret social støtte gennem de to spørgsmål: “Hvor ofte har du set venner i løbet af de sidste to uger?” og “Hvor ofte har du set familie i løbet af de sidste to uger?”. Social støtte anvendes som et indeks. Praktiseret og oplevet social støtte er vægtet lige i indekset således, at de hver vægter en tredjedel. De to spørgsmål, som måler forankret social støtte, vægter hver en sjettedel. Personer, som har svaret *ved ikke* eller *ønsker ikke at svare* er ikke medtaget i indekset.

Bortfalds- og repræsentativitetsanalyse

Der er i kortlægningen foretaget en bortfalds- og repræsentativitetsanalyse. Formålet er at vurdere, hvorvidt samplet i undersøgelsen er repræsentativt for hele populationen, hvilket har betydning for resultaternes generaliserbarhed.

Til repræsentativitetsanalysen anvendes en chi-i-anden Goodness-of-fit test, og der fastsættes et signifikansniveau på 5%. Undersøgelsens repræsentativitet er blevet testet ud fra følgende hypoteser:

- **H₀:** Samplet er repræsentativt for fordelingen i populationen.
- **H₁:** Samplet er ikke repræsentativt for fordelingen i populationen.

Signifikante resultater (p-værdier under 0,05) vil betyde, at H₀-hypotesen afvises, da samplet i de tilfælde ikke ligner populationen. Omvendt vil vi konkludere, at samplet er repræsentativt for populationen, hvis resultaterne ikke er signifikante, og H₀-hypotesen dermed bekræftes. Resultaterne af repræsentativitetsanalysen fremgår af Tabel 5.

Tabel 5: Repræsentativitetsanalyse af baggrundsvariable.

Aldersgrupper	Population		Stikprøve		Sample	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
18 - 27 år	25.516	29%	2.008	29%	352	24%
28 - 37 år	20.787	23%	1.624	23%	287	19%
38 - 47 år	13.497	15%	1.050	15%	241	16%
48 - 57 år	11.743	13%	945	14%	276	19%
58 + år	17.723	20%	1.368	20%	321	22%
Total	89.266	100%	6.995	100%	1.477	100%
Socioøkonomisk position						
Lav socioøkonomisk position	30.419	35%	2.392	35%	350	24%
Middel socioøkonomisk position	37.552	43%	3.001	44%	707	48%
Høj socioøkonomisk position	19.524	22%	1.477	21%	410	28%
Total	87.495	100%	6.870	100%	1.467	100%
Køn						
Mand	38.234	43%	2.965	42%	560	38%
Kvinde	51.032	57%	4.030	58%	917	62%
Total	89.266	100%	6.995	100%	1.477	100%
Migrationsbaggrund						
Ikke dansk oprindelse	12.545	14%	983	14%	133	9%
Dansk oprindelse	76.721	86%	6.012	86%	1.344	91%
Total	89.266	100%	6.995	100%	1.477	100%
Bopæl						
Land- og oplandsområde	28.902	32%	2.216	32%	506	34%
Provinsbyer	20.212	23%	1.593	23%	341	23%
Storby- og hovedstadsområde	40.152	45%	3.186	46%	630	43%
Total	89.266	100%	6.995	100%	1.477	100%
Sværhedsgrad af psykisk sygdom						
Ikke svær psykisk sygdom	54.603	61%	4.240	61%	925	63%
Svær psykisk sygdom	34.768	39%	2.760	39%	553	37%
Total	89.371	100%	7.000	100%	1.478	100%

Note: Forskel i Totaler skyldes manglende oplysninger på opgørelsestidspunktet i de pågældende registre.

Alder: χ^2 -værdi = 59,4757; p-værdi = 0,000
Socioøkonomisk position: χ^2 -værdi = 80,5852; p-værdi = 0,000
Køn: χ^2 -værdi = 14,5825; p-værdi = 0,000
Migrationsbaggrund χ^2 -værdi = 31,1701; p-værdi = 0,000
Bopæl: χ^2 -værdi = 3,5204; p-værdi = 0,172
Sværhedsgrad af psykisk sygdom: χ^2 -værdi = 1,3760; p-værdi = 0,241
Regioner: χ^2 -værdi = 5,0164; p-værdi = 0,414

Tabel 5 viser, at samplet er signifikant forskelligt fra populationen, når det kommer til alder. I samplet er der en overrepræsentation af respondenter i de ældre aldersgrupper fra 48-57 år (6 procentpoint flere end i populationen) og 58+ år (2 procentpoint flere end i populationen). Det betyder, at yngre respondenter holdninger og erfaringer er en smule underrepræsenterede i undersøgelsen.

Repræsentativitetsanalysen af socioøkonomisk position viser overordnet, at der er en skæv fordeling mellem populationen og samplet. Skævheden i socioøkonomisk position er især tydelig for gruppen med lav socioøkonomisk position. Hvor denne gruppe i populationen udgør 35 pct., udgør den kun 24 pct. i samplet. Således ses der en forskel på hele 11 procentpoint, hvilket indikerer, at det i undersøgelsen har været svært at få denne respondentgruppe til at deltage. Det indebærer også, at personer med middel og høj socioøkonomisk position er overrepræsenterede.

Videre viser Tabel 5, at der i populationen er en lille overvægt af kvinder. Samplet er ikke repræsentativt for populationen ift. køn, da kvinder samtidig er overrepræsenterede i samplet, mens mænd er underrepræsenterede. Tabellen viser desuden, at samplet ikke er repræsentativt for populationen, hvad angår migrationsbaggrund. Ved den telefoniske opfølgning på spørgeskemaundersøgelsen var der flere tilfælde af respondenter, med anden baggrund end dansk, som ikke kunne tale dansk. Da spørgeskemaet kun kunne besvares på dansk, kan det være en mulig årsag til overrepræsentationen af respondenter med dansk oprindelse.

Tabel 5 viser, at samplet er repræsentativt ved bopæl, regionsansvarlig og sværhedsgrad af psykisk sygdom. Det betyder, at undersøgelsens sammensætning ift. bopæl, regionsansvarlig og psykisk sygdom ligner den generelle population af psykiatriske patienter. Ved regionsansvarlig fremgår kun statistiske resultater i noten for Tabel 5. Der oplyses ikke specifikke fordelinger for sample og population grundet fortrolighedsprincipper.

De resterende baggrundsoplysninger er dog ikke repræsentative. Det er vigtigt at bemærke, at statistisk signifikante forskelle kan være nemmere at påvise ved store samples. Dette til trods for, at den reelle forskel er ret lille. Resultaterne bør alligevel tolkes med varsomhed, så der tages højde for de statistiske forskelle mellem populationen og vores sample.

Derfor skal det fremhæves, at kvinder, ældre aldersgrupper, personer med dansk oprindelse og personer med høj socioøkonomisk position er overrepræsenterede i undersøgelsen. Analyser i rapporten har indikeret, at respondenter med lav socioøkonomisk position udviser mindre digital adfærd og forholder sig mere skeptisk over for digitale værktøjer. Underrepræsentationen af netop denne respondentgruppe kan således antyde, at resultater i undersøgelsen ville være mindre positive, hvis samplet var repræsentativt for hele populationen af psykiatripatienter i 2023.

Litteraturliste

1. Indrighs- og Sundhedsministeriet. En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne. 2023.
2. Ennis L, Rose D, Denis M, Pandit N, Wykes T. Can't surf, won't surf: The digital divide in mental health. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2012;21(4):395-403.
3. Tobitt S, Percival R. Switched on or switched off? A survey of mobile, computer and Internet use in a community mental health rehabilitation sample. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2019;28(1):4-10.
4. Robotham D, Satkunanathan S, Doughty L, Wykes T. Do We Still Have a Digital Divide in Mental Health? A Five-Year Survey Follow-up. *J Med Internet Res*. 2016;18(11):e309.
5. Greer B, Robotham D, Simblett S, Curtis H, Griffiths H, Wykes T. Digital Exclusion Among Mental Health Service Users: Qualitative Investigation. *J Med Internet Res*. 2019;21(1):e11696.
6. Legind CS, Faurholt-Jepsen M, Ebdrup BH, Anhøj S, Benros ME. Digital innovation giver nye perspektiver i psykiatrien. *Ugeskrift for Læger*. 2022;184(9):3.
7. Epinion. Befolkningens oplevelser og udfordringer i et digitalt samfund – med fokus på ældre. 2023.
8. DST. It-anvendelse i befolkningen. 2020.
9. Bonet L, Llácer B, Hernandez-Viadel M, Arce D, Blanquer I, Cañete C, et al. Differences in the use and opinions about new ehealth technologies among patients with psychosis: Structured questionnaire. *JMIR mental health*. 2018;5(3):e51-e.
10. Gay K, Torous J, Joseph A, Pandya A, Duckworth K. Digital Technology Use Among Individuals with Schizophrenia: Results of an Online Survey. *JMIR mental health*. 2016;3(2):e15-e.
11. Gitlow L, Abdelaal F, Etienne A, Hensley J, Krukowski E, Toner M. Exploring the Current Usage and Preferences for Everyday Technology among People with Serious Mental Illnesses. *Occupational therapy in mental health*. 2017;33(1):1-14.
12. Naslund JA, Aschbrenner KA, Bartels SJ. How People With Serious Mental Illness Use Smartphones, Mobile Apps, and Social Media. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2016;39(4):364-7.

13. Miller BJ, Stewart A, Schrimsher J, Peeples D, Buckley PF. How connected are people with schizophrenia? Cell phone, computer, email, and social media use. *Psychiatry research*. 2015;225(3):458-63.
14. Pedersen VPJ, Holm Bindsbøl Katrine; Ekholm, Ola; Juel, Knud. Sundhed og trivsel i et kønsperspektiv. Statens Institut for Folkesundhed: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2014.
15. NAMI. Health and technology Study 2014.
16. Digitaliseringsstyrelsen. Statistik om Digital Post 2024. Tilgængelig her: <https://digst.dk/it-loesninger/digital-post/om-loesningen/tal-og-statistik/>.
17. Borger.dk. Fritagelse fra Digital Post 2024 [Available from: <https://www.borger.dk/hjaelp-og-vejledning/hvad-har-du-brug-for-hjaelp-til/digital-post/fritagelse-fra-digital-post>].
18. Rathlev J, Hermansen J, Bay H. Dataindsamling. I stedet for: Frederiksen M, Gundelach P, Skovgaard Nielsen R, editors. *Survey : design, stikprøve, spørgeskema, analyse*. 1. udgave. ed. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2017.
19. DST. Inddeling af Danmarks kommuner. DST; 2018.
20. DST. Socioøkonomisk Klassifikation (SOCIO13), v1:2014 2024. Tilgængelig her: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/socio>.
21. NIMH. *Towards a Model for a Comprehensive Community-Base Mental Health System*. Washington DC: NIMH; 1987.
22. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(2):149-55.
23. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*. 1986;14(4):413-45.
24. Krause N. Assessing Change in Social Support During Late Life. *Research on aging*. 1999;21(4):539-69.

