



Fra potentiale til praksis

Digitale tilbud for børn og unge
med mentale helbredsproblemer
og psykisk sygdom

Udgiver

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV
Tlf.: 39 29 39 09
www.psykiatrifonden.dk

Grafisk layout og omslag:

AntonMaria.dk /
Maria Lykke Antonsen

Finansiering:

Rapporten er finansieret
af Novo Nordisk Fonden

Udarbejdet af

Julie Buhl-Wiggers¹, Marie Paldam Folker²,
Hans Hougaard Frederiksen¹, Merete Konnerup¹,
Kim Mathiasen³ og Helene Skaarnes^{2,3}

¹ Psykiatrifonden

² Center for Digital Psykiatri

³ Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Bidragssydere

Vi takker de tre reviewere for deres kvalificerede vurdering
af dokumentet, som har bidraget til dets kvalitet og klarhed.
Ansvar for indholdet og de præsenterede fund påhviler
dog udelukkende forfatterne.

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden
gengivelse af dette hæfte eller dele deraf er ikke tilladt ifølge
gældende dansk lov om ophavsret.

Forord



Lange ventetider og manglende kapacitet udfordrer børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. Hver dag venter børn og unge alt for længe på hjælp, mens symptomer vokser sig mere alvorlige, og livet bliver tungere at bære. Det er en situation, vi ikke kan og heller ikke skal acceptere. Der er brug for nye løsninger. Løsninger, der sætter ind tidligt, styrker de unge i deres behandling, støtter familierne, mindsker presset på systemet og som kan rykke os i retning af en børne- og ungdomspsykiatri i verdensklasse.

Det analytiske partnerskab mellem Psykiatridfonden, Bedst for Os og Novo Nordisk Fonden arbejder målrettet med at afprøve nye tiltag, der kan gøre netop det. Denne rapport stiller skarpt på et lovende område: digitale løsninger til behandling af børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

Danmark halter bagefter

Forskningen er tydelig: Digitale behandlingsprogrammer med terapeutstøtte kan i mange tilfælde være lige så virksomme som behandling ved fysisk fremmøde – og de kan skaleres, så langt flere får adgang til hjælp. I lande, vi normalt sammenligner os med, er veldokumenterede digitale forløb allerede en fast del af praksis. I Danmark halter vi bagefter.

Udviklingen herhjemme har indtil nu været båret af enkeltstående indsatser – ofte drevet af ildsjæle i civilsamfundet – men uden bredere offentlig forankring og uden en samlet plan. Politisk er der meldt klare ambitioner ud om, at digitale løsninger skal spille en større rolle i fremtidens psykiatri. Alligevel er indsatsen fragmenteret, uden en klar retning, der kan sikre, kvalitet, integration og udbredelse.

Kan sikre flere adgang til kvalificeret behandling

Det er afgørende, at digitale løsninger ikke udvikles som et billigere, men ringere alternativ. De skal være evidensbaserede, fagligt forankrede og ses som et supplement, der styrker den terapeutiske værktøjskasse. Når det gøres rigtigt, kan digitale tilbud ikke bare afhjælpe ventetider – de kan sikre, at langt flere børn og unge får rettidig, kvalificeret støtte og behandling.

Vi håber, at rapporten kan inspirere beslutningstagere, fagfolk og civilsamfund til at se det digitale potentiale som en integreret del af fremtidens psykiatri – ikke som et eksperiment på sidelinjen, men som en nødvendig investering i børns og unges mentale sundhed.

Pernille Bendtsen

PhD, Senior Lead i Novo Nordisk Fonden

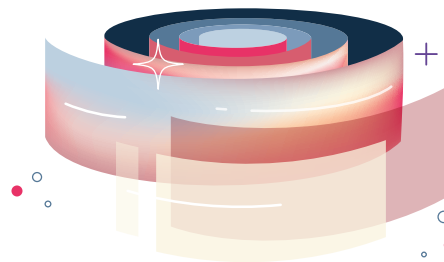
Marianne Skjold,

Direktør i Psykiatridfonden



Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	6
1. Introduktion	10
1.1 Formål og læsevejledning	12
2. Hvad er digitale løsninger?	14
2.1 Typer af digitale løsninger	16
2.2 Forskellige grader af faglig støtte i digitale forløb	18
2.3 Fleksibel hjælp på rette tidspunkt	18
3. Hvor langt er vi i Danmark?	20
3.1 Politiske rammer for digitale tilbud	21
3.2 Danske initiativer og udviklingsmiljøer	24
4. Hvad siger forskningen?	28
4.1 Systematisk afdækning af landskabet og effekt	30
4.2 Brugerens perspektiv	36
4.3 Den fagprofessionelles perspektiv	38
5. Fra forskning til praksis	40
5.1 Kortlægning af internationale implementerede indsatser	41
5.2 Erfaringer fra udvalgte cases	43
6. Diskussion og anbefalinger	56
6.1 Anbefalinger	59
Litteratur	66
Appendix A: Kortlægning af danske digitale tilbud og forskningsprojekter	76
Appendix B: Afgrænsning og metode for kortlægningen af danske tilbud	79
Appendix C: Metode og screeningsprocess for systematisk litteratur review	80
Appendix D: Oversigt over inkluderede studier	81
Appendix E: Kortlægning af evidensbaserede internationale digitale tilbud	88
Appendix F: Afgrænsning og metode for kortlægningen af internationale evidensbaserede digitale tilbud	93
Appendix G: Casebeskrivelser	94
Appendix H: Udvælgelse og metode for erfaringsindsamlingen	105



Sammenfatning

Flere og flere børn og unge i Danmark kæmper med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom^a – og alt for mange får ikke hjælp i tide. Ventelisterne vokser, og behandlingssystemet er under pres. Mange får først støtte, når problemerne er blevet alvorlige, og en stor del af de børn og unge, der har brug for hjælp, falder mellem stole eller må vente længe på behandling.

Digitale løsninger i tilbud til børn og unge kan være en del af svaret på de udfordringer. Digitale løsninger til mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom dækker over en bred vifte af teknologier: fra apps, videokonsultationer og behandlingsprogrammer til spil, VR og kunstig intelligens. Fælles for dem er, at de kan bruges til at forebygge, udrede og behandle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Samtidig kan de aflaste et presset hjælpesystem.

Digitale løsninger i tilbud til børn og unge har potentiale til på én og samme tid at øge kapaciteten i et presset system, styrke adgangen, i flere tilfælde styrke kvaliteten og sikre en mere ensartet og tilgængelig indsats for børn og unge – forudsat at de baseres på evidens og implementeres målrettet.

De kan fungere som et supplement eller alternativ til traditionel behandling og dermed understøtte etableringen af en gradueret tilgang, hvor hjælpen kan tilpasses barnets eller den unges behov. Digitale tilbud kan både forstærke det, der allerede virker, og udfylde de huller, hvor systemet i dag ikke slår til – eksempelvis ved allerede at støtte i ventetiden, supplere fysiske forløb eller sikre en glidende overgang fra behandling til hverdagsliv.

Men i Danmark er digitale tilbud til børn og unge sporadisk implementeret i den offentlige sektor. Der mangler både overblik, adgang i alle dele af Danmark og oplysning om de forskellige typer af tilbud. De fleste eksisterende tilbud er rådgivningstilbud uden egentlig behandling. Kun to digitale behandlingstilbud – MaveMod og CoolMinds – er i drift og begge er begrænset til hhv. én og to regioner.

Det betyder, at der er et stort uforløst potentiale for brug af digitale løsninger som del af tilbud til børn og unge. Men det kræver, at digitale tilbud bliver tænkt ordentligt ind i hele forløbet – det kan være i pakkeforløb, forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og instrukser – og integreret som en naturlig del af indsatsen og brugerrejsen; og ikke blot som midlertidige projekter, der ikke er forankret i den almindelige drift.

For at undersøge, hvordan man sikrer en god og bæredygtig implementering af digitale tilbud – og dermed kan aflaste de kapacitetsproblemer, der præger psykiatriområdet i dag – har vi i denne rapport kortlagt både danske og internationale digitale tilbud, gennemgået forskningen og interviewet nøglepersoner med erfaring fra vellykkede implementeringer af digitale tilbud.

Evidensgrundlaget er belyst gennem et systematisk review af 87 studier af digitale tilbud til børn og unge med angst og/eller depression. Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi er det mest undersøgte og viser samlet en positiv effekt på niveau med ansigt-til-ansigt-terapi. Studierne

^a: Se definition s. 13

er primært gennemført med børn og unge med moderate symptomer. Andre formater som videoløsninger, chat/chatbots, serious games og Virtual reality viser lovende resultater, men kræver mere forskning.

Den internationale kortlægning viser, at der allerede findes mange evidensbaserede digitale behandlingstilbud målrettet børn og unge, som er implementeret og fungerer som en integreret del af det nationale sundhedsvæsen – eller i tæt samarbejde med det. Det gælder fx i England, Finland, Sverige og Australien. Her bruges digitale tilbud både i den tidlige indsats og som supplement til specialiseret behandling, ofte som en del af en samlet strategi. De internationale erfaringer viser dermed et klart inspirationspotentiale i forhold til at implementere evidensbaserede digitale tilbud som en integreret del af eksisterende behandlingstilbud til børn og unge.

Fuld indfrielse af det digitale potentiale for børn og unge med mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom forudsætter accept og inddragelse af alle centrale aktører: børn, unge, forældre, fagprofessionelle og ledere. Denne rapport belyser eksisterende viden om perspektiver fra disse grupper og har særligt fokus på implementering i praksis. I denne rapport har vi derfor valgt at supplere med en ny undersøgelse af ledelsesperspektivet.

Derfor har vi interviewet ledere fra fire 'best practice'-tilbud i England, Finland, Sverige og Australien for at lære mere om, hvad der har været afgørende for, at disse digitale tilbud er blevet en integreret del af praksis.

Alle fire cases peger på, at evidens er afgørende: Programmerne er blevet implementeret, fordi de bygger på troværdig dokumentation for deres positive effekt for brugerne. Involvering af nøgleaktører fra start – både brugere, behandlere og ledere – har også været centralt.

Mange organisationer har gentænkt deres behandlingsstruktur, så de digitale tilbud bliver en integreret del af det samlede forløb for børn, unge og deres familier. Behandlernes engagement er også afgørende for succes, og tilbud, der giver mulighed for supplerende menneskelig støtte, fungerer bedst. Samtidig er implementering og kvalitetsudvikling en proces, der kræver vedvarende opfølgning og justering.

Digitale tilbud rummer altså et stort potentiale, men de er ikke uden faldgruber. Både forskning og erfaringer peger på en række barrierer, der kan stå i vejen for, at de digitale tilbud bliver brugt og virker efter hensigten. Det gælder både tekniske udfordringer, lav brugervenlighed og oplevelsen af, at indholdet ikke er relevant eller personligt nok for brugerne. Samtidig kan bekymringer om data- og patientsikkerhed samt manglende støtte gøre både brugere og fagpersoner tøvende. Derfor er det vigtigt, at implementeringen af digitale tilbud respekterer principperne bag evidensbaseret praksis, der stiller krav om, at børnenes, de unges og deres familiers ønsker, livsomstændigheder og prioriteringer inddrages i beslutningsprocessen – understøttet af de fagprofessionelles erfaringer og dømmekraft. Der kan være behov for alternative tilbud, både for dem, der ikke trives med digitale formater, og for dem, der ønsker tættere kontakt og mere støtte.

Digitale tilbud skal altså tænkes ind som en integreret del af et samlet hjælpesystem, hvor forskellige former for støtte spiller sammen og skaber sammenhæng for barnet, den unge og familien. Når teknologien bruges med omtanke og med blik for dens styrker og begrænsninger, kan den fungere som en vigtig løftestang, både for tidligere hjælp, mere ensartet høj kvalitet og for mere fleksible forløb.

På den baggrund peger rapporten på otte anbefalinger til, hvordan området kan styrkes i en dansk kontekst:

1

Udarbejd en samlet national strategi for digitale tilbud til børn og unge

I dag udvikles digitale tilbud fragmenteret og uden fælles retning. En national strategi skal skabe sammenhæng på tværs af forebyggelse, tidlig indsats og specialiseret behandling, så digitale tilbud integreres i det samlede hjælpesystem. Strategien skal bygge på brugernes behov, sikre varig finansiering og understøtte løbende kvalitetsudvikling.

2

Involver børn, unge og deres forældre i udvikling, tilpasning og løbende kvalitetsudvikling

Digitale tilbud får først reel værdi, når de udvikles i tæt dialog med både børn, unge og deres forældre. Systematisk brugerinddragelse – fra behovsafdækning til løbende evaluering og implementering – skal derfor være et grundprincip. Det sikrer, at tilbuddene bliver både relevante, motiverende og et reelt tilbud i en gradueret indsats.

3

Gentænk strukturen – integration af digitale tilbud kræver systemiske ændringer

Digitale tilbud skal ikke blot lægges oven på det eksisterende system, men indgå som en integreret del af en gradueret indsats. Det kræver en sammenhængende struktur, hvor digitale løsninger understøtter information, visitation, behandling samt opfølgning og gør adgangen mere fleksibel. En national digital fordør, altså én samlet indgang, kan samle landskabet, give familier og fagfolk et klart overblik og sikre, at børn og unge hurtigt guides til den rette hjælp.

4

Fagprofessionelle: Inddragelse og kompetenceudvikling

For at digitale tilbud kan gøre en reel forskel skal de fagprofessionelle inddrages tidligt i udviklingen og have de rette kompetencer til at bruge dem trygt og meningsfuldt. Det kræver målrettet træning, supervision, teknisk support og tydelige retningslinjer, understøttet af ledelsesmæssig opbakning. Når tilbuddene opleves som brugbare i praksis, kan de blive en naturlig og integreret del af arbejdet med børn, unge og deres familier.

5

Implementering i Danmark bør anvende international evidens

Danmark bør trække på international evidens, så børn og unge hurtigt får adgang til digitale tilbud, der allerede har vist effekt i sammenlignelige lande. Disse løsninger skal tilpasses danske forhold og følges tæt af systematiske evalueringer, så vi sikrer, at effekten fastholdes og kvaliteten løbende forbedres.

6

Mere dansk forskning der er relevant for tilpasning af tilbud

Ud over at udnytte den solide internationale evidens bedre er der også behov for mere dansk forskning. Særligt mangler vi viden om, hvordan digitale tilbud bedst implementeres i en dansk kontekst, hvilke modeller der er mest effektive, og hvilke samfundsøkonomiske gevinster de kan give.

7

Brug data til at skræddersy og forbedre digitale tilbud

Digitale løsninger giver unikke muligheder for systematisk dataindsamling om brugernes forløb. Disse data kan bruges til præcisionsbehandling, hvor indsatser tilpasses den enkeltes diagnose, symptomer og respons på behandling. Løbende monitorering gør det muligt at justere forløb i realtid og dermed sikre mere målrettet, effektiv og relevant hjælp til børn og unge.

8

Sæt standarder for etik, sikkerhed, rettigheder og ansvar for digitale tilbud

Digitale tilbud til børn og unge skal altid bygge på klare rammer for etik, sikkerhed og rettigheder. Den hurtige teknologiske udvikling kræver, at retningslinjer løbende opdateres og vurderer konsekvenserne af nye teknologier som AI og chatbots. Der skal være fuld transparens om ejerskab, evidens og brug af data – samt tydelige grænser for, hvornår digitale tilbud kan stå alene, og hvornår de skal suppleres af professionel støtte.



1. Introduktion

Flere børn og unge mistrives, og et stigende antal får en psykiatrisk diagnose. Omkring 15 % af alle børn bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom, inden de fylder 18 år¹. Over de seneste ti år er antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med 39 %².

Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i barndommen og ungdommen kan trække lange spor igennem hele livet, da det kan have konsekvenser for den enkeltes udvikling, læring, helbred og uddannelse³. En sådan udvikling rammer ikke kun den enkelte, men får også konsekvenser for de pårørende og for samfundet.

Det er veldokumenteret, at hjælpen til mange børn og unge med mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom i Danmark er utilstrækkelig, usammenhængende og præget af lange ventetider⁴⁻⁶. Det tyder på, at det eksisterende behandlingslandskab ikke er tilstrækkeligt, og at de nuværende strukturer ikke matcher de udfordringer, vi ser i dag. Behovet for en tidlig, differentieret og gradueret tilgang er altså tydeligt: Mange børn og unge får ikke hjælp i tide. Det øger risikoen for, at problemerne vokser sig større, bliver langvarige og lægger yderligere pres på de mest specialiserede led i systemet.

Denne udvikling er ikke unik for Danmark. Internationalt ses samme tendens: En voksende andel af unge oplever psykiske vanskeligheder, og behovet for hjælp overstiger langt kapaciteten i de eksisterende behandlingssystemer⁷. Det afspejler ikke nødvendigvis en underliggende stigning i forekomsten af psykisk sygdom, men snarere at der i disse år bliver kastet lys på mørketal. Det er positivt, at børn, unge og deres familier nu i højere grad kommer frem med deres problemer, men det er en udfordring for det offentlige hjælpesystem at matche stigningen⁸.

Internationalt har eksperternes svar på denne stigning været en opfordring til at omlægge indsatserne for børn og unges mentale helbred – med øget fokus på forebyggelse, tidlig indsats og fleksible, differentierede behandlingsformer, herunder digitale og lavtærskelbaserede tilbud^{7,9,10}.

Konkret er en del af disse løsningsforslag samlet i det, der kan betegnes som en gradueret tilgang. En tilgang til organisering af indsatser for børn og unge med mentale helbredsproblemer, der er blevet anbefalet de seneste år både internationalt og nationalt¹¹. En gradueret tilgang betyder, at hjælpen til børn og unge med psykiske vanskeligheder organiseres i flere niveauer, alt efter hvor alvorlige problemerne er og hvilken form for støtte, der er behov for. Det handler om at tilbyde hjælp, der matcher barnets eller den unges behov på det tidspunkt, de opstår – og ikke først, når problemerne har udviklet sig. Indsatserne skal kunne tilpasses og justeres løbende, så der er mulighed for både at trappe op og ned afhængigt af udviklingen i barnets eller den unges udfordringer. En sådan tilgang bygger på det såkaldte mindstemiddelsprincip: Indsatsen skal være tilstrækkelig, men så lidt indgribende som muligt¹².

I Danmark er den graduerede tilgang blandt andet anbefalet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer, i det faglige oplæg til det let-tilgængelige kommunale behandlingstilbud og i det faglige oplæg til hurtig opstart og opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien¹³⁻¹⁵. Tanken om en gradueret tilgang er altså allerede tænkt ind i eksisterende sundhedspolitiske initiativer. Men før en gradueret tilgang kan fungere, er der behov for at fylde mere indhold i tilgangen. Det vil sige implementering af en serie relevante evidensbaserede indsatser, som de professionelle kan bruge, når de skal hjælpe børn, unge og deres familier⁵.



Digitale tilbud – fx digitale behandlingsprogrammer – har potentialet til at bidrage markant til at fylde indhold i en gradueret tilgang. De kan både bruges i tidlige indsatser og i specialiserede forløb. På den måde kan de understøtte opbygningen af en gradueret tilgang og være med til at udvide kapaciteten i et presset system.

De digitale tilbud kan bidrage til at gøre hjælpen mere tilgængelig, fleksibel, engagerende og af en ensartet høj kvalitet. Det forudsætter, at den digitale understøttelse er udviklet, så den er nem at gå til, er motiverende, er udviklet i tæt samspil med brugerne og tager afsæt i solid viden om adfærdsdesign og virkningsmekanismer. Det er langt fra altid tilfældet, og derfor er der en række forhold, som det er vigtigt at være opmærksom på, når digitale løsninger anvendes i indsatser målrettet børn og unge. Der kan f.eks. være potentielle udfordringer i form af manglende dokumentation for virkning, lav grad af brugervenlighed, utilstrækkelig håndtering af data-sikkerhed og beskyttelse af personoplysninger, begrænset integration i klinisk praksis samt risici for at forstærke eksisterende ulighed i adgangen. Disse forhold er ikke nødvendigvis nuværende udfordringer, men kan udgøre potentielle faldgruber og opmærksomhedspunkter, som bør adresseres i forbindelse med udvikling og implementering.

Hvis potentialet ved de digitale tilbud skal realiseres og omsættes i effektive tilbud, er det nødvendigt at finde gode svar på alle de faglige, sikkerhedsmæssige og etiske spørgsmål, som

denne type tilbud rejser. Udviklingen af og forskningen i digitale tilbud er hurtigt voksende både i Danmark og internationalt¹⁸⁻²⁰. Det er et positivt afsæt for at tage næste skridt: Hvordan realiserer vi potentialet gennem effektiv implementering i praksis, så børn, unge og deres familier får gavn af de nye digitale tilbud?

Der er et politisk momentum, som gør digitale tilbud særligt relevante lige nu. Politiske initiativer som sundhedsreformen, 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed samt etableringen af det lettilgængelige behandlingstilbud i kommunerne er allerede vedtaget og har medført øget fokus på forebyggelse og tidlige indsatser. I disse områder er det oplagt at tænke digitale tilbud ind som en del af løsningen.

Hvor disse politiske initiativer udstikker de nuværende rammer, peger partnerskabsprojekt Bedst for Os i Region Nordjylland i retning af fremtidens løsninger. Her er regionen, universitetet, fonde og kommunerne Aalborg, Hjørring, Mariagerfjord og Thisted gået sammen om at udvikle en digitalt understøttet model for kommunikation, koordinering og inddragelse af børn, unge og familier i behandlingsforløb. Projektet fungerer som et eksempel på, hvordan digitale tilbud kan tænkes systematisk ind i indsatsen og har dermed været en vigtig inspiration for denne rapport.





1.1 Formål og læsevejledning

Formålet med denne rapport er for det første at undersøge, om digitale tilbud til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom har potentiale til at skabe mere og bedre støtte – i tide. Dernæst at afdække, hvad man skal være opmærksom på, når tilbuddene vælges og implementeres, hvis deres potentiale skal indfries.

Hvilke børn og unge beskæftiger denne rapport sig med?

Debatten på dette område er hæmmet af, at der mangler bred enighed om, hvordan den berørte gruppe af børn og unge betegnes. Det gælder både i den offentlige debat og på tværs af fag-grupper, hvor der bliver brugt en lang række forskellige begreber som trivsel, mistrivsel, mentalt eller psykisk helbred(sproblemer), mental eller psykisk sundhed, mental eller psykisk sygdom, mentale eller psykiske lidelser, mentale eller psykiske vanskeligheder, mentale eller psykiske symptomer.

I denne rapport har vi derfor valgt at tage afsæt i de begreber, som udvælges og defineres i to danske vidensopsamlinger i regi af Vidensrådet for Forebyggelse: 'Mental sundhed og psykisk sygdom for 0-9-årige børn'²¹ og 'Mental sundhed og psykisk sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år'³.

I Vidensrådets to rapporter argumenteres der for at bruge begrebet 'psykisk sygdom' defineret ved tilstedeværelse af både 1) væsentlige symptomer og 2) en væsentlig grad af belastning og funktionspåvirkning i dagligdagen. Psykisk sygdom udvikler sig typisk over tid og er et kontinuum af symptomer, belastning og funktionspåvirkning, der afhænger af livssituation og udviklingsniveau. I denne rapport er vi både interesserede i tilbud, som kan understøtte den forebyggende indsats og supplere den specialiserede behandling.

Psykisk sygdom udvikler sig typisk over tid og er et kontinuum af symptomer, belastning og funktionspåvirkning, der afhænger af livssituation og udviklingsniveau. I denne rapport er vi både interesserede i tilbud, som kan understøtte den forebyggende indsats og supplere den specialiserede behandling.

Vi følger Vidensrådets to rapporter og bruger begreberne:

- **Mentale helbredsproblemer** defineret som tilstedeværelse af psykiske symptomer såsom stress, søvnbesvær, ensomhed, mavepine etc.,
- **Psykisk sygdom** defineret som tilstedeværelse af en psykiatrisk diagnose såsom angst, depression, spiseforstyrrelser etc.”

Vi bruger konsekvent begrebet 'mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom' til at beskrive hele kontinuummet fra psykiske symptomer til diagnosticeret psykisk sygdom.

Hvad mener rapporten med 'evidensbaseret'?

Rapporten tager afsæt i den følgende autoritative definition: "Evidensbaseret medicin er den samvittighedsfulde, eksplicite og kritiske brug af den aktuelt bedste viden til at træffe beslutninger om behandling af individuelle patienter. Det indebærer også integration af fagprofessionelles erfaring med patientens værdier og præferencer i beslutningsprocessen."²²

Evidensbaseret medicin handler altså ikke kun om at følge forskningsresultater, men om at integrere forskning, erfaring og patientens perspektiv i klinisk praksis.



Rapportens struktur

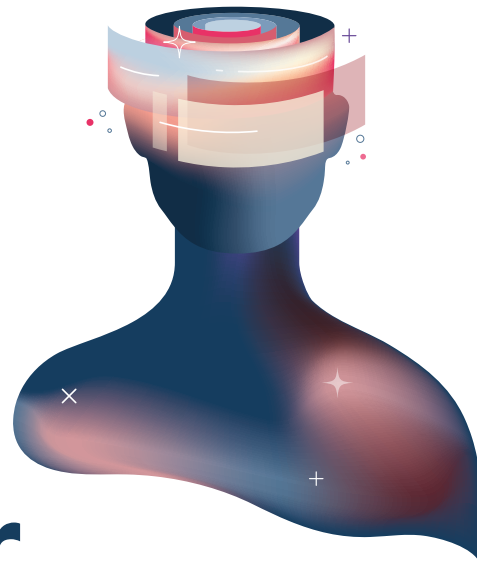
I **afsnit 2** beskrives og defineres digitale tilbud, og hvordan disse kan bruges til forebyggelse, udredning og behandling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

I **afsnit 3** beskrives det, hvor langt vi er i Danmark med at udvikle og implementere digitale tilbud til børn og unge. I dette afsnit kigges der på en bred vifte af digitale tilbud for at give et samlet overblik over området, men rapporten vurderer ikke i hvilken grad de pågældende tilbud er evidensbaserede, da den dokumentation sjældent foreligger.

I **afsnit 4** gives et overblik over, hvad vi ved fra forskningen inden for digitale løsninger baseret på evidensbaserede terapeutiske metoder for børn og unge med angst og depression. Det belyser, hvor evidensgrundlaget er stærkest, og hvor der fortsat er mangel på viden. Derudover belyser afsnittet, hvad forskningen viser om brugernes og de fagprofessionelles perspektiver på digitale tilbud.

Dernæst dykker rapporten i afsnit 5 ned i internationale initiativer, der med succes er gået fra forskning til praksis – best practice. Vi identificerer nogle af de mest lovende evidensbaserede terapeutiske tilbud til børn og unge og dykker ned i fire udvalgte cases, hvor vi gennem deres erfaringer får et indblik i, hvad der skal til for at gøre digitale tilbud til en integreret del af behandlingssystemet.

Afslutningsvis i afsnit 6 diskuteres både muligheder og udfordringer ved at integrere digitale løsninger i hjælpen til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Der peges på potentialet for at øge tilgængelighed, fleksibilitet og kvalitet, men også på behovet for at sikre solid evidens, klare standarder og varig organisatorisk forankring. Diskussionen samler op på rapportens hovedpointer og peger frem mod otte nationale anbefalinger, der kan sætte retning for det videre arbejde.



2. Hvad er digitale løsninger?

Digitale løsninger spænder bredt. Fra videokonsultationer og apps til internetbaserede behandlingsprogrammer, virtual reality og kunstig intelligens. Og nye teknologiske løsninger kommer hele tiden til. Løsningerne kan bruges med eller uden støtte fra en fagperson og tilpasses både barnets, den unges og forældrenes behov samt problemernes karakter. Der findes digitale løsninger, som kan understøtte den forebyggende indsats, udredning, give hurtigere adgang til lettere behandling samt supplere den specialiserede behandling og hjælpe med at fastholde fremskridt efter forløbet. Dermed kan digitale løsninger støtte op om en gradueret tilgang og tidlig opstart af behandling.

Digital psykiatri eller -psykologi, telepsykiatri, e-mental sundhed og digital mental sundhed er alle overbegreber, der beskriver en udvikling, hvor man bruger digitale løsninger til forebyggelse, udredning og behandling af mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom. Disse overbegreber rummer mange forskellige typer af løsninger, som spænder fra digital psykoedukation og videokonsultationer til struktureret internetbaseret terapi og teknologistøttet behandling. Ofte (men ikke altid) skelnes der mellem 1) digitale behandlingsindsatser, hvor teknologien anvendes direkte i selve behandlingen (fx via apps, VR eller onlineforløb) og 2) digital understøttelse af udredning og koordinering, fx spørgeskemaer som PROM eller Familiens digitale værktøjskasse^{23,24}.

Meget sigende for et felt, hvor den teknologiske udvikling går hurtigt, påpeger et nyt review²⁵, at begreberne ofte anvendes uensartet og overlappende i både forskning og praksis. Det understreger behovet for en mere præcis afklaring af, hvilke teknologier, målgrupper og formål der knytter sig til de enkelte betegnelser.



I denne rapport vælger vi at bruge:

- **Digitale løsninger** som en samlet betegnelse for de digitale teknologier, der kan tages i anvendelse såsom video, VR, apps etc.
- **Digitale tilbud** anvendes som en betegnelse for et samlet klinisk tilbud, der – ud over én eller flere digitale løsninger – inkluderer fx formåls- og arbejdsgangsbeskrivelser for behandlerne.

Denne distinktion er vigtig, da de samme digitale løsninger kan have forskellige anvendelser på tværs af forskellige digitale tilbud. Og flere digitale løsninger kan kombineres i ét og samme digitale tilbud.

I forhold til en gradueret tilgang, som nævnt tidligere i rapporten, kan identifikationen, tilpassningen og implementeringen af relevante digitale tilbud understøtte etableringen af en sådan sammenhængende tilgang, hvor hjælpen kan tilpasses barnets eller den unges aktuelle behov.

Nedenfor beskriver vi de mest udbredte digitale løsninger til forebyggelse, udredning og behandling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn og unge. Her ser vi nærmere på, hvordan de digitale løsninger konkret kan understøtte børn, unge og deres familie, og hvordan de på forskellig vis kan bruges til at lette adgangen til hjælp, give kontinuitet i forløb, sikre høj og ensartet kvalitet og støtte barnet eller den unge i hverdagen. Derefter ser vi på, hvordan digitale løsninger kan anvendes med forskellig grad af støtte fra en fagperson – og dermed bruges på forskellige måder i digitale tilbud med varierende intensitet.

2.1 Typer af digitale løsninger

Udviklingen af digitale løsninger i psykiatrien begyndte for alvor i midten af 1990'erne på den internationale scene med hjemmesider, selvhjælpsmaterialer og udviklingen af internet-baseret terapi, som typisk foregik som tekst-baserede moduler med opgaver og øvelser²⁶. I 2010'erne tog udviklingen fart. Smartphones og bedre internetforbindelser gjorde det muligt at tilbyde behandling på nye måder, fx via apps, videokonsultationer og sikre beskedsystemer. Programmer til internetbaseret terapi blev videreudviklet med interaktive funktioner, videoer og tættere kontakt med behandlere²⁶. Feltet rummer nu også løsninger med kunstig intelligens, digitale dagbøger, søvnovervågning, monitorering, stemningsmålinger og VR. COVID-19-pandemien skubbede yderligere på behovet for fjernbehandling og digitale alternativer, hvilket igen øgede udviklings-hastigheden af løsninger og tilbud. I takt med den teknologiske udvikling er der i dag mange forskellige digitale løsninger. Nogle af de mest omtalte omfatter:

Videoløsninger

Videokonsultationer giver mulighed for kontakt uden fysisk fremmøde og bruges til både behandling, udredning, opfølgning og pårørende samtaler. Studier viser, at unge, forældre og behandlere i vid udstrækning accepterer formatet, men der mangler effektstudier med fokus på børn og unge^{17,27}. Video-løsninger kan suppleres af sikre digitale besked-funktioner, som muliggør let og fleksibel skriftlig kommunikation mellem barn, ung, forælder og behandler – fx til spørgsmål, opfølgning eller koordinering. Beskedfunktionen kan også anvendes selvstændigt og bidrage til øget tilgængelighed og kontinuitet. Da der ofte deles følsomme oplysninger, er det afgørende, at løsningen lever op til høje krav om datasikkerhed og beskyttelse af personlige oplysninger.

Digitale behandlingsprogrammer

Digitale behandlingsprogrammer kan levere internetbaseret terapi på flere måder og med forskellige grader af støtte fra en fagperson.

På den måde kan programmerne enten fungere som et selvstændigt behandlingsforløb eller som et supplement til anden behandling, alt afhængigt af den konkrete kontekst. For børn og unge er det særligt programmer baseret på kognitiv adfærdsterapi, der anvendes. Disse kaldes også Internetbaseret Kognitiv Adfærdsterapi (iKAT). I disse programmer vil der ofte være støtte fra en fagperson, som løbende følger barnets eller den unges arbejde med øvelser i programmet, giver feedback og kan justere indholdet undervejs, fx ved at åbne nye moduler, når det er relevant. Det skaber fleksibilitet og mulighed for at tilpasse behandlingen til den enkelte.

Programmerne er typisk tekstbaserede, men mange inkluderer også video, lyd og spilelementer for at øge engagementet. Flere tilbyder et parallelt forløb til forældre, som kan støtte barnet og bidrage til et fælles sprog i familien. Til de mindste børn gives typisk kun et program til forældrene. Der er ofte mulighed for, at brugeren kan fortsætte med at anvende øvelserne efter forløbets afslutning, hvilket kan styrke overgangen fra behandling til hverdag. Effekten af iKAT med støtte er sammenlignelig med traditionel, ansigt-til-ansigt-behandling (jf. afsnit 4.1).

Wearables

Teknologi, man bærer på kroppen, fx smartwatches, armbånd eller fingerringe, som kan anvendes til måling af blandt andet puls, bevægelse og søvn. Sammen med data fra bl.a. GPS, stemmeanalyse og smartphonebrugsmønstre kan disse teknologier potentielt anvendes til at monitorere funktion, symptomer og risiko for tilbagefald og derigennem øge sygdomsindsigt. Dette er dog stadig et felt under udvikling, og der er kun få videnskabelige studier, som fokuserer på børn og unge^{28,29}.

Apps til øvelser og støtte i hverdagen

Smartphone-applikationer (apps) kan bruges til alt fra kalenderaftaler og medicinpåmindelser til strukturværktøjer og terapeutiske øvelser. Markedet for mentale sundhedsapps er i hastig vækst og præget af kommercielle interesser, manglende kvalitetssikring og dokumentation for effekt. Et studie viser, at kun 2 % af de mentale sundhedsapps, der kan downloades frit, har dokumenteret evidens bag sig³⁰. Teknologien giver altså nye muligheder for tilgængelighed, fleksibilitet og daglig støtte, men det kommercielle udbud kan være svært at navigere i. Mange apps lever ydermere ikke op til faglige standarder for effekt, kvalitet og sikkerhed.

Virtual reality

Virtual reality (VR) er en computerskabt gengivelse af virkeligheden. Man kan (oftest ved hjælp af særlige VR-briller) bevæge sig rundt i en tredimensionel, interaktiv verden. VR kan virke følelsesmæssigt engagerende. Ved at præsentere interaktive, virkelighedstro og tilpassede scenarier for patienterne kan VR fremkalde en (kontrolleret) stress-/angstrespons, der er sammenlignelig med tilsvarende ikkevirtuelle oplevelser. Scenarier kan gradueres ud fra måling af puls, vejtrækning og svedtendens som proxymål for angstniveau og er særligt lovende i forbindelse med eksponeringsterapi. Der mangler dog stadig overbevisende evidens for effekten af VR blandt børn og unge³¹.

Gamificering

Computerspil kan bruges til seriøse formål som sundhed og undervisning. Såkaldte 'serious games' er digitale spil udviklet med et terapeutisk eller læringsmæssigt sigte. Ud over 'serious games' taler man også om 'gamification', hvor man bruger spilelementer integreret med andre komponenter i et samlet tilbud. Disse spil eller spilelementer kan få et tilbud til at nå ud til personer, der ellers ikke ville bruge online-programmer, og øge engagementet gennem

spilbaserede og målrettede elementer. De kan også understøtte en psykisk bedringsproces med virkemidler fra både terapi og spil. Enkelte studier viser en positiv effekt hos unge med depressive symptomer³², men i lighed med VR mangler der stadig overbevisende evidens for den generelle effekt³¹.

Kunstig intelligens

Endelig vil kunstig intelligens (AI) uden tvivl spille en central rolle i udviklingen af fremtidige digitale løsninger og tilbud. AI kan anvendes på forskellige måder, både til at understøtte brugerne direkte og som værktøjer for fagpersoner. Dermed kommer kunstig intelligens også til at fungere som en integreret del af de overfornævnte teknologier og tilbud. Det kan fx bruges som støtteværktøj for fagprofessionelle, der kan drage nytte af teknologiens evne til at analysere data og understøtte beslutningstagning i behandlingen af patienter, til at personalisere behandlingsindholdet eller i et mere langsigtet perspektiv i automatiserede chatbots, der guider og støtter uden behov for en fagpersons involvering. Selvom AI-løsninger er udbredte i kommercielle apps, er evidensgrundlaget endnu ikke overbevisende, og der er fortsat betydelige bekymringer omkring sikkerheden og regulering af AI i sundhedstilbud³³.



2.2 Forskellige grader af faglig støtte i digitale forløb

Digitale løsninger til børn og unge med psykiske vanskeligheder kan anvendes med varierende grader af støtte fra en fagperson – fra selvhjælpstilbud til integrerede elementer i et specialiseret behandlingsforløb. Denne fleksibilitet er en af teknologiernes største styrker: Den giver mulighed for at tilpasse hjælpen både til barnets eller den unges behov og til de ressourcer, der er i systemet.

I den forbindelse differentierer man ofte mellem fire forskellige grader af støtte:

- **Selvguidet behandling:** Her arbejder den unge helt selvstændigt med digitale materialer uden direkte kontakt med en fagperson. Det kan være et selvhjælpsprogram, en app, en e-læringsplatform eller andre digitale forløb eller værktøjer.
- **Støttet onlinebehandling:** Her arbejder den unge i et fuldt onlineforløb med terapeutiske øvelser og modtager løbende støtte fra en fagperson. Det gælder f.eks. iKAT, hvor terapeuten kan følge med i forløbet og give skriftlig feedback.
- **Blended behandling:** En kombination af fysisk og digital kontakt, hvor den digitale del bruges mellem sessionerne. Det kan både være terapeutisk materiale, videomoduler, strukturværktøjer eller kommunikation med behandleren.
- **Teknologiunderstøttet behandling:** Her foregår hele behandlingen som fysisk fremmøde, men digitale løsninger som VR bruges som led i eksponering eller færdighedstræning under selve sessionerne.

Selvom typen af støtte ikke nødvendigvis hænger entydigt sammen med graden af psykiske vanskeligheder, ses det ofte, at graden af faglig støtte stiger i takt med kompleksiteten. Forældre kan også inddrages i varierende grad, både som støtte for barnet og gennem målrettede forældretilbud ved at give dem adgang til målrettet viden og redskaber, muliggøre løbende kommunikation med behandlere, understøtte koordinering af indsatser og tilbyde fleksible onlineforløb, som kan tilpasses familiens behov og hverdag³⁴. Ofte er digitale løsninger målrettet de mindste børn udelukkende til forældrene, således at de gennem forandring i deres forældreskab og gennem terapeutiske greb med børnene kan skabe forandringen.

2.3 Fleksibel hjælp på rette tidspunkt

Digitale løsninger kan forstærke det samlede støtte- og behandlingsforløb og anvendes på tværs af både sygdomsgrad og tidspunkt. De kan spille forskellige roller, alt efter hvor barnet eller den unge befinder sig i sit forløb – fra de første tegn på mistvivsel til fastholdelse efter endt behandling. Nedenfor beskrives, hvordan og hvornår digitale løsninger kan indgå i et behandlingsforløb.

Før behandlingen kan digitale tilbud fremme mental sundhed og forebygge mistvivsel ved at give let adgang til evidensbaseret viden og værktøjer til at spotte begyndende tegn på mistvivsel, træne mestringsstrategier og støtte brugeren i at række ud til netværk. Hvis behandling kræves, kan digitale behandlingsprogrammer derudover bidrage til at gøre ventetiden aktiv, hvilket betyder, at barnet eller den unge starter hurtigt op i et støttet digitalt forløb, mens de venter på et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien³⁵.

Støttede digitale forløb kan hjælpe barnet eller den unge i gang med relevante øvelser, og digitale spørgeskemaer kan anvendes som forberedelse til den diagnostiske samtale og skabe en bedre opstart på behandlingen.



Under behandlingen kan digitale løsninger fungere som et terapeutisk supplement, enten som et parallelt iKAT-tilbud med feedback fra en fagperson eller som blanded behandling, hvor digitale øvelser og refleksioner indgår mellem samtaler. VR kan i stigende grad bruges som redskab til eksponering eller færdighedstræning i realistiske, men trygge situationer. Digitale løsninger giver også nye muligheder for at følge barnets eller den unges udvikling, fx gennem spørgeskemaer, dagbøger eller data fra smartphones og wearables. Det kan gøre det lettere at få øje på mønstre og reagere tidligt på tilbagefald.

Efter behandlingen kan digitale tilbud støtte barnet eller den unge i at fastholde fremskridt og i overgangen tilbage til hverdagen. Det kan fx være apps, der understøtter struktur, søvn eller øvelser fra behandlingen og giver barnet en oplevelse af mestring og kontrol.

Digitale løsninger kan ikke kun bidrage til selve behandlingen, men også spille en vigtig rolle i adgangen til hjælp. I flere lande – herunder Sverige, Finland, Australien og Canada – er der udviklet en såkaldt digital fordør: Én samlet

indgang til information, støtte og visitation, som giver børn, unge og deres forældre overblik og adgang til relevante tilbud. Målet er at gøre det lettere at finde vej, mindske ventetid og sikre, at flere får den rigtige hjælp i tide. 'Aftalen om sundhedsreform' rummer en tilsvarende vision i Danmark, men den konkrete løsning er endnu ikke realiseret³⁶. En sådan indgang kan styrke adgangen på to måder: Dels ved at øge mængden af behandling, der kan tilbydes inden for de samme terapeuttimer, dels ved at skabe transparens gennem brugervenlig, konsistent og dækkende information, der gør det lettere at finde vej i systemet – og som samtidig kan understøtte bedre sammenhæng på tværs af sektorer.



3. Hvor langt er vi i Danmark?



Danmark har de seneste år set et øget politisk fokus på digitale tilbud og deres potentiale ift. at adressere mentale helbredsproblemer, og der er etableret en række initiativer og udviklingsmiljøer. Men indsatsen er præget af fragmentering, og der mangler en samlet strategi for børn og unge-området. Det danske digitale hjælpelandskab domineres af rådgivningstilbud drevet af civilsamfundet, mens digitale behandlings-programmer kun findes i begrænset omfang. Der er dog flere lovende projekter i gang, især i den specialiserede psykiatri, og potentialet for udvikling er tydeligt. En bedre udnyttelse af digitale tilbud kræver en strategisk tilgang, hvor de anvendes som led i en sammenhængende og gradueret tilgang på tværs af alle grader af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

Dette afsnit sætter fokus på, hvor langt vi er i Danmark i forhold til udvikling og implementering af digitale tilbud til forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn og unge. Afsnittet starter med at beskrive de politiske rammer for digitale tilbud og giver dernæst et overblik over de konkrete indsatser, der allerede er implementeret, samt hvilke indsatser der bliver testet af i en dansk kontekst.

3.1 Politiske rammer for digitale tilbud

Der har længe været politisk opmærksomhed på digitale tilbud i sundhedsvæsenet. De hidtidige politiske initiativer på området har primært været rettet mod voksne, men må forventes at få betydning for den samme infrastruktur, som også skal understøtte indsatsen for børn og unge.

Allerede i 2012 fremlagde Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin³⁷. I 2013 fulgte strategien 'Digital velfærd: Nye muligheder for velfærds-samfundet', som pegede på teknologiens rolle i velfærdsudviklingen³⁸. Samme år fremhævede regeringens psykiatriudvalg i en rapport digitale tilbud som en mulighed for at styrke mestring og selvstændighed hos personer med psykisk sygdom³⁹.

Siden har flere tiltag videreført dette fokus. I '10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed' lægges der vægt på forebyggelse og tidlig indsats, hvor digitale tilbud nævnes som én vej til hurtigere og mere fleksibel hjælp⁵. Det afspejles også i 10-årsplanens mål og indikatorer til den årlige statusrapport, hvor det fremgår, at flere personer skal i digital eller virtuel behandling⁴⁰.

Det samme gælder opbygningen af det nye kommunale behandlingstilbud, som skal implementeres i alle kommuner. Her nævnes det blandt andet, at der er et potentiale i

internetbaserede behandlingsformer, og at det på sigt skal vurderes, om dette skal tænkes ind i tilbuddet¹⁴. I 'Hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien' nævnes det, at digitale tilbud skal implementeres og fungere parallelt med udredningen sammen med psykoedukation, støttende samtaler, familiebehandling og netværksmøder¹⁵.

Aftalen om 'Mere behandling i eget hjem' sigter mod at fordoble antallet af digitale forløb for mennesker med mental mistrivsel frem mod 2028, og lægger sig op ad et "digitalt og teknologisk først"-princip, en tilgang anbefalet af Robusthedskommissionen^{41,42}. Midler fra 'Mere behandling i eget hjem' går blandt andet til udviklingen af den Fællesoffentlig Behandlingsplatform, en ny digital it-infrastruktur, der skal understøtte fremtidens offentlige digitale terapi- og støttetilbud i regioner og kommuner. Den Fællesoffentlig Behandlingsplatform står klar i 2027 og vil i første omgang kunne tilbyde digitale støtte- og behandlingsforløb til danskere over 13 år via MitID. Der arbejdes på en løsning for børn, hvor en voksen logger på platformen for at få adgang til barnets forløb⁴³.

Af Sundhedsstrukturkommissionen fremgår det desuden, at digitale tilbud har et særligt potentiale til at løse kapacitetsudfordringer og sikre sammenhæng mellem sektorer⁴⁴. Foruden de nævnte politiske aftaler, kommissioner og reform eksisterer også offentlige enheder, der specifikt arbejder med digital psykiatri. Dette gælder



'Taskforce for digital psykiatri', der arbejder for at skabe bedre sammenhæng og fremdrift på området. Alle fem regionale psykiatrier deltager i denne taskforce, som har til formål at understøtte, koordinere og igangsætte udvikling, afprøvning og implementering af digitale løsninger, der skaber værdi for mennesker med psykiske lidelser. Taskforcen skal både arbejde med en fælles strategisk retning og adressere centrale udfordringer som regulering, sundhedsfaglig kvalitet, datasikkerhed og integration i eksisterende behandlingsforløb⁴⁵.

En anden central aktør er *Center for Digital Psykiatri*, som er placeret i Psykiatrien i Region Syddanmark. Centeret driver blandt andet Mindhelper, et digitalt lavtærskeltilbud målrettet børn og unge, der har det svært. Platformen indeholder artikler, råd, podcasts og redskaber om mental sundhed, og den er gratis og anonym at bruge. Statens Institut for Folkesundhed, SDU gennemfører i øjeblikket et lodtrækningsstudie for at afprøve effekten af Mindhelper. Centeret står også bag Internet-psykiatrien.dk, som tilbyder evidensbaseret internetbaseret behandling af let til moderat depression til borgere over 18 år. Behandlingen består af en videobaseret udredning og et 12-ugers online selvhjælpsprogram med skriftlig støtte fra en psykolog. Tilbuddet er landsdækkende og gratis. Der findes pt. ikke et tilsvarende landsdækkende tilbud til børn og unge under 18 år ud over CoolMinds, som er målrettet angst og kun for unge og forældre i Region Syddanmark og Region Hovedstaden. CoolMinds gennemføres som et lodtrækningsstudie og implementeres gradvist med varige midler i Region Syddanmark.

Politisk er der altså tydelige signaler om, at digitale tilbud skal spille en større rolle i fremtidens tilbud til børn og unge med mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom. Intentionerne er mange og gode, men i praksis er billedet præget af fragmentering. Fraværet af en samlet strategi for børn og unge betyder, at udviklingen ofte sker stykkevis og afhænger af NGO'er, midlertidige midler eller enkeltstående initiativer uden bred national opbakning.

For at sikre en mere koordineret og bæredygtig udvikling er der brug for et nationalt træk mod kvalitet, sikkerhed, infrastruktur og kendskab til eksisterende tilbud i befolkningen og blandt aktører i almen praksis, kommuner, regioner og frivilligtilbud. Der er blandt andet brug for et nationalt blik på de IT-mæssige barrierer, der begrænser udviklingen af området.

Danmark har som udgangspunkt en IT-infrastruktur i verdensklasse med gode muligheder for implementering af digitale tilbud. I udviklingen af den eksisterende IT-infrastruktur er børn og unge dog ikke altid tænkt ind fra start, og digital behandling til børn og unge (hvor det er koblet op på behandlingsansvar og CPR-nummer) giver fortsat udfordringer ift. adgang for den unge og inddragelse af forældre. En af udfordringerne ved den eksisterende IT-infrastruktur er anvendelsen af MitID som sikker adgang til behandlingssystemer. Børn og unge under 15 år (i nogle tilfælde 13 år) kan ikke få adgang på grund af manglende mulighed for MitID, og der mangler en fælles løsning for denne problematik. Det samme er tilfældet for adgang for forældre til unge over 15 år, som skal støtte deres barn i digitale forløb. De kan nogle gange få adgang via samtykke fra den unge på borger.dk, men det kræver, at den underliggende IT-infrastruktur kan håndtere det i de enkelte systemer.

Der er desuden udfordringer med tværsektoriel deling af data om barnet/den unge. Det betyder, at forældrene ofte skal bringe information og vigtig viden fra en sektor til en anden. Der er her behov for øget digital understøttelse af samarbejde og kommunikation i patientforløb på tværs af kommune og børne- og unge-psykiatri. Det handler om løsninger til tværsektoriel datadeling og fælles forpligtende anvendelse af MedCom-standarder^b. Og så handler det om at fjerne lovgivningsmæssige barrierer for datadeling på tværs af servicelov og sundhedslov.

^b: MedCom udarbejder nationale standarder, der skal følges i udviklingen og anvendelsen af sundheds-it i Danmark. Standarderne reguleres under Sundhedsdatastyrelsens governance for gældende it-standarder



3.2 Danske initiativer og udviklingsmiljøer

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport er der foretaget en kortlægning af digitale tilbud til forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn og unge, som er implementeret i Danmark. Formålet med kortlægningen er at skabe et fyldestgørende overblik over det eksisterende digitale hjælpelandskab for børn og unge med psykiske vanskeligheder i Danmark. Kortlægningen skal give et klart billede af, hvilke typer tilbud der findes, hvem der står bag dem, hvordan de anvendes i praksis, og i hvilket omfang de er forankret i sundhedsvæsenets almindelige drift. Den skal samtidig synliggøre, hvor der mangler tilbud, og hvor der er potentiale for udvikling eller udbredelse.

Kortlægningen viser, at der i Danmark kun findes meget få digitale tilbud til børn og unge i offentlig drift. Udviklingen af nye tilbud er i gang, men udbredelsen er begrænset. De eksisterende tilbud er samtidig præget af stor variation både i organisering, målgrupper og fagligt indhold. Der er identificeret 18 implementerede tilbud og tre indsatser under udvikling. Et samlet overblik over eksisterende tilbud og udviklingsmiljøer fremgår af Figur 1 og Appendix A.

BOKS 1

Vi har delt indsatser ind i fire kategorier:

- **Navigation:**
Platforme, der hjælper brugerne til at navigere i og vurdere kvaliteten af tilgængelige (både digitale og ikkedigitale) tilbud.
- **Information, selvhjælp og rådgivning:**
Lavtærskeltilbud, der er frit tilgængelige, anonyme og ustrukturerede. Der er ofte flere forskellige ressourcer såsom hjælp til selvhjælp, gode råd og vejviser til yderligere hjælp.
- **Digitale behandlingsprogrammer:**
Digitale behandlingsforløb baseret på kognitiv adfærdsterapi, som er struktureret i moduler og ofte er med støtte fra en fagprofessionel.
- **Teknologiunderstøttet behandling:**
Teknologi, der understøtter fremmødebehandling, fx VR.



Afgrænsning og metode for kortlægningen af danske tilbud

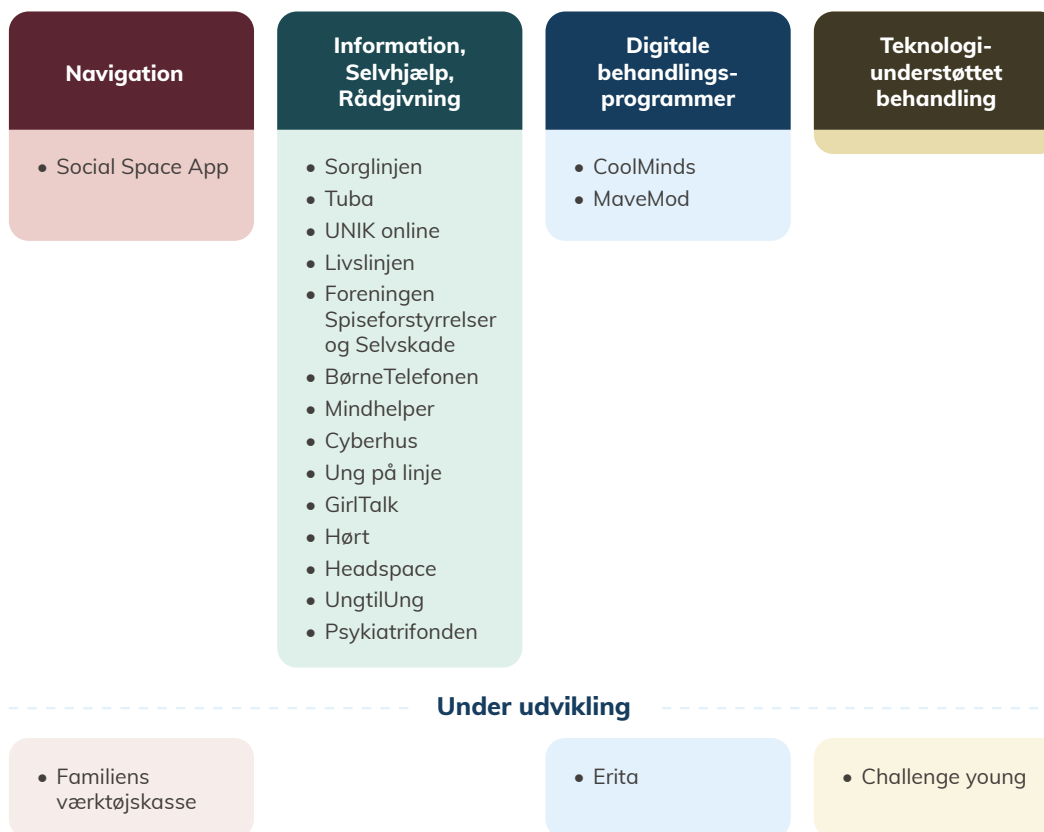
Kortlægningen omfatter danske digitale tilbud, hvor det digitale element er centralt i indsatsen, i drift og tilgængelige i praksis. Tilbuddene skal inkludere børn og unge som målgruppe, men behøver ikke være målrettet dem specifikt. Tilbud begrænset til én kommune/region eller med egenbetaling er ikke medtaget (se kommunalt overblik i Klindt et al. (2025)⁴⁶). Inkluderede tilbud rummer enten selvhjælpsværktøjer eller terapeutisk støtte. Selvhjælpstilbud er medtaget, hvis de indeholder strukturerede forløb med konkrete øvelser. Tilbud, der udelukkende består af informationsformidling (fx patienthåndbogen.dk) eller generel rådgivning uden fokus på mental sundhed (fx Sexlinjen, Slet Det), er fravalgt.

Det samme gælder konsultationer via Teams eller Zoom, da disse ikke udgør selvstændige digitale tilbud. Mentale sundhedsapps er samlet under tilbuddet Mindapps. Derudover er igangværende forskningsprojekter og tilbud under udvikling medtaget for at give indblik i kommende initiativer. Kortlægningen bygger på tidligere rapporter⁴⁶⁻⁴⁸ og egne søgninger via Google og ChatGPT. Derudover er viden indhentet gennem sparring med fagpersoner på området. Der tages forbehold for, at enkelte relevante tilbud kan være overset.

Se detaljeret metodebeskrivelse Appendix B.

Figur 1

Kortlægning af danske digitale tilbud



Implementerede tilbud

Der findes en række tilbud, som hovedsageligt er båret af civilsamfundsaktører og NGO'er. Ud af de 18 implementerede tilbud er 14 drevet af civilsamfundet, og fire er offentligt drevet. Langt de fleste organisationer tilbyder udelukkende onlinevejledning, oftest gennem en chatfunktion, mens to også har også onlinegrupper.

Tilbuddene giver mulighed for anonym, lettilgængelig støtte, som kan fungere som en tidlig indsats ved begyndende mentale helbredsproblemer. Fælles for de 14 indsatser forankret i NGO-sektoren er, at de er drevet af frivillige, at de ikke kræver henvisning og i udgangspunktet ikke er integreret i det egentlige behandlingssystem. De fire offentligt finansierede tilbud er Mindhelper, Mindapps og CoolMinds, som alle er drevet af Center for Digital Psykiatri, samt MaveMod som er drevet af Region Midtjylland.

Mindhelper er en digital platform, der henvender sig til unge mellem 13 og 25 år og indeholder artikler, videoer, podcasts og guides om alt fra kærestesorger til angst og selvskade. Mindhelper guider også videre til relevante hjælpetilbud, hvis der er behov for mere støtte. Platformen inkluderer appen Ro, som indeholder guidede øvelser og råd til stresshåndtering og kan bruges selvstændigt af den unge.

Mindapps er et app-bibliotek med mentale sundhedsapps, der er udvalgt og fagligt vurderet af Center for Digital Psykiatri. Biblioteket indeholder i øjeblikket 15 apps målrettet børn og unge (0–25 år) og dækker områder som søvn, angst, struktur i hverdagen, kriseplanlægning og mindfulness. Flere apps er gratis og kan bruges uden tilknytning til behandling, mens andre kan supplere et igangværende behandlingsforløb. Mindapps videreføres nu af sundhed.dk med siden Anbefalede apps⁴⁹, der er vurderet og anbefalet af Nævnet for Sundhedsapps under Lægemiddelstyrelsen.

CoolMinds er et digitalt behandlingstilbud til unge i alderen 12–17 år med let til moderat angst^{50–52}. Tilbuddet er udviklet af Center for Digital Psykiatri i samarbejde med Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge ved Aarhus Universitet. Tilbuddet er udviklet som led i et forskningsprojekt og fortsætter i drift til unge og deres familier, som er bosat i Region Syddanmark eller Region Hovedstaden.

CoolMinds består af en udredende samtale på video og efterfølgende 11 digitale moduler med øvelser og refleksioner, som den unge gennemfører over tid. Forløbet inkluderer skriftlig feedback fra en psykolog. Der er både et program til den unge og til forældrene. Ud over CoolMinds er der i øjeblikket ingen offentlige digitale behandlingsprogrammer målrettet børn og unge med lette til moderate symptomer.

MaveMod er et internetbaseret behandlingsforløb til børn og unge (8–17 år) med funktionelle mavelidelser i Region Midtjylland. Man kan henvises til behandlingen fra en børne- og ungeafdeling i regionen eller via en privatpraktiserende børnelæge. Programmet varer ti uger, bygger på eksponeringsbaseret kognitiv adfærdsterapi og indeholder separate moduler til børn, unge og forældre. Behandlingen foregår hjemmefra og kan tilpasses den enkeltes behov og hverdag. Deltagerne får ugentlig skriftlig feedback fra en behandler. Programmet er oprindeligt udviklet i Sverige^{53,54} og været en del af et dansk forskningsprojekt^{55,56,59}, som viser, at behandlingen reducerer mavesymptomerne og smerteintensiteten, samtidig med at den mindsker skolefravær og øger livskvaliteten.

Private aktører, såsom Falcks SundtSind, er begyndt at tilbyde digitale mentale sundhedsforløb mod betaling for unge over 18 år, hvilket tyder på en efterspørgsel, som ikke bliver mødt i det offentlige system.

Udvikling og forskning på området

Udover de 18 implementerede indsatser, som primært indeholder onlinerådgivning, har vi identificeret tre centrale forsknings- og udviklingsprojekter, hvor digitale løsninger afprøves som integrerede dele af behandlingen. Disse udviklingsprojekter finder alle sted i den specialiserede psykiatri og indeholder digitale behandlingsprogrammer eller teknologiunderstøttet behandling.

I Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland afprøves ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents), et digitalt støttet forløb til unge med selvskade. Programmet er oprindeligt udviklet i Sverige⁵⁷. ERITA tilbydes som supplement til standardbehandling og inkluderer også et forældreprogram. Projektet gennemføres i regi af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden⁵⁸.

Bedst for Os er et stort udviklingsprojekt i Region Nordjyllands børne- og ungdomspsykiatri, som løber fra 2024 til 2029. Projektet rummer flere digitaliseringsindsatser, der skal styrke indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. En af disse er arbejds pakken 'Familiens digitale værktøjskasse', som har til formål at udvikle en digital platform til at forbedre koordineringen af hjælp til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Platformen vil indeholde information og uddannelsesmateriale, videofunktioner, fælles planer, sikre skriftlig kommunikation via asynkrone beskeder samt mulighed for at måle trivsel, søvn og andre sundhedsparametre. Formålet er at gøre det lettere for familier at navigere i systemet og sikre hurtigere og bedre hjælp.

Under Bedst for Os hører også forskningsprojektet Challenge-YOUNG, støttet af Lundbeckfonden og udarbejdet af forskningsgruppen VIRTU. Projektet tester VR-baseret terapi til unge med hørehallucinationer og psykose, hvor en VR-avatar simulerer stemmen,

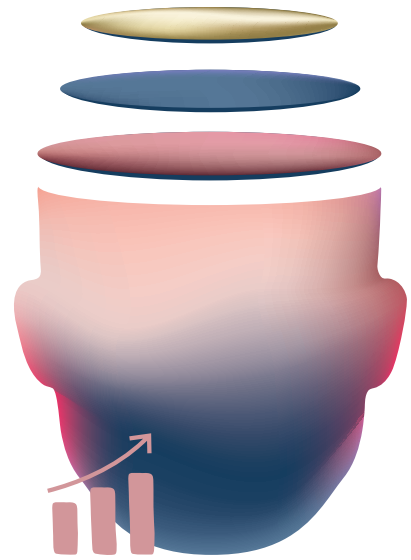


den unge hører, imens terapeuten guider en dialog mellem den unge og avataren. Projektet er landsdækkende og bygger videre på erfaringer fra voksenpsykiatrien⁶⁰. Inden for VR-teknologien er KHORA også en central aktør med flere forskningsprojekter med fokus på bl.a. behandling og diagnostik af psykiske sygdomme.

Samlet viser kortlægningen, at der i Danmark allerede findes en række digitale tilbud til børn og unge, men at omfanget stadig er meget begrænset i forhold til det samlede potentiale. De eksisterende tilbud er primært onlinerådgivning, ofte i form af chatfunktioner drevet af civilsamfundsaktører og NGO'er, og de er sjældent integreret i det offentlige behandlingssystem og der mangler en samlet langsigtet strategi. Der er kun to offentligt forankret digitale behandlingsprogrammer, CoolMinds, målrettet angst og tilgængeligt i Region Syddanmark og Region Hovedstaden, samt MaveMod, målrettet funktionelle maveproblemer og tilgængeligt i Region Midtjylland. På den baggrund kan det konkluderes, at den offentlige sektor indtil nu kun i meget begrænset omfang har omfavnet mulighederne inden for digitale tilbud målrettet børn og unge. Der er derfor et særligt behov for at udvikle og udbrede evidensbaserede digitale behandlingsforløb – fx iKAT altså internetbaseret kognitiv adfærdsterapi – som kan levere struktureret, målrettet behandling til børn og unge, og som kan integreres i det samlede behandlingssystem. Der er derfor et stort uudnyttet rum for at udbrede og systematisere brugen af digitale tilbud på tværs af målgrupper og behov.

Området har dog politisk bevågenhed, og der tegner sig et potentiale for at samle initiativerne i en mere sammenhængende retning.

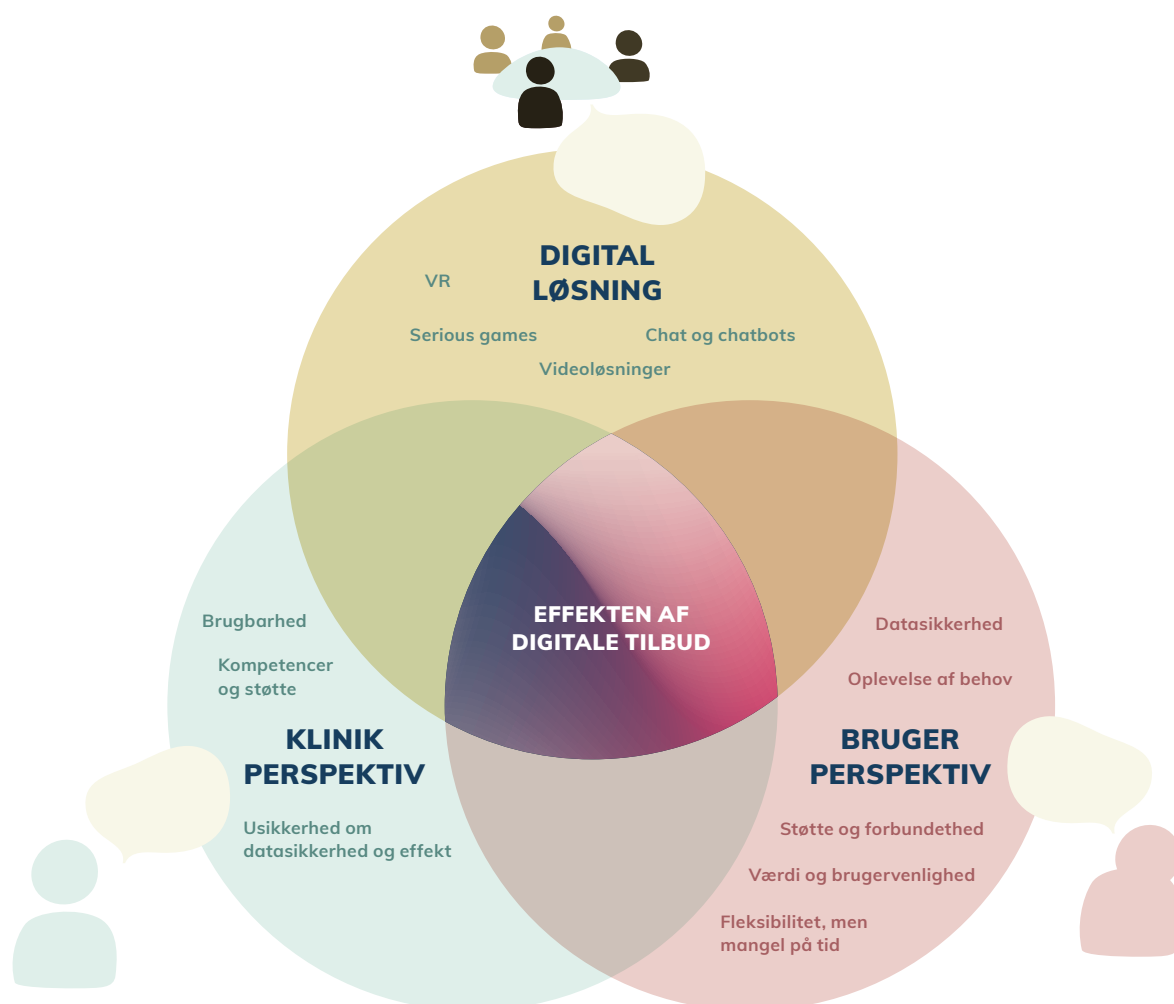
4. Hvad siger forskningen?



Det systematiske review af 87 videnskabelige studier viser, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi er den bedst dokumenterede digitale behandlingsform for børn og unge med angst og/eller depression, med medium effekt sammenlignet med ingen eller minimal behandling og på niveau med traditionel terapi. Andre formater som videoløsninger, chat/chatbots, serious games og VR viser lovende resultater, men mangler solid evidens. Forskningen i brugerperspektivet viser, at oplevet nytteværdi, brugervenlighed, forbundethed og fleksibilitet styrker børns og unges engagement i digitale behandlingstilbud og øger sandsynligheden for, at de gennemfører forløbet. Tekniske problemer, lav oplevet relevans og bekymringer om datasikkerhed hæmmer derimod engagementet. Fra de fag-professionelles side fremhæves brugbarhed, lettelse af arbejdet og fleksibilitet som drivkræfter, mens tvivl om effekt, manglende erfaring og fravær af organisatorisk støtte udgør centrale barrierer.

Dette afsnit belyser det internationale forskningslandskab inden for digitale tilbud baseret på evidensbaserede terapeutiske metoder for børn og unge med angst og depression. Det viser, hvilke typer digitale tilbud der ser ud til at være mest effektive for hvilke målgrupper, hvor evidensgrundlaget er stærkest, og hvor der fortsat er væsentlige videnshuller. Dette er gjort gennem et systematisk review, som er afgrænset til børn og unge med angst og/eller depression.

For at digitale behandlingstilbud kan fungere i praksis er det afgørende at forstå, hvad der er vigtigt for dem, der skal bruge tilbuddene (børn, unge og forældre), og dem, der skal levere dem (psykologer, terapeuter og andre fagprofessionelle). Derfor kigger dette afsnit også nærmere på hhv. brugerens og den fagprofessionelles perspektiv ud fra de nyeste systematiske afdækninger af området⁶¹⁻⁶⁴.



4.1 Systematisk afdækning af landskabet og effekt

Gennem et systematisk review af forskningslitteraturen har vi undersøgt følgende spørgsmål:

- 1) Hvad er der lavet inden for forskningslitteraturen vedrørende digitale mentale sundhedsinterventioner for børn og unge med angstlidelser og/eller depressive lidelser?
- 2) Hvad ved vi fra forskningslitteraturen om virkningen af digitale mentale sundhedsinterventioner på børn og unge med angstlidelser og/eller depressive lidelser?

Den systematiske litteratursøgning har fundet 87 relevante videnskabelige studier (se Boks 3 for en beskrivelse af screeningsprocessen). Af sammenfatningen af de relevante studier fremgår det, at der eksisterer en relativt omfattende litteratur på området, som spænder over en bred vifte af interventioner, målgrupper og metodiske tilgange. Særligt digitale behandlingsprogrammer baseret på kognitiv adfærdsterapi, iKAT, dominerer forskningsfeltet. Vi har også identificeret studier, som undersøger andre digitale interventionstyper såsom videoløsninger, serious games, chat/chatbots, VR og andre interventioner som opmærksomhedstræning og videobaseret eksponering. Disse interventionstyper er dog generelt mindre undersøgt, hvilket vanskeliggør entydige konklusioner om deres effekt og anvendelse i praksis.

Alle inkluderede studier varierer betydeligt på en række centrale parametre. Blandt andet interventionernes varighed, antal moduler eller sessioner, graden af forældreinvolvering, terapeutkontakt, målgruppe samt typen af digitalt værktøj. Den store grad af variation gør, at det for det meste kan være vanskeligt at skabe klar



evidens for en enkelt metode (iKAT undtaget), hvilket peger på et felt i hurtig udvikling, som forsøger at følge med den teknologiske udvikling. Generelt ser vi, at det er de lette til moderate tilstande, der er undersøgt, hvilket må tages i betragtning i fortolkningen af resultaterne.

Metode og screeningproces

Dette systematiske review følger PRISMA-retningslinjerne og er registreret i PROSPERO (CRD42025646737). Der er søgt i PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, Scopus, Web of Science og ERIC med søgeord relateret til angst, depression og digitale interventioner for børn og unge. Søgningen blev afgrænset til engelske, peer-reviewede artikler fra de seneste 20 år. Studierne undersøgte digitale behandlinger af angst og depression hos unge under 24 år baseret på psykoterapeutiske metoder. Forebyggende eller udelukkende psykoedukative studier blev fravalgt.

Udvælgelsen foregik i to faser:

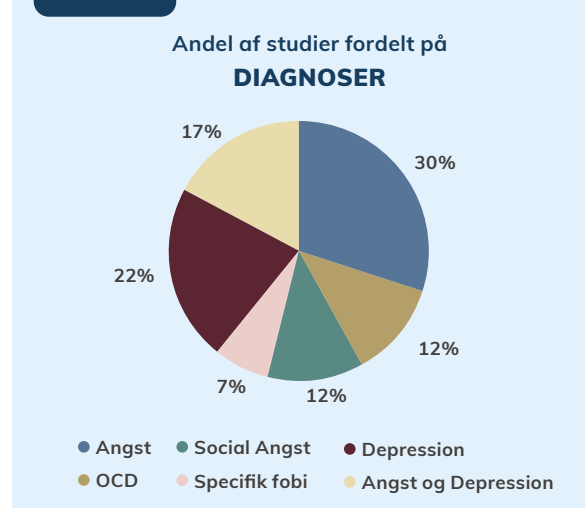
Først blev titler og abstracts screenet af to uafhængige reviewere. Derefter blev relevante fuldtekstartikler vurderet ud fra fastsatte inklusions- og eksklusionskriterier. Uenigheder blev løst ved diskussion. Dataekstraktionen blev ligeledes udført af to uafhængige reviewere ved hjælp af en standardiseret skabelon. Arbejdet er ikke fagfællebedømt, men reviewet, og metaanalysen vil blive publiceret i et internationalt fagfællebedømt videnskabeligt tidsskrift inklusiv RoB2-analyse.

Søgningen gav 12.991 artikler, hvoraf 4.576 dubletter blev fjernet. Af de 8.415 resterende blev 262 gennemgået i fuldtekst og 87 inkluderet i reviewet. Hyppigste eksklusionsårsager var voksenpopulation⁵³ og forkert patientgruppe⁴⁹. Se Appendix C for yderligere beskrivelse af metode og screeningsproces.

Oversigt over inkluderede studier

De 87 inkluderede studier varierer i design, geografisk oprindelse, klinisk fokus og typen af digital intervention (se en detaljeret beskrivelse af hvert enkelt studie i Appendix D). 61 studier var lodtrækningsforsøg med sammenligningsgruppe, mens 17 var kohortestudier uden kontrolgruppe. Derudover indgik opfølgingsstudier, faktorielle design, ikke-randomiserede sammenligningsstudier, retrospektive longitudinelle observationsstudier og multiple baseline-design. Studierne har en bred geografisk spredning, flest fra Sverige (21) efterfulgt af Australien og USA (hver 14). Storbritannien, Canada, Kina og Holland bidrog hver med fire til fem studier. Derudover var der enkelte bidrag fra lande som Danmark, Tyskland, New Zealand, Spanien, Iran, Finland, Irland, Malaysia, Mexico, Norge, Sydkorea og Sydafrika.

FIGUR 2



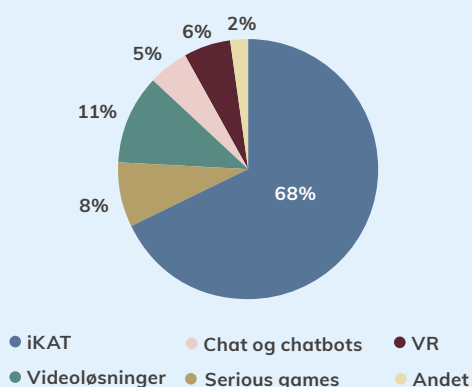
Angstlidelser er de hyppigst undersøgte lidelser, hvor i alt 51 studier indgik. 25 studier er transdiagnostiske inden for angstlidelserne, 10 var specifikt rettet mod OCD, 10 mod social angst og seks mod specifikke fobier. 19 studier omhandler depression, og 14 studier undersøgte interventioner rettet mod både angst og depression (se Figur 2).

De resterende tre studier er opfølgingsstudier og er derfor ikke taget med, da de i så fald ville blive talt dobbelt.

Den mest udbredte interventionstype var internetbaseret behandling (60 studier). Denne kategori indeholder interventioner, der er bygget op omkring strukturerede onlinemoduler forankret i kognitiv adfærdsterapi. Videoløsninger er anvendt i 10 studier. Spilbaserede interventioner blev undersøgt i seks studier, VR blev anvendt i fem studier, mens chatbaseret behandling, inklusiv chatbots, indgik i fire studier (se Figur 3). Der var to studier, som benyttede andre former for digitale løsninger, der ikke faldt ind under de øvrige kategorier.

FIGUR 3

**Andel af studier fordelt på
INTERVENTIONSTYPER**



De fleste studier havde fokus på unge i alderen 13–17 år (45 studier) efterfulgt af børn i alderen 6–12 år (24 studier) og unge voksne 18–24 år (14 studier). Et studie fokuserede på små børn mellem 0–5 år. Igen er de tre opfølgingsstudier ikke medtalt.

Kønsfordelingen viser en overvægt af piger i 52 studier (>60 %), 25 studier havde en omtrentlig lige kønsfordeling (40–60 %), og seks studier havde en overvægt af drenge (<40 %). Ud over de tre opfølgingsstudier angiver et studie ikke kønsfordeling. Dvs. at vi generelt ser en overvægt af piger i studierne, men det undersøges, om

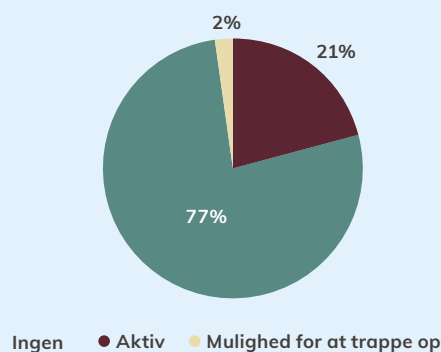
effekten er anderledes mellem drenge og piger. Endvidere er det ikke undersøgt i disse studier, om andre kønslige identifikationer har brug for andre elementer i behandlingerne eller har anderledes effekt af dem.

De fleste studier havde en varighed på 5 til 10 uger (39 studier). I 29 studier var behandlingstiden over 10 uger, mens den i fem studier var på 1 til 4 uger. Igen, foruden de tre, har 11 studier ikke angivet behandlingslængden.

Der var en tydelig tendens til aktiv terapeutinvolvering. 62 studier inkluderede en form for terapeutkontakt, enten gennem beskeder, opkald, feedback via platformen eller videosamtaler. 17 studier inkluderede ingen terapeutstøtte, mens to studier tilbød mulighed for at blive trappet op til terapeutisk støtte ved behov (se Figur 4). Foruden opfølgingsstudierne angav tre studier ikke niveauet af støtte.

FIGUR 4

**Andel af studier fordelt på
TERAPEUTKONTAKT**



Forældreinvolvering varierede afhængigt af målgruppen og interventionens opbygning. I 39 studier var der ingen involvering af forældre. Ni studier havde minimal involvering, fx i form af information eller støtte til hjemmetræning. I 27 studier deltog forældrene aktivt, enten som med-deltagere eller som støttepersoner i behandlingen. Fem studier var specifikt rettet mod forældre, fx med fokus på forældrestrategier. Herudover de tre opfølgingsstudier og fire

studier, der ikke opgav niveauet af forældreinvolvering. Egentlige forældreinterventioner, hvor terapien er designet til at støtte og uddanne forældre i at hjælpe deres børn, er relativt lidt belyst, og udgør ca. 6 % af studierne. De anvendes primært til de yngste børn, mens enkelte studier har afprøvet metoden til ældre børn – dog med begrænset eller ingen effekt.

Effekt af interventionstyper

På grund af stor variation i studiedesign, målgrupper, interventionstyper og effektmål har det ikke været muligt at præsentere en samlet effektvurdering. I stedet præsenteres resultaterne opdelt efter type af intervention: *Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi*, *Serious games*, *Videoløsninger*, *Chat* og *chatbots*, *VR* og *Andre interventioner*. På grund af det store antal studier⁶⁰ inden for iKAT er der lagt særlig vægt på denne behandlingsform. Den større mængde data muliggør mere præcise analyser, herunder forventet effektstørrelse i fremtidige replikationsstudier og subgruppeanalyser af forskellige diagnoser.

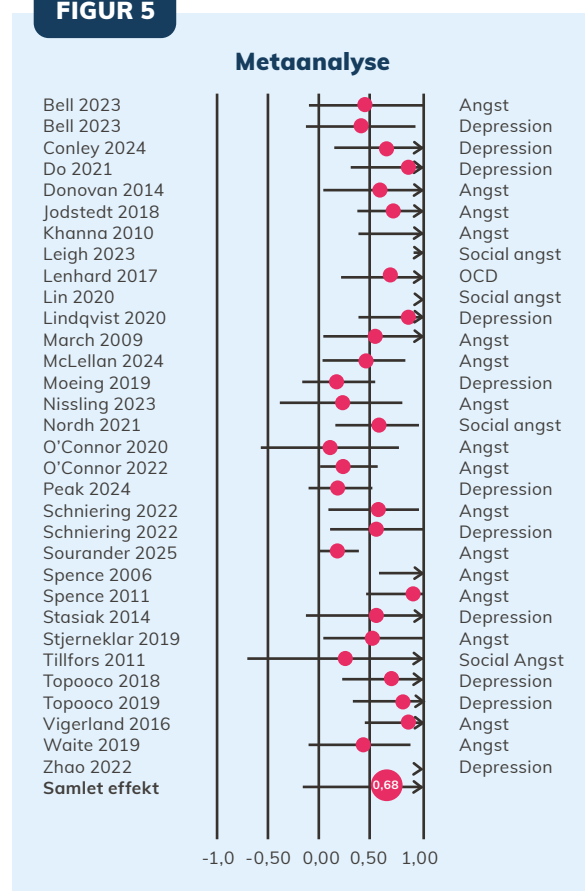
Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi (iKAT)

Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi er undersøgt i 60 studier med forskellige metodiske tilgange. Blandt disse er 30 lodtrækningsstudier, som sammenligner internetbaseret behandling med venteliste eller en minimal aktiv kontrolbetingelse (fx psykoedukation), dvs. sammenligningen er ingen eller minimal behandling, 11 sammenligner med KAT eller 'treatment as usual' (TAU), 13 er kohortestudier uden kontrolgruppe, tre studier har faktorielt design, og tre er langtidsopfølgingsstudier. Enkelte studier bidrager med flere målinger, eksempelvis ved undersøgelse af både angst og depression eller ved anvendelse af flere behandlingsbetingelser.

Analysen af de 30 lodtrækningsstudier, der sammenligner med ingen eller minimal behandling, viser en gennemsnitlig effektstørrelse (Cohen's d) på 0,68 (95 % CI: 0,52–0,84), hvilket svarer til

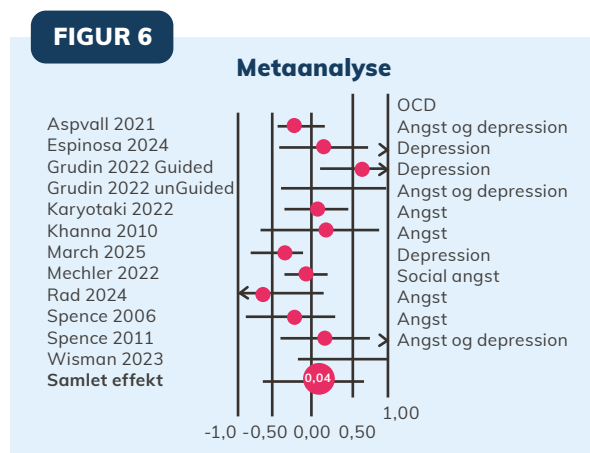
en medium effekt. Det betyder, at størstedelen af børn og unge, der får tilbudt iKAT, sammenlignet med ingen eller minimal behandling, vil opleve reduktion i deres symptomer. Figur 5 viser et overblik over effekten fundet i hvert enkelt studie samt den overordnede effekt. Hvis man følger Cohen's tommelfingerregel om effektstørrelser (0,2 = lille, 0,5 = medium, 0,8 = stor), viser 10 studier stor effekt, 11 studier viser medium effekt, syv studier viser lille effekt, og fire studier viser ingen eller meget lille effekt. Vi finder ingen nævneværdig forskel på denne gennemsnitlige effekt på tværs af diagnoser bortset fra social angst, hvor effektstørrelsen er $d = 1,53$ (95 % CI: 0,25–2,80), hvilket indikerer en meget stor effekt (dog er dette kun baseret på fire studier).

FIGUR 5



Note: Metaanalyse af 30 lodtrækningsstudier, der sammenligner iKAT med ingen eller minimal behandling. Den samlede effektstørrelse er $d = 0,68$.

De 11 lodtrækningsstudier med TAU eller KAT som kontrolbetingelse viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,04$ (95 % CI: -0,16 til 0,24), hvilket svarer til ingen eller meget lille forskel mellem grupperne. Det betyder, at iKAT i gennemsnit er lige så effektive som anden terapeutisk behandling til børn og unge. Figur 6 viser et overblik over effekten fundet i hvert enkelt studie. Sammenlignet med sædvanlig behandling. Syv studier viser ingen eller meget lille effekt, et studie viser en lille effekt til fordel for kontrolbetingelsen, et studie viser medium effekt i favør af kontrol, et studie viser medium effekt til fordel for iKAT og to studier viser stor effekt til fordel for iKAT.



Note: Metaanalyse af 11 lodtrækningsstudier, der sammenligner iKAT med KAT eller TAU. Den samlede effektstørrelse er $d = 0,04$.

De 13 kohortestudier uden kontrolgruppe viser en gennemsnitlig effektstørrelse fra før til efter behandling på $d = 1,2$ (95 % CI: 0,89–1,53), hvilket svarer til en stor effekt. To studier viser medium effekt, og 11 studier viser stor effekt.

Tre langtidsopfølgingsstudier undersøger variationer i internetbaseret behandling, herunder terapeutisk støtte, læringsstøtte, social støtte og belønningssystemer. Et studie finder ingen forskel mellem en varierende tilgang og konstant terapeutisk kontakt, mens et andet viser, at både social støtte og "tab af point" ved manglende opgaveløsning har en medium

positiv effekt. Det tredje studie peger på, at læringsstøtte kan have en stor positiv effekt på behandlingsudbyttet.

Serious games

Serious games er undersøgt i syv studier, hvoraf et også indgår under kategorien videoløsninger. Blandt de syv studier er tre lodtrækningsstudier med venteliste eller aktiv kontrol, to er lodtrækningsstudier med KAT eller TAU som kontrol, og to er kohortestudier uden kontrolgruppe.

De tre studier med venteliste eller aktiv kontrol viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,50$ (CI er ikke opgivet grundet få studier), svarende til en medium effekt. To studier viser lille effekt, og et studie viser stor effekt. Af de to studier med TAU/KAT som kontrol er der kun opgivet data for det ene, hvor 3D-computer-spillet SPARX viser en effektstørrelse på $d = 0,11$ svarende til ingen eller meget lille forskel mellem SPARX og TAU. De to åbne studier uden kontrolgruppe viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,48$, svarende til en lille til medium effekt. Et studie viser lille effekt, og et studie viser medium effekt.

Videoløsninger

Videosamtaler er undersøgt i 10 studier, fire studier med venteliste eller aktiv kontrol, et med KAT som kontrolgruppe og fem åbne studier uden kontrolgruppe. De fire studier med venteliste eller aktiv kontrol viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,84$ (95 % CI: 0,08–1,61), svarende til en stor effekt. To studier viser en lille effekt, et studie viser medium effekt, og et studie viser stor effekt. Studiet med KAT som kontrol viser en effektstørrelse på $d = -0,09$, hvilket indikerer ingen eller meget lille effekt i favør af KAT. De fem kohortestudier uden kontrolgruppe viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,90$ (95 % CI: 0,42–1,39), svarende til en stor effekt. Et studie viser lille effekt på både angst og depression, et studie viser medium effekt, og tre studier viser stor effekt.



Chat og chatbots

Chatbaserede interventioner, herunder brug af chatbots, er undersøgt i fire studier, alle med venteliste eller aktiv kontrol som sammenligningsgrundlag. Den gennemsnitlige effektstørrelse er $d = 0,74$ (95 % CI: $0,41 - 1,06$), svarende til en medium effekt. Et studie viser lille effekt, to studier viser henholdsvis medium og stor effekt på forskellige parametre, og et studie viser stor effekt.

Virtual reality (VR)

Virtuel reality er undersøgt i fire studier, tre med venteliste, et med social effektivitetstræning som kontrolbetingelse og et kohortestudie uden kontrolgruppe. De to med venteliste viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,50$, svarende til en medium effekt. Et studie viser lille effekt, og et studie viser stor effekt. Studiet med social effektivitetstræning som kontrolbetingelse viser en effektstørrelse på $d = 0,40$ til fordel for VR-behandling. Kohortestudiet viser en effektstørrelse på $d = 0,82$, svarende til en stor effekt.

Andre interventioner

To studier falder uden for de overordnede kategorier. Rubin et al. (2025) undersøger eksponering ved brug af videofilm med forskellige former for opmærksomhedskontrol og finder varierende effektstørrelser⁶⁵. Waters et al. (2016) undersøger opmærksomhedstræning med venteliste som kontrolbetingelse og finder en effektstørrelse på $d = 0,87$, svarende til en stor effekt.

Analysen viser generelt en positiv behandlingseffekt på symptomer på angst og depression hos børn og unge, men effekten varierer afhængigt af interventionstype, studiedesign og diagnose.

Den mest veldokumenterede interventionstype, iKAT, viser en gennemsnitlig effektstørrelse på $d = 0,68$ i lodtrækningsstudier med venteliste eller aktiv kontrol, hvilket svarer til en medium effekt. Denne gennemsnitlige effekt skal desuden sammenholdes med, at der i gennemsnit ikke ses nogen forskel på internetbaseret terapi og TAU/ansigt-til-ansigt-terapi ($d = 0,04$). Til sammen danner dette et argument for, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi er effektivt til børn og unge med angst og/eller depression. Dog ses en betydelig variation i kvaliteten af studierne, og der er behov for flere studier af høj kvalitet og med flere deltagere.

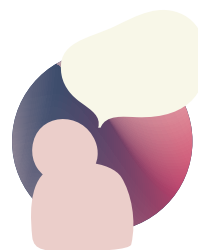
Fx er det vigtigt at bemærke, at TAU ikke er entydigt defineret i de inkluderede studier. I nogle tilfælde indebærer TAU aktiv behandling, fx KAT, mens det i andre tilfælde betyder, at deltagerne ikke modtager nogen behandling. Denne usikkerhed gør det vanskeligt at tolke resultaterne entydigt og understreger behovet for mere præcise beskrivelser af kontrolbetingelser i fremtidig forskning. Desuden er der behov for flere studier af høj kvalitet med flere deltagere for at kunne foretage flere og mere detaljerede undersøgelser af subgrupper og sammenligninger af fx hvilken støtte til hvilke aldersgrupper og køn samt eventuelt andre variable.

Effekten er nogenlunde ens for angst ($d = 0,53$) og depression ($d = 0,64$), mens social angst skiller sig ud med en meget høj effekt ($d = 1,53$). Selvom det sidste kun er baseret på fire studier, tyder det på, at visse lidelser, som social angst, kan være særligt modtagelige for digitale formater, der er skræddersyede til diagnosen.

Det skyldes muligvis, at den tilbyder en tryk og fleksibel ramme for eksponering og træning, som reducerer den sociale belastning, der ofte er forbundet med fysisk fremmøde. Samtidig viser andre interventionstyper mere blandede resultater for denne målgruppe. Fx viser Comer et al. (2021), at brugen af videosamtaler til behandling af social angst kun har en lille effekt⁶⁷. Omvendt viser Beidel et al. (2021), at brugen af VR til social træning giver bedre resultater end social effektivitetstræning ansigt-til-ansigt⁶⁸. Disse variationer tyder på, at der er behov for præcisionsbehandling efter det enkelte barns eller unges menneskes behov. Denne type digitale interventioner er under udvikling og afprøvning på voksenområdet, blandt andet understøttet af kunstig intelligens⁶⁹. Det er oplagt, at det også bør undersøges ift. børn og unge.

Kohortestudier uden kontrolgruppe viser en højere gennemsnitlig effektstørrelse ($d = 1,21$) end kontrollerede studier ($d = 0,68$). Disse resultater skal dog tolkes med forsigtighed, da de ikke kontrollerer for andre variable, der kan spille ind, såsom spontan remission. Det er derfor sandsynligt, at effektstørrelsen i disse studier overestimeres. Dog indikerer det, at deltagerne oplever betydelige forbedringer over tid. De andre digitale interventionstyper har færre lodtrækningsstudier, og resultaterne skal derfor tolkes med forbehold. Videoløsninger viser samlet set en stor effekt og understreger potentialet i synkron, digital kontakt med terapeuter. Chat og chatbots, serious games og VR viser medium effekt, men med stor variation i effektstørrelser. Det peger på behovet for yderligere forskning for at kunne vurdere deres effekt og anvendelighed mere præcist.

Analysen viser samlet, at særligt internetbaseret behandling er forholdsvist veldokumenteret som effektiv behandling af angst og depression til børn og unge. Men hvad siger brugerne og de fagprofessionelle, der skal levere tilbuddene? I de følgende afsnit præsenteres centrale facilitatorer og barrierer set fra henholdsvis brugerens og den fagprofessionelles perspektiv. Tematikkerne er udvalgt med udgangspunkt i Ho et al. (2025), der sammenfatter resultater fra en lang række (69) studier på området⁶¹.



4.2 Brugerens perspektiv

Oplevelse af værdi, relevans og brugervenlighed

Ifølge Ho. et al. (2025) er oplevelsen af nytteværdi den mest udbredte facilitator for børn og unges engagement i digitale tilbud til mental sundhed, altså at programmet opleves som hjælpsomt og relevant⁶¹. Når indholdet af det digitale tilbud giver mening for brugeren og bidrager til bedre forståelse for udfordringerne, eller leder til færre symptomer, øger det både motivation hos og fastholdelse af de unge.

Tekniske problemer og lav brugervenlighed nævnes til gengæld som barrierer. Når tilbuddet er svært at navigere i, eller der opstår tekniske fejl, falder engagementet hurtigt. Programmer, der er teknisk velfungerende, visuelt tiltalende og designet med afsæt i målgruppen, opleves som mere engagerende. Det gælder især, når sprog, funktioner og layout matcher brugernes alder og behov^{61,70}. Flere studier peger bl.a. på, at meget tekst kan være en barriere for engagement, og at det for nogle også kan være en udfordring at udtrykke følelser på skrift^{61,64}. Derfor er fokus

på variation i formater – både i formidling og i måden, brugeren interagerer med programmet – vigtig for at fastholde engagementet.

Dette viser vigtigheden af at inddrage børn og unge i udviklingen af digitale tilbud. Når børn og unge er med til at pege på, hvad der virker, hvad der mangler, og hvad der føles rigtigt, så får vi værktøjer, der passer bedre til deres virkelighed og dermed større mulighed for succes med digitale tilbud.



Oplevelse af støtte og forbundethed

Den næstmest udbredte facilitator er følelsen af forbundethed, altså muligheden for at opleve kontakt med andre. Det kan enten være kontakt med en terapeut eller facilitator, men også genkendelse og spejling i andre unge med lignende erfaringer. Af Ho et al. (2025) fremgår det, at halvdelen af de inkluderede studier nævner forbundethed som en central drivkraft for engagement⁶¹. Det viser, at relationer – også i digital form – kan skabe tryghed og motivere brugeren til at gennemføre forløbet.

Dette bakkes op af flere studier, der viser, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi har størst effekt, når forløbet støttes af en fagperson^{17,71,72}. Samtidig tyder nyere studier på, at den terapeutiske alliance mellem bruger og terapeut godt kan opretholdes i et digitalt format uden ansigt-til-ansigt-kontakt mellem bruger og terapeut^{73,74}.

Høj fleksibilitet – men mangel på tid i hverdagen

Derudover nævnes fleksibilitet som en facilitator for børn og unges engagement. Det er afgørende, at et digitalt tilbud er let at tilgå, kan bruges i eget tempo og passer ind i hverdagen. Dog løser den øgede fleksibilitet ikke alle problemerne vedr. tilgængelighed, da det kan være svært at få digitale tilbud til at passe ind i en travl hverdag. Mange nævner travlhed og mangel på tid som en væsentlig barriere for at bruge digitale tilbud⁶¹. Samtidig kan den store fleksibilitet også have en bagside, idet fraværet af faste og afgrænsede rammer – som følger af fysiske møder eller mere strukturerede formater – kan føre til, at tilbudene nedprioriteres eller ikke gennemføres. Det viser, at fleksibilitet er en vigtig styrke ved digitale tilbud, men at den samtidig kan blive en udfordring, hvis den ikke balanceres med tydelige rammer og struktur. Digitale tilbud skal fra starten være designet med henblik på at kunne integreres i hverdagen på balanceret vis, hvis de skal fastholde brugerens engagement over tid.

Oplevelse af behov

En af de mest gennemgående barrierer for børn og unges brug af digitale behandlingstilbud er ifølge Ho et al. (2025) lavt oplevet behov⁶¹. Hvis unge vurderer, at de ikke har brug for hjælp, eller de har svært ved at se, hvordan et digitalt tilbud kan gøre en forskel, så mister de også motivationen til at bruge det.

Hvis man ikke oplever at have et problem – eller har svært ved at tro på det digitale format – giver det sjældent mening at bruge tilbuddet. Der skal altså være en oplevelse af nytteværdi forbundet med tilbuddet. Derfor bør digitale tilbud ikke stå alene, men indgå som én blandt flere mulige veje til hjælp, og altid tage udgangspunkt i brugerens behov og præferencer.

Datasikkerhed og troværdighed

Ligeledes spiller bekymringer om datasikkerhed og troværdighed en rolle. Ho et al. (2025) nævner, at usikkerhed om, hvor informationen lagres, og hvem der har adgang til den, kan skabe utryghed⁶¹. Hvis man som bruger ikke føler sig tryk ved, hvordan data håndteres – eller tvivler på, om programmet overhovedet virker – kan det føre til, at man aldrig kommer i gang. Danmark råder over en stærk digital infrastruktur, hvilket forpligter til en ansvarlig og sikker håndtering af data; det er afgørende, at dette også tydeligt kommunikeres til både brugeren og den fagprofessionelle for at skabe tillid og tryghed.

Forældreinvolvering

Forældreinvolvering spiller en vigtig rolle i digitale tilbud til børn og unge, da det både kan styrke engagement og behandlingens effekt. Forskning viser, at når forældre deltager aktivt og støtter deres barn under behandlingen, oplever både de unge og forældrene det ofte som positivt og værdifuldt⁷⁵. Forældrene lærer, hvordan de bedst kan støtte deres barn, samtidig med at relationen mellem forældre og barn styrkes. Denne involvering kan øge barnets motivation og hjælpe med at skabe struktur i hverdagen, så de terapeutiske teknikker trænes og omsættes til hverdagslivet.

Den mest udbredte facilitator for forældrenes engagement i deres børns digitale behandling er, om forældrene oplever tilbuddet som hjælpsomt for deres barn. De mest udbredte barrierer er bekymringer om, hvorvidt programmet virker, om der er tilstrækkelig beskyttelse af privatlivet, eller om børn og unge kan risikere at blive afhængige af internettet⁶¹.

Der kan dog også være udfordringer ved forældreinvolvering. Nogle unge oplever, at forældrenes deltagelse kan føles som kontrol eller som et indgreb i deres selvstændighed⁷⁶. Bekymringer om privatliv kan også spille en rolle, især hvis forældrene får adgang til detaljer om barnets psykiske udfordringer og fremskridt⁶¹. Derfor er det vigtigt, at digitale tilbud udvikles

med en klar strategi for, hvordan og i hvilket omfang forældre involveres. Det kan fx betyde, at forældrene får adgang til generel information og vejledning om behandlingen, men ikke nødvendigvis får indsigt i specifikke terapeutiske øvelser, medmindre den unge samtykker⁷⁶. På den måde kan der skabes en balance mellem støtte og selvstændighed, der tager højde for barnets eller den unges udviklingstrin, så forældreinvolvering styrker engagementet og bidrager positivt til behandlingens effekt med respekt for barnets og den unges udvikling af selvstændighed.



4.3 Den fagprofessionelles perspektiv

Hvis digitale tilbud skal integreres i sundhedssystemet på en meningsfuld og varig måde, er det afgørende at forstå, hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer de fagprofessionelles engagement.

Oplevet brugbarhed

Den mest udbredte facilitator er oplevelsen af, at programmet gør en reel forskel – både for de unge og for den fagprofessionelle selv. Når fagprofessionelle ser, at interventionen har en positiv effekt for de unge, og samtidig oplever, at den understøtter deres praksis og letter arbejdet, øges tilbøjeligheden til at bruge programmet aktivt⁶¹.

Fleksibilitet og brugervenlighed nævnes også som vigtige faktorer. Den digitale form giver mulighed for at tilbyde hjælp på tværs af tid og sted, hvilket gør det lettere at nå unge, der ellers kan være svære at engagere. Programmernes struktur og opbygning spiller også en rolle:

Hvis tilbuddet er intuitivt og nemt at bruge, og hvis indholdet er tilstrækkeligt standardiseret til at lette forberedelsen af sessioner, bliver det mere overskueligt for de fagprofessionelle at integrere den digitale intervention i deres daglige arbejde⁶¹.

Bekymring om effekt og datasikkerhed

En væsentlig barriere opstår, når der er bekymringer om selve interventionens virkning og sikkerhed. Flere studier peger på, at fagprofessionelle kan være usikre på, om de digitale programmer reelt hjælper de unge, og om de i værste fald kan være skadelige eller utilstrækkelige. Hertil kommer udbredte bekymringer om datasikkerhed og brugernes fortrolighed, særligt når det gælder følsomme oplysninger og anonym kommunikation på digitale platforme⁶¹.

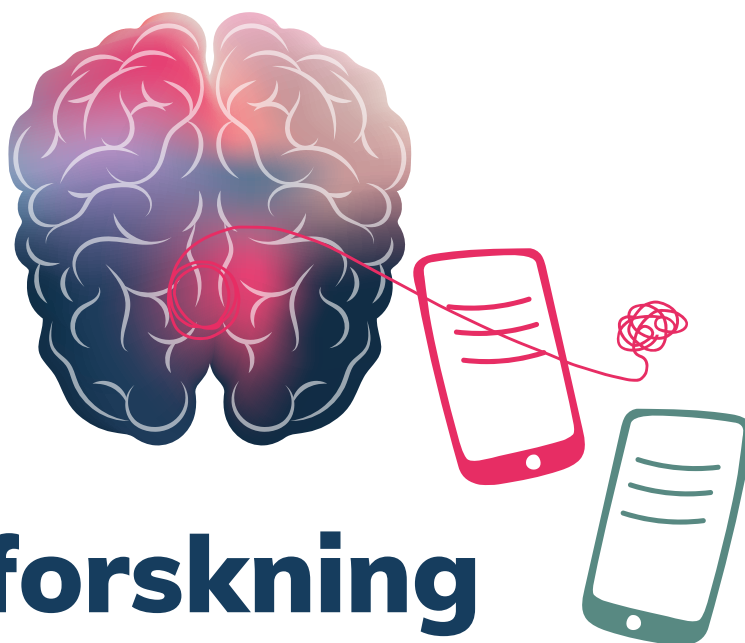
Oplevede kompetencer og organisatorisk støtte

Flere studier viser, at de fagprofessionelle kan føle sig usikre i brugen af digitale tilbud, og de mangler selvtillid i forhold til at levere støtte online. Når erfaringen med digitale interventioner er begrænset, og når det digitale ikke er naturligt integreret i den daglige praksis, bliver det vanskeligere at engagere sig i nye tilbud⁶¹. Derfor er et centralt forhold tilstrækkelig organisatorisk støtte og adgang til relevant træning. De fagprofessionelles digitale engagement styrkes, når de har mulighed for at opbygge erfaring og får hjælp til at integrere nye værktøjer i hverdagen. Her spiller både ledelsesmæssig opbakning, teknisk infrastruktur og tydelige retningslinjer en væsentlig rolle. Tidligere erfaring med digitale tilbud og digitale kompetencer gør det nemmere at tage nye tilbud til sig – men det forudsætter, at rammerne er på plads.

Ud over disse hovedpunkter nævnes også andre forhold, som kan virke hæmmende. Det gælder fx et dårligt match mellem programmets indhold og de fagprofessionelles arbejdsgange, risikoen for kedsomhed i meget strukturerede forløb og generelle administrative barrierer, især når der

er svag koordinering blandt medarbejdere⁶¹. Dette peger på vigtigheden af også at inddrage de fagprofessionelle i udviklingen og ikke mindst implementeringen af digitale løsninger. Hvis de fagprofessionelle oplever, at deres hverdag bliver nemmere eller mere meningsfuld, er der også større sandsynlighed for, at disse værktøjer kan omsættes i praksis med en bevaret positiv effekt for børn, unge og deres familier.





5. Fra forskning til praksis

Den internationale kortlægning viser, at flere lande er i gang med at implementere dokumenterede digitale behandlingstilbud til børn og unge. Særligt Australien, USA og Storbritannien er langt fremme, og i den nordiske kontekst er Sverige kommet længst. Erfaringerne viser, at digitale tilbud kan indgå som del af den samlede indsats og understøtte en gradueret tilgang, men at implementering er en udfordrende proces, der kræver løbende opfølgning og tilpasning. Særligt fremhæves det, at evidens, inddragelse af brugere og fagprofessionelle samt støttet behandling er afgørende.



Note: Kortlægningen af implementerede evidensbaserede digitale tilbud.

Det systematiske review (afsnit 4.1) viser, at digitale behandlingsprogrammer baseret på kognitiv adfærdsterapi for børn og unge med symptomer på angst eller depression er effektive til at mindske symptomer, på niveau med traditionel fremmøde behandling. Men hvordan bliver den viden omsat til konkrete tilbud i praksis?

For at besvare det spørgsmål har vi foretaget en kortlægning af internationale digitale tilbud, som er implementeret i forskellige sundhedssystemer. Formålet er at give et meningsfuldt overblik over tilbud, der kan inspirere arbejdet med digitale tilbud i Danmark, både hvad angår indhold, tilgængelighed og organisering.

Tilbuddene spænder fra lavintensive selvhjælpsværktøjer til mere omfattende behandlingsforløb med støtte. Kortlægningen resulterede i 29 digitale tilbud, som tilsammen viser, hvordan digitale tilbud kan skræddersys til forskellige behov og anvendes både i forebyggende og specialiserede sammenhænge. Derefter dykker vi ned i fire udvalgte tilbud: SilverCloud (England), Moderated Online Social Therapy – MOST (Australien), Mielenterveystalo.fi (Mentalhub.fi) og First-line Therapies (Finland) samt Børne- og ungdomspsykiatrien – BUP i Skåne (Sverige) – som vi har udvalgt, fordi de er langt fremme i

implementeringen, og undersøgt nærmere gennem interviews med personer, der har været direkte involveret i deres udvikling og implementering. Gennem deres erfaringer får vi et indblik i, hvad der skal til for at gøre digitale tilbud til en integreret del af behandlingssystemet.

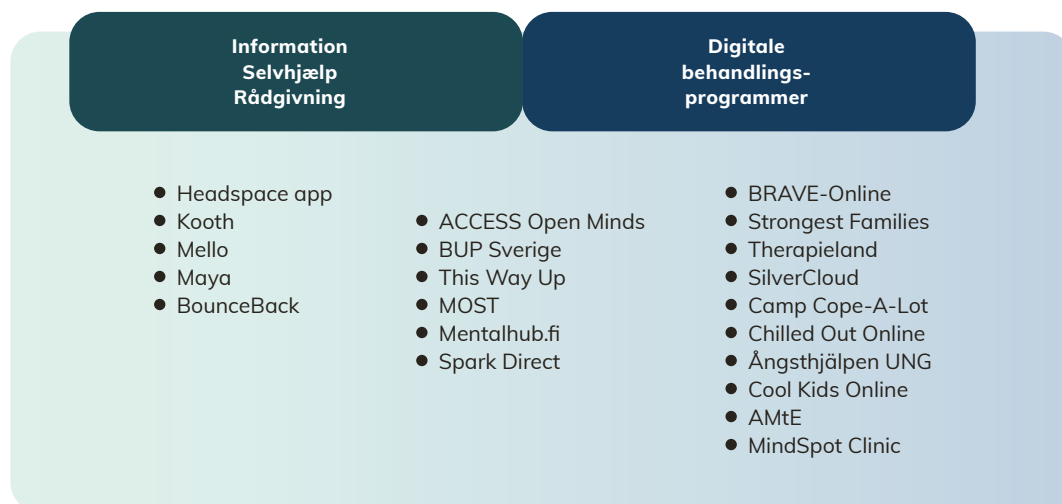
5.1. Kortlægning af internationale implementerede indsatser

Kortlægningen (Figur 7 og Appendix E) viser, at der på den internationale scene allerede findes en række digitale tilbud til børn og unge. Ligesom i forskningslitteraturen domineres landskabet af digitale behandlingsprogrammer baseret på internetbaseret kognitiv adfærdsterapi. Nye teknologier som VR, serious games og chatbots er dog også så småt på vej.

På trods af det relativt begrænsede forskningsfelt inden for børn og unge er videoløsninger meget udbredt som et digitalt tilbud i børne- og ungdomspsykiatriske klinikker. VR er også en spirende digital løsning, særligt behandling af angstsymptomer, der bliver brugt i klinisk praksis, men som sjældent er implementeret som et decideret program.

Figur 7

Kortlægning af internationale evidensbaserede digitale tilbud



Forskningsfelter under udvikling

Chat og chatbots

- Grip op je Dip
- PratenOnline

Serious games

- Sparx
- Pesky gNATs
- Lumi Nova
- Mindlight
- SuperBetter

Virtual reality

Videoløsninger

- NOCD

BOKS 4

Afgrænsning og metode for kortlægningen

Kortlægningen (Appendix E) omfatter tilbud med et digitalt element som central del, der er fuldt implementeret og rettet mod børn og unge. Forsøgs- og udviklingsprojekter er ikke medtaget. Den internationale kortlægning adskiller sig fra den danske ved kun at inkludere tilbud med et evidensbaseret terapeutisk element og tydelig dokumentation for effekt. Rådgivningstilbud og digitale platforme uden behandlingsindhold indgår derfor ikke. Tilbuddene skulle være systematisk implementeret og indgå i en etableret struktur, men behøvede ikke være offentligt tilgængelige, da organiseringen varierer mellem lande. Relevante tilbud blev identificeret via Google, ChatGPT, tidligere rapporter og sparring med fagfolk. Derudover blev alle artikler fra det systematiske review (afsnit 4.1) gennemgået med henblik på efterfølgende implementering. Kortlægningen er ikke udtømmende, da området er præget af stor aktivitet og løbende udvikling. Formålet er at give et meningsfuldt indblik i forskellige typer tilbud, der kan inspirere det videre arbejde med digitale tilbud i Danmark.

Se uddybende metodebeskrivelse i Appendix F.

Kortlægningen af de internationale eksempler viser overordnet, at digitale tilbud til børn og unge kan organiseres på mange forskellige måder. Nogle er offentligt forankret og integreret i nationale sundhedsvæsen, fx Mielentervey-stalo.fi (Mentalhub.fi) i Finland og BUP Skåne i Sverige, hvor de digitale tilbud er koblet til eksisterende kliniske strukturer. Andre tilbud er udviklet og drevet af private aktører, men indgår i samarbejder med det nationale sundhedsvæsen. Et eksempel er SilverCloud i England, som leverer et digitalt behandlingsprogram via samarbejds-aftaler med sundhedsmyndigheder, og Kooth, en gratis og anonym platform i Storbritannien, der tilbyder lavtærskelstøtte.

Derudover rummer kortlægningen flere eksempler på hybride modeller, hvor offentlige institutioner, forskningsmiljøer og civilsamfunds-aktører samarbejder om både udvikling og drift. MOST i Australien er et eksempel, hvor NGO'en Orygen samarbejder tæt med det offentlige sundhedsvæsen, og SPARX i New Zealand, der er udviklet af forskere i samarbejde med sundhedssektoren og gjort tilgængeligt som et offentligt tilbud.

Denne variation viser, at der ikke kun findes én måde at organisere digitale indsatser på. Tværtimod kan tilbuddet tilpasses mange forskellige systemer og rammer, også i sundhedssystemer, der i deres opbygning minder om det danske.

Flere af tilbuddene er let tilgængelige via web-sites eller apps. Som Mello i Australien, der er en gratis sundhedsapp målrettet unge, der kæmper med angst og depression. Andre er en integreret del af en klinisk struktur. Nogle, som SilverCloud, er delvist implementeret i nationale sundhedssystemer, mens andre, som BRAVE-Online eller Mello, er frit tilgængelige og kan anvendes direkte af unge uden henvisning. Det viser, at digitale tilbud kan tilpasses både centraliserede og i mere decentrale sundhedsmodeller samt fungere i både specialiserede og mere forebyggende sammenhænge.

Der er også stor variation i, hvordan tilbuddene er målrettet, og hvem målgruppen er. Nogle henvender sig til brede grupper af børn og unge, mens andre er designet til bestemte aldersgrupper, problemstillinger eller niveauer af støttebehov. Fx er Kooth i Storbritannien et værktøj, der henvender sig til alle unge fra 11-25 år og uden specifikt diagnosekrav. I modsætning til dette findes NOCD i USA, som henvender sig specifikt til børn med OCD. Tilsvarende varierer den tekniske opbygning, hvor kortlægningen omfatter alt fra modulopbyggede selvhjælpsprogrammer og spil-baserede universer til platforme med adgang til terapeutisk støtte.

Sammenlagt peger kortlægningen på, at digitale tilbud i praksis kan spille en rolle i hele spektret af en gradueret indsats – fra forebyggelse til specialiseret behandling. Kortlægningen viser samtidig, at feltet er i bevægelse, og at flere tilbud internationalt har opnået en grad af stabilitet og national forankring, som endnu ikke ses i Danmark.

5.2. Erfaringer fra udvalgte cases

Efter den overordnede beskrivelse af internationale eksempler på implementerede digitale tilbud til børn og unge følger her en nærmere gennemgang af fire udvalgte tilbud.

De fire udvalgte tilbud er:

- 1) SilverCloud via Northpoint (England)
- 2) MOST (Australien)
- 3) First-line Therapies og Mentalhub.fi (Finland)
- 4) Børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Skåne (Sverige)

Gennem interviews med nøglepersoner bag disse tilbud gives et detaljeret indblik i erfaringerne med at implementere digitale løsninger for børn og unge med mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom. Formålet er at identificere centrale læringspunkter, der kan inspirere og kvalificere den videre udvikling og implementering af digitale tilbud i en dansk kontekst. Erfaringerne fra disse eksempler er struktureret efter seks temaer, som er fremkommet på baggrund af interviewene og tilsammen viser, hvad der har været afgørende for en vellykket implementering.

Dette afsnit sammenfatter erfaringerne fra interviews med nøglepersoner bag fire implementerede digitale tilbud til børn og unge. Erfaringerne er struktureret efter seks temaer, som er fremkommet på baggrund af interviewene og tilsammen viser, hvad der har været afgørende for implementeringen af de digitale tilbud.

De fire cases er udvalgt, da alle tilbyder iKAT, og fordi de repræsenterer de lande og organisationer, der er længst fremme i udviklingen og implementeringen af digitale tilbud til børn og unge. Et område, hvor Danmark i dag halter bagefter. Casene dækker forskellige organisatoriske modeller og strukturer, hvilket giver mulighed for at belyse flere tilgange til arbejdet med digitale tilbud. Alle fire cases har dokumenteret positive effekter (reduktion i symptomer og ventetid) samt høj tilfredshed blandt brugerne af de digitale tilbud (se uddybende beskrivelse i Appendix G). På den måde kan erfaringerne både inspirere og kvalificere den danske udvikling, forudsat at overførbarheden vurderes nøje i forhold til vores rammer. To cases er med, fordi de arbejder i en nordisk kontekst, der minder om den danske, nemlig i Sverige og Finland. MOST er valgt, fordi det er en nytænkende tilgang, der kan bruges på tværs af diagnoser og har en stærk forskningsmæssig dokumentation. SilverCloud via Northpoint er med som eksempel på et vellykket samarbejde mellem en offentlig og en privat aktør.

MOST og SilverCloud er begge digitale behandlingsprogrammer, som er implementeret i offentlige behandlingssystemer. I Australien tilbyder MOST en kombination af digital terapi, socialt fællesskab og adgang til fagprofessionelle. MOST tilbydes både som stand-alone og som del af et behandlingsforløb. I England har man indgået et samarbejde med virksomheden SilverCloud om at levere internetbaseret terapi med støtte. Dette samarbejde er mest succesfuldt implementeret i Leeds-området via organisationen Northpoint.

I både Finland og Skåne er digitale tilbud blevet brugt som del af en større omstrukturering af behandlingssystemet. Disse er altså mere udtryk for en struktur, der bruger forskellige digitale tilbud frem for at være et specifikt digitalt behandlingsprogram. I Finland har man omlagt behandlingssystemet, så behandling til børn og unge i højere grad foregår i primærsektoren. Dette er gjort med hjælp fra digitale redskaber som en 'digital fordør', internetbaseret terapi og e-læring til fagprofessionelle. I Sverige har Børne- og ungdomspsykiatrien i Skåne også gennemgået en omstrukturering og indført internetbaseret terapi med støtte, digitalt selvhjælpsmateriale og online gruppeforløb.

De forskellige organisatoriske rammer i de fire cases præger både måden, tilbuddene bliver udviklet på, og hvordan de bliver brugt i praksis, herunder hvor tæt de er koblet til det eksisterende behandlingssystem. Denne forskellighed tillader, at afsnittet får afdækket et bredt udsnit af erfaringer, både tæt på praksis og på højere strukturelle niveauer.





Kort beskrivelse af de fire cases*



Mentalhub.fi er Finlands nationale digitale platform for mental sundhed og psykisk sygdom. Platformen tilbyder information, selvhjælpsværktøjer og internet-baserede behandlingsprogrammer til både børn, unge og voksne og fungerer samtidig som et redskab til navigation i systemet med visiteringsstøtte. Programmerne er målrettet specifikke problematikker som depression, panikangst, ADHD, spiseforstyrrelser og social angst. De er tekstbaserede og varer typisk 6–12 uger. Forløbene er designet til unge og voksne over 16 år, men unge fra 13 år kan også få adgang til et støttet onlineforløb mod social angst. Alle forløb kræver henvisning fra læge og gennemføres med skriftlig støtte fra terapeuter tilknyttet det offentlige sundhedsvæsen. Til unge findes desuden appen Chillaa med stressreducerende øvelser. First-line Therapies er et beslægtet nationalt initiativ, der blev etableret i 2020 for at understøtte regionerne i at opbygge mere graduerede og tilgængelige behandlingssystemer. Ud over at videreudvikle Mentalhub.fi og gøre iKAT-programmerne samt det nationale kvalitetsregister for psykoterapi tilgængelige omfatter centrale elementer også: Finnish Therapy Navigator (FTN), og en national e-læringsplatform for terapeuter.

FTN er en digital indgang til sundhedssystemet, når man oplever psykiske vanskeligheder med særskilte løsninger til voksne, unge og børn. Gennem spørgeskemaer og screeningværktøjer hjælper systemet med at guide patienter og borgere til det rette tilbud og niveau af behandling. Værktøjerne er frit tilgængelige i både offentligt og privat regi, og i 2025 bruger over 10.000 patienter dem hver måned. Den nationale e-læringsplatform hjælper med at uddanne sundheds- og socialfaglige medarbejdere, der arbejder med mennesker med psykiske vanskeligheder. Den indeholder mere end 100 moduler og fokuserer især på træning i kognitiv adfærdsterapi, interpersonel terapi og emotionsfokuseret terapi tilpasset forskellige faggrupper. I 2025 er over 16.000 fagfolk blevet uddannet. Mentalhub og First-line Therapies er begge udviklet og drevet af Helsinki Universitetshospital (HUS) og er offentligt finansierede.

Interviewperson: Samuli Saarni, professor i psykiatri ved Helsinki Universitetshospital (HUS) og programleder for First-line Therapies.



SilverCloud tilbyder digitale behandlingsprogrammer målrettet børn og unge i alderen 13-18 år med let til moderat angst og nedtrykthed. Programmerne er tekst- og øvelsesbaserede og kombineres med tilsyn og ugentlig skriftlig støtte fra en fagperson eller terapeut (støtteperson). Forløbene varer seks til otte uger, og deltagerne arbejder i eget tempo med opgaver og refleksioner mellem feedback-sessionerne fra deres støtteperson.

SilverCloud er bl.a. implementeret i England som del af de nationale retningslinjer (NICE) for lavintensiv psykologisk behandling. Indsatsen er tæt integreret i den regionale graduerede tilgang, hvor børn og unge visiteres til programmet gennem de eksisterende kommunale og sundhedsmæssige kanaler.

SilverCloud er en privat virksomhed, der udvikler digitale behandlingsprogrammer baseret på kognitiv adfærdsterapi, som implementeres af lokale aktører. En af disse lokale aktører er Northpoint, en non-profit organisation, der leverer offentligt finansieret mental sundhedsbehandling i regionen West Yorkshire i England. Northpoint har haft særlig succes med implementeringen af SilverCloud.

Siden introduktionen er ventetiderne faldet med 57 %. Tilfredsheden er høj med 94 % positive tilbagemeldinger. Af de henviste aktiverer 75 % deres konto, og 83 % gennemfører programmet.

Interviewperson: Helen McGlinchey, direktør for børne- og ungetjenester og klinisk faglig leder i Northpoint.

* Mere information om alle fire cases kan læses i Appendix G.



Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Skåne har etableret en digital enhed, der tilbyder internet-baseret behandling til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Tilbuddet består især af fem forskellige internetbaserede kognitive adfærdsterapiforløb (iKAT), målrettet børn og unge mellem 8 og 17 år med udfordringer som angst, OCD for børn med autisme, selvskade, tics eller dysmorfofobi og søvnproblemer. Nogle af programmerne indgår i igangværende forskningsprojekter. Forløbene varer typisk 12 uger og er bygget op af tekst, videoer og refleksionsøvelser, som suppleres af skriftlig kontakt med en psykolog. Til mange af programmerne hører også et forældre-program, så både barnet og forældrene deltager i behandlingen. Kommunikationen foregår primært skriftligt med videokontakt efter cirka en måned og ekstra opkald ved behov. Efter endt behandling afholdes et videomøde for at evaluere forløbet og drøfte næste skridt, inden barnet vender tilbage til den lokale klinik. Derudover tilbydes selvhjulpne psykoedukative materialer via BUP Skåne Online.

Behandlingen varetages af en centralt organiseret digital enhed, som modtager henvisninger fra lokale BUP-afdelinger. Den digitale enhed har eget personale og ansvar for al digital behandling, mens det overordnede behandlingsansvar fortsat ligger hos den lokale afdeling. På den måde er de digitale tilbud blevet en integreret del af behandlingsforløbene. Programmerne er udviklet gennem licensaftaler med aktører som Karolinska Institutet, private aktører og gennem lokal udvikling af nye tilbud, hvor der opleves et konkret behov. BUP Skånes evaluering viser, at patienterne er tilfredse med digital behandling, som både øger tilgængeligheden og sikrer ensartet behandling på tværs af Skåne. iKAT har vist medium til store effekter på de symptomer, der behandles.

BUP Skåne tilbyder desuden digital selvhjælp til mellem 10.000–12.000 patienter hvert år, hvilket giver mulighed for at starte behandling uden ventetid. Antallet af rådgivende opkald er faldet med 75 %, og de fleste patienter rapporterer færre symptomer. Omkring 90 % af patienter og forældre er tilfredse, og mange oplever den digitale behandling som tilstrækkelig i sig selv eller som et godt grundlag for videre støtte.

Interviewperson: Annika Nilsson, virksomhedsudvikler i BUP Skåne.



MOST er et digitalt behandlingsprogram fra Australien, som kombinerer terapeutiske onlineforløb med et modereret socialt netværk. Målgruppen er unge i alderen 12–25 år med psykiske vanskeligheder og sygdom, og platformen kan bruges både før, under og efter psykiatrisk behandling. For unge mellem 12 og 14 år kræves en henvisning, mens ældre unge selv kan tilmelde sig eller blive tilmeldt af fagprofessionelle. Indholdet spænder bredt og er tilpasset forskellige diagnoser og sværhedsgrader. MOST indeholder blandt andet psykoedukative og terapeutiske moduler baseret på kognitiv adfærdsterapi, mindfulness og Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Brugerne opbygger en personlig værktøjskasse af mestringsstrategier og får adgang til et lukket online fællesskab med støtte fra fagprofessionelle og trænede peers.

MOST er i drift i fem australske delstater og bruges af mere end 490 klinikker, herunder både specialiserede ungdomspsykiatriske enheder og nationale headspace-centre. Implementeringen understøttes af struktureret oplæring, teknisk og klinisk support samt løbende evaluering. Siden juli 2025 har MOST været tilgængelig for alle unge australiere uden henvisning fra ungdomspsykiatriske tilbud. Evaluering og udvikling af indhold sker i tæt dialog med brugere og behandlere, og data fra platformen kan anvendes i den kliniske vurdering.

MOST er udviklet og drives af Orygen Digital, som er en del af den australske non-profit organisation Orygen, der arbejder med unges mentale sundhed gennem forskning, klinisk behandling og innovation.

Effekten af MOST bygger på 15 års forskning og har vist sig at være sikker uden bivirkninger. I nationale evalueringer oplevede 44 % af de unge med angst og depression en reduktion i symptomer. Samlet set følte 50 % sig bedre tilpas og 93 % ville anbefale tilbuddet til andre. Til dato er mere end 13.000 unge blevet henvist til MOST.

Interviewperson: Mario Alvarez, leder af Orygen Digital og professor ved Youth Mental Health, University of Melbourne.



Udvælgelse og metode for erfaringsindsamlingen

UDVÆLGELSESKRITERIER

De fire cases – SilverCloud i England, BUP Skåne i Sverige, Firstline Therapies og Mentalhub.fi i Finland og MOST i Australien – er udvalgt for at vise, hvordan digitale tilbud til børn og unge kan implementeres i praksis. Alle tilbuddene er evidensbaserede, implementerede og baseret på internetbaseret kognitiv adfærdsterapi. De repræsenterer forskellige sundhedssystemer og forvaltningsmodeller og giver dermed både genkendelige og nye perspektiver i en dansk kontekst. Udvælgelsen er sket i dialog med faglige eksperter på området.

METODE

Undersøgelsen bygger på semi-strukturerede interviews med ledere, der har været en central del af udviklingen og implementeringen af de digitale tilbud anvendt i de fire cases. Interviewguiden blev kvalitetssikret af fageksperter. Forud for hvert interview blev der indhentet en kort beskrivelse af indsatsen via spørgeskema, så samtalen kunne fokusere på erfaringer med implementeringen. Interviewene blev gennemført mellem 21. marts og 1. maj 2025 og suppleret af feltbesøg til Sverige og Finland.

Transskriberingerne blev analyseret tematisk uafhængigt af to projektmedarbejdere og derefter diskuteret med fokus på centrale mønstre og temaer på tværs af interviewene.

Se detaljeret metodebeskrivelse i Appendix H.

Formålet med afsnittet er at pege på fælles erfaringer og læringspunkter, der går igen på tværs af forskellige nationale kontekster. Selvom tilbuddene er udviklet og implementeret under meget forskellige forudsætninger, viste det sig, at der er en række gennemgående erfaringer, der har betydning for både udformning, udbredelse og forankring af digitale tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Afsnittet viser, hvordan effektiv implementering af disse tilbud ikke blot handler om teknologi, men om menneskelige relationer, strukturel tilpasning, faglig legitimitet og organisatorisk vedholdenhed.

Afsnittet bygger på interviews med centrale personer bag de fire tilbud og er struktureret efter seks tværgående temaer, som er fremkommet under analysen af transskriberingerne:

- Evidens som drivkraft
- Involvering af nøgleaktører fra start
- Gentænkning af behandlingsstruktur
- Støtte og inddragelse af de fagprofessionelle
- Betydningen af menneskelig støtte
- Kvalitetsudvikling er en vedvarende proces.

Evidens som drivkraft

“Vi så også, at der kom en masse interessant forskning ud omkring iKAT, og at det viste samme resultater som ansigt-ansigt-KAT.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

Erfaringerne på tværs af de fire cases viser, at et troværdigt evidensgrundlag er en afgørende drivkraft for valget og implementeringen af digitale tilbud til børn og unge. På tværs af de fire cases fremhæver interviewpersonerne, hvordan dokumenteret effekt skaber legitimitet, tryghed og opbakning blandt både ledelse og fagprofessionelle, særligt i de tidlige faser af implementeringen.

I England valgte Northpoint SilverCloud som leverandør af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi, netop fordi løsningen allerede var udbredt og anerkendt i voksenpsykiatrien, hvilket gav dem tillid til at kunne samarbejde om at udvikle et program specifikt målrettet børn og unge. Interviewpersonen fra Northpoint fortæller:

“Så gennem vores arbejde i voksenområdet vidste vi, at deres [SilverClouds] platform var evidensbaseret inden for voksenområdet, og at den allerede havde godkendelsen fra NICE ... Vi havde virkelig tillid til den. Det var det vigtigste, de havde.”

(Helen McGlinchey, Northpoint)

Et andet eksempel er BUP Skåne, hvor samarbejdet med Karolinska Institutet i Stockholm tidligt satte skub i udviklingen med at implementere iKAT. I Australien er MOST baseret på mere end 15 års forskning, og den dokumenterede effekt var en særlig løftestang for implementeringen af MOST.

“COVID ramte, og regeringen henvendte sig til os og sagde: Altså, dét, I laver, er præcis, hvad vi ønsker. Vi vil have en platform, der er integreret med klinikkerne. Som er evidensbaseret.”

(Mario Alvarez, MOST)

På tværs af interviewene viser det sig, hvor vigtig evidens fra den nationale kontekst har været i forhold til opbakning og legitimitet for implementeringen. I Finland blev manglen på national dokumentation for digitale tilbud til børn og unge en udfordring i dialogen med nogle fagfolk og nøgleaktører. De insisterede på, at udenlandske forskningsresultater ikke kunne overføres direkte til finske forhold, hvilket har bremset udviklingen af iKAT til børn og unge:

“Og de [vigtige meningsdannere] siger også, at ingen af de internationale forskningsresultater kan overføres. Så man ville være nødt til at lave RCT'er i Finland for alle de forskellige slags iKAT-versioner, man har. Det er vi ikke enige i; mange forskningsresultater kan overføres.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

Samtidig bliver der i interviewene også peget på, at man må afstemme kravene til nationalt forankret evidens med virkelighedens tempo. Teknologien udvikler sig hurtigt, og hvis man insisterer på at vente flere år på at gennemføre nationale forskningsprojekter, risikerer man at stå med løsninger, der allerede er forældede. Som interviewpersonen fra Finland formulerer det:

“...med det aktuelle digitale udviklingstempo er idéen om, at vi vil udvikle noget og studere det i tre år og så langsomt implementere det ... jeg mener, det [teknologien] vil være så gammelt.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

I Sverige forklarede interviewpersonen, at de foretrækker at implementere evidensbaserede tilbud, men at det ikke altid er muligt at vente på forskere, der udvikler og tester nye tilbud – særligt ikke, når behovet hos børn og unge er presserende:

“Vi holder altid øje med, om nogen [forskere/branchen] er ved at skabe noget eller har et færdigt program, som vi kan bruge. Men hvis der ikke sker noget, eller det kommer til at tage 10 år, før de vil lave det, så laver vi vores eget.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

Interviewpersonen fra Finland beskrev en lignende tilgang, hvor man valgte at implementere digitale tilbud først og dokumenterede effekten sideløbende.

“Så det, vi har gjort, er, at vi har implementeret internationalt validerede løsninger først og så evalueret bagefter, og selvfølgelig er det vildt irriterende for visse fagfolk, som ligesom er tilbøjelige til at tænke helt modsat.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

Erfaringerne viser, at evidens er en væsentlig forudsætning for at kunne implementere digitale behandlingstilbud til børn og unge. Men også at kravene til evidens bør afstemmes med praksis og behovet for rettidig hjælp. Dog er der brug for fleksible strategier, hvor dokumentation og udvikling kan foregå samtidig. Overførbare af forskningsresultater er en vigtig diskussion på dette område, som er præget af en hastig teknologisk udvikling. Forskning viser dog, at kognitiv adfærdsterapi generelt er overførbart på tværs af kontekster⁷⁷.

Involvering af nøgleaktører fra start

“Alle de faglige nøglepersoner, der er med til at skabe systemet, er virkelig vigtige, og det er helt klart dér, vi har fejlet: med at få alle de centrale fagfolk med, og det er det største problem, vi har, er, at nogle af de faglige nøglepersoner er imod os.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

På tværs af de fire cases viser erfaringerne, at tidlig inddragelse af nøgleaktører (fx brugerne, faglige eksperter, beslutningstagere, ledere og fagprofessionelle) er afgørende for at lykkes med implementeringen af digitale tilbud til børn og unge. Det handler både om at sikre faglig opbakning og om at opnå legitimitet i det sundhedsfaglige miljø.

I England blev både ledelse og behandlere inddraget fra begyndelsen, og det havde stor betydning for accepten af de nye tilbud. Interviewpersonen fra Northpoint fortæller, at det tidligt blev tydeliggjort, at digitale tilbud ikke var en erstatning for samtaleterapi, men et supplement, som kunne give flere muligheder for hjælp:

“Det var altafgørende, at vi fik alle med ombord, og at vi var virkelig tydelige: Det her handler slet ikke om en erstatning, det handler om ekstra støtte og faktisk, du ved, at udvikle gennem mere valgfrihed.”

(Helen McGlinchey, Northpoint)

Også i Australien har man lagt vægt på at engagere nøglepersoner tidligt i processen. Interviewpersonen fra MOST fremhæver, at det er vigtigt at få både fagprofessionelle, ledere og administrative medarbejdere med fra start, så man kan tænke det digitale tilbud ind i de eksisterende arbejdsgange:

“Lederne i klinikkerne er virkelig vigtige i implementeringsprocessen. Klinikkerne, administrativt personale også, du ved. Så hvis man får dem med, kan de ligesom også indarbejde interventionen i deres administrative processer.”

(Mario Alvarez, MOST)

Også betydningen af at identificere nøglepersoner, som tidligt ser potentialet i tilbuddet og kan fungere som ambassadører i implementeringsarbejdet bliver fremhævet:

“Og så hvis man har nogen som tror på det, du ved, sådan nogle 'early adopters' er fantastiske, altså hvis man får nogle få mennesker, der virkelig tror på det ... De bliver nærmest ambassadører.”

(Mario Alvarez, MOST)

Disse citater vidner om, at det er afgørende at inddrage nøgleaktører – fx fagprofessionelle faglige eksperter, ledere og administrative medarbejdere – tidligt i implementeringen af digitale tilbud til børn og unge. Når de fagprofessionelle oplever at være medskabere af tilbuddet og forstår formålet og intentionen med tilbuddet, øges både ejerskab og legitimitet.

En tidlig inddragelse gør det dermed muligt at tilpasse tilbuddet til eksisterende arbejdsgange og sikre, at den bliver brugt i praksis.

Gentænkning af behandlingsstruktur

“...vi kunne se, at vi var på en rejse – vi implementerede ikke bare iKAT – vi var nødt til at lave et helt nyt servicedesign.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

Et gennemgående tema i interviewene er, at implementeringen af digitale tilbud til børn og unge ikke blot handler om at tilføje ny teknologi til det eksisterende system. Det kræver en mere grundlæggende gentænkning af, hvordan hjælpen organiseres, og hvem der gør hvad hvornår. Det digitale giver nemlig mulighed for at løse opgaver på nye måder: tidligere i forløbet, hurtigere, mere fleksibelt og med andre faggrupper end traditionelt. Derfor har der på tværs af de fire cases også været fokus på at tilbyde en graderet tilgang, så tilbuddet tilpasses graden af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, hvor digitale tilbud har været en løftestang til at opnå dette. I Skåne har man fx indført en digital førstestrategi, hvor der tilbydes digital psykoedukation som første skridt i et behandlingsforløb. Interviewpersonen fra BUP Skåne beskriver dette som en større forandring i både tilgang og organisering, som det fremgår af citatet øverst.

I Finland har man arbejdet på at skabe en 'digital fordør' til behandling i både primær og sekundær sektor, så det bliver lettere at få adgang til behandling uden nødvendigvis at skulle møde en læge eller få en diagnose først, hvilket har været en gentænkning af det finske sundhedssystem. Interviewpersonen fra Finland forklarer:

“Tidlig adgang til behandlinger i vores system kræver en masse forandring, for vi har normalt meget gatekeeping i det finske system.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

På tværs af interviewene peges der dog også på, at det digitale ikke kan stå alene. For at få effekt i praksis skal digitale tilbud være tæt forbundet med det øvrige behandlingssystem og de fagpersoner, der arbejder i det. Det skal ikke være et parallelt tilbud, men et integreret element i den samlede indsats. Som interviewpersonen fra MOST formulerer det:

“...interventioner skal være forbundet med sundhedssystemet, de skal ikke være adskilte eller ikke erstatte.”

(Mario Alvarez, MOST)

På tværs af alle fire cases er der blevet valgt en central organisering af de terapeuter, der arbejder med at facilitere de digitale indsatser. Denne organisering har flere fordele, herunder muligheden for at opbygge specialiseret viden, sikre ensartet kvalitet i det digitale arbejde og fastholde fokus på det digitale. Fx betoner interviewpersonen fra Skåne, at det centrale team spiller en vigtig rolle i videreudviklingen og forankringen af de digitale programmer på tværs af regionen. Omvendt kan den centrale organisering skabe udfordringer i forhold til at integrere de digitale tilbud i det daglige kliniske arbejde. Når de digitale terapeuter er adskilt fra de øvrige behandlingsmiljøer, kan det føre til, at de digitale tilbud opleves som et parallelt system frem for en integreret del af behandlingen. Dette kommer fx til udtryk hos MOST, hvor begrænset kontakt mellem digitale terapeuter og lokalt klinisk personale beskrives som en barriere for samarbejde og ejerskab.

Det digitale bør altså hverken presses ind i gamle strukturer eller fungere isoleret. For at få reel effekt skal det tænkes ind som en integreret del af den samlede indsats, hvor det supplerer og understøtter eksisterende behandlingsformer.

Det kan også kræve tilpasning/gentænkning af de eksisterende behandlingsformer. Erfaringerne viser, at det kræver både strukturel nytænkning og organisatorisk forankring – og at digitale tilbud først virker i praksis, når de får en tydelig og meningsfuld rolle i hele behandlingsforløbet.

Støtte og inddragelse af de fagprofessionelle

“En af de største udfordringer, vi har, er at få klinikere til at lave blended behandling.”

(Mario Alvarez, MOST)

Interviewpersonerne fortæller, at en af de største udfordringer har været at få de fagprofessionelle til at tage de digitale tilbud til sig som en del af værktøjskassen. Denne udfordring blev håndteret på forskellig vis gennem tiltag som tæt opfølgning, aktiv inddragelse, målrettet træning og løbende støtte i implementeringsprocessen.

Travlhed, tidspres, vaner og manglende kendskab til de nye muligheder spiller en rolle for de fagprofessionelles engagement i forbindelse med implementeringen af de digitale tilbud. Flere interviewpersoner fortæller, hvordan man har arbejdet målrettet med at gøre det nemt og relevant for de fagprofessionelle at tage tilbuddene i brug. Et eksempel er MOST, hvor et vigtigt fokuspunkt er at designe de digitale tilbud, så de letter de fagprofessionelles arbejde, fx ved at bruge kunstig intelligens til at hjælpe med at tage notater.

“Nu er vi for eksempel ved at integrere AI i skrivning af notater i MOST [...] så hvis du tænder det i baggrunden, begynder det at tage alle noterne for dig [...]. Vi gør ligesom mere og mere af den slags for at løse deres [klinikeres] problemer, og ved at løse deres problemer øger vi forhåbentlig sandsynligheden for, at de bruger det.”

(Mario Alvarez, MOST)

Et andet eksempel er den digitale fordør i Finland, som strukturerer oplysningerne og gør det lettere at matche indsats med behov – uden at fjerne den fagprofessionelles faglige råderum. Interviewpersonen fra Finland forklarer:

“Med den mængde klinisk frihed, som fagfolkene ønsker, på en måde der sparer tid. Det strukturerer informationen, men på en måde er det til diskussion – og tilskynder fælles beslutningstagning med patienten.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

Citatet viser, hvordan man med bevidste designvalg kan understøtte de fagprofessionelles motivation og faglige råderum. Ved at strukturere informationen uden at låse behandlingssmulighederne fast bliver det lettere for de fagprofessionelle at se tilbuddet som et redskab snarere end en begrænsning. Flere steder møder de digitale tilbud modstand, ikke fordi de ikke virker, men fordi de udfordrer vante arbejdsgange og forestillinger om, hvordan god behandling ser ud. Alligevel viser erfaringerne, at når først de digitale tilbud bliver taget i brug, bliver de ofte positivt modtaget, netop fordi de gør det muligt for de fagprofessionelle at hjælpe flere og tidligere på tværs af geografi og afstande.

Erfaringerne viser, at de fagprofessionelles engagement er en nøgelfaktor i implementeringen af digitale tilbud. Det kræver aktiv involvering, løbende støtte og tilpasning til klinisk praksis. Og ikke mindst en forståelse for, at det er vigtigt at prioritere samtalen med de fagprofessionelle om, hvordan det digitale kan styrke og supplere det eksisterende behandlingsarbejde. En understøttet kulturændring kræver prioritering og omhu på kort sigt, mens det må forventes, at en succesrig kulturændring på længere sigt vil skabe mere stabile og varige forandringer i arbejdet.

Betydningen af menneskelig støtte

“Noget andet, vi med tiden har lært, er, at det er afgørende med menneskelig støtte.”

(Mario Alvarez, MOST)

Interviewpersonerne fremhæver, at menneskelig støtte i behandlingen er helt central for, at børn og unge engagerer sig i digitale behandlingsforløb. Som eksempel fortæller interviewpersonen fra MOST, at de har fundet en klar sammenhæng mellem både engagement og effektivitet af behandlingen og så den menneskelige støtte i MOST.

“Menneskelig støtte gør en stor forskel, både i forhold til engagement og i effektiviteten af disse interventioner.”

(Mario Alvarez, MOST)

Ligeledes fortæller interviewpersonen fra Northpoint, at den menneskelige forbindelse ifølge deres erfaringer er afgørende for succes af den digitale intervention. Det er det skræddersyede i indsatsen, anerkendelsen af brugerens arbejde samt relationen mellem terapeut og bruger, der ifølge hende er nøglekomponent i tilbuddet. På samme måde understreger interviewpersonen fra Finland vigtigheden af menneskelig støtte i forbindelse med gennemførelse af digitale tilbud:

“...vejledning er på mange måder meget vigtigt, og hvis man vil have folk til at gennemføre disse selvhjælpsprogrammer, så er vejledning, om ikke andet, nøglen til at få folk til at komme igennem programmerne. Ellers giver de op, eller 90 % vil i bund og grund give op, så med god vejledning vil folk gennemføre det.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

I BUP Skåne varierer de den menneskelige støtte, så information og psykoedukation primært foregår online, selvguidet med én opfølgning, mens iKAT-forløbene er støttede, hvor terapeuten tjekker ind ca. én gang om ugen.

“Så vi tænker, at man skal have en forbindelse til sin psykolog eller noget i den stil. Men der er en masse information, som er meget velegnet til, at man gør det selv, men man skal ligesom have en opfølgning. Det er meget vigtigt for os, at vi ikke bare sender nogen hjem: ‘Her er din behandling. Hej hej. Vi ses senere’.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

Erfaringerne fra interviewpersonerne viser samlet, at digitale tilbud til børn og unge ikke kan stå alene. Menneskelig støtte – i form af feedback, kontakt og relation – spiller en helt central rolle i at fastholde motivationen, styrke engagementet og sikre, at de unge gennemfører forløbene og får udbytte af dem.

Kvalitetsudvikling er en vedvarende proces

“Man kan aldrig afslutte implementeringsrejsen, fordi den altid er i gang. Men det bedste, man kan gøre, er at sikre, at man har data for flere forskellige ting.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

På tværs af interviewene er der en tydelig erkendelse af, at implementering tager tid og kræver vedholdenhed, systematik og organisatorisk forankring, hvis et digitalt tilbud skal blive en naturlig del af det samlede behandlingstilbud.

Flere peger på, at det er let at undervurdere, hvor meget det kræver at ændre praksis – særligt når det handler om at indføre noget nyt på tværs af faggrupper og sektorer. Det kræver løbende justering og støtte, ikke bare i opstartsfasen, men som en fast del af driften. Netværk, datadeling

og ledelsesopbakning nævnes som afgørende elementer for at fastholde forankring og fremdrift. Det samme gælder muligheden for at samle erfaringer på tværs og lære af hinandens løsninger og fejl.

Interviewpersonen fra MOST beskriver, hvordan implementeringen af MOST bliver støttet både gennem målrettet træning og en struktureret faciliteringsmodel. Træningen bliver brugt aktivt til at skabe ejerskab og accept blandt medarbejderne. Denne kombination af kompetenceudvikling og løbende tilpasning gør det muligt at reagere systematisk på praksisnære udfordringer og behov.

På samme måde fremhæver interviewpersonen fra BUP Skåne behovet for vedvarende støtte og facilitering, især når der opstår forskelle mellem enheders brug af digitale tilbud. Hun nævner, at de kontinuerligt bruger data til at identificere enheder med lav brug, hvorefter de forsøger at støtte dem yderligere med information og opfølgning. Særligt fremhæves vigtigheden af følge op sammen med lederne for at sikre prioritering og forankring.

Erfaringerne viser også, at en bred og tværgående inddragelse på mange niveauer er afgørende for, at tilbuddet bliver forankret. Interviewpersonen fra BUP Skåne peger på, at netop det brede engagement har været en vigtig årsag til succes:

“... jeg tror også, at det er en stor ting, der har gjort os så succesfulde – at der er mange mennesker involveret på alle niveauer. Så det er ikke bare sådan fem mennesker et sted, men fordi mange mennesker er involveret.”

(Annika Nilsson, BUP Skåne)

Flere af interviewpersonerne understreger også, at varig finansiering er nødvendig, hvis digitale tilbud skal blive en integreret del af psykiatrien. Midlertidige puljer og projektmidler skaber usikkerhed og gør det svært at planlægge langsigtet. Uden national forankring risikerer man, at viden går tabt, og at initiativer bliver afhængige af enkeltpersoners engagement.

Når der derimod er en fælles, national retning og stabil finansiering, styrker det både samarbejdet på tværs af regioner og tilliden til, at de digitale tilbud er en varig del af behandlingssystemet. I Finland har arbejdet indtil videre været finansieret af midlertidige puljer, hvilket er udfordrende for langsigtet forankring. Interviewpersonen beskriver det således:

“... vi bliver nødt til at få den permanente struktur finansieret af regeringen for at kunne fortsætte arbejdet.”

(Samuli Saarni, Firstline Therapies)

Erfaringerne viser, at implementering og kvalitetsudvikling af digitale tilbud er en løbende proces, der kræver vedholdenhed, systematik og forankring. Netværk, datadeling og ledelsesopbakning er vigtige for at fastholde retning og dele viden. Et bredt engagement på tværs af faggrupper og niveauer fremhæves som centralt for succes. Uden varig finansiering og national forankring risikerer man, at indsatser går i stå.

Overordnet set viser erfaringerne fra de fire cases, at vellykket implementering af digitale tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder afhænger af, hvordan tilbuddene bliver forankret i den daglige praksis. Et tydeligt evidensgrundlag skaber tryk og opbakning – særligt i de tidlige faser – og flere peger på, at dokumentation og kvalitetsudvikling må gå hånd i hånd. Det er afgørende at inddrage nøgleaktører som fagprofessionelle og ledere tidligt i processen, så de digitale tilbud får en tydelig funktion i behandlingen og ikke bliver et parallelt tilbud. Når tilbuddene er lette at bruge og opleves som relevante, øges chancen for, at de bliver en del af hverdagen. Det kræver både oplæring, støtte og vedvarende opfølgning – og ikke mindst strukturer, netværk og ledelsesopbakning, der kan fastholde udviklingen over tid.

6. Diskussion og anbefalinger

Flere børn og unge oplever psykisk mistrivsel, og antallet af psykiatriske diagnoser er steget. Ikke nødvendigvis fordi flere bliver syge, men fordi flere søger hjælp og bliver udredt. Det betyder, at der kommer lys på mørketal, og at flere får mulighed for støtte. Det er rigtig godt. Med det har samtidigt skabt en stigende ubalance mellem det erkendte behov for hjælp og de ressourcer, der er til rådighed.

Sideløbende med det politiske arbejde med at tiltrække flere ressourcer til psykiatrien er der behov for at sikre adgang til den bedst mulige hjælp gennem en bred vifte af tilbud. Det kræver en gentænkning af strukturer og indsatser, så de bedre matcher det behovsbillede, der tegner sig. Netop derfor er der brug for at se på, hvordan digitale tilbud kan supplere og styrke den hjælp, der allerede tilbydes, uden at gå på kompromis med kvaliteten. Digitale tilbud skal ikke blot tilføjes som et ekstra lag, men indgå som en del af en graderet tilgang med fleksible, differentierede forløb. Udviklingen af digitale tilbud er allerede i gang, og det er derfor vigtigt at sikre fælles standarder og en effektiv, ensartet kvalitet, så de digitale tilbud reelt skaber værdi for børnene, for de unge, for familierne og for samfundet.



Denne rapport har til formål at undersøge, hvordan digitale tilbud kan styrke forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn og unge i Danmark. Rapporten har afdækket tre områder:

For det første er det danske digitale hjælpe-landskab kortlagt og beskrevet: der findes en del digitale tilbud til børn og unge i Danmark, men de er i overvejende grad udviklet og drevet af civilsamfundsaktører som NGO'er og lokale ildsjæle.

Ud af de 18 identificerede tilbud er 14 drevet af civilsamfundet og kun fire af offentlige aktører. Langt de fleste civilsamfundstilbud fokuserer på at facilitere information, online rådgivning og selvhjælp – ofte i form af anonym chat eller i enkelte tilfælde onlinegrupper. Disse tilbud giver lettilgængelig støtte og kan fungere som en tidlig indsats ved begyndende mentale helbredsproblemer. Men de er som udgangspunkt ikke koblet til det professionelle, offentlige behandlingssystem. Civilsamfundet løfter en stor og vigtig opgave, men det er afgørende, at civilsamfundets tilbud først og fremmest fungerer som supplement til det offentlige tilbud.



Flere relevante digitale tilbud på tværs af sværhedsgrader – integreret i det øvrige offentlige hjælpesystem – vil forbedre tilgængeligheden og relevansen af hjælp. Det vil også frigive ressourcer til de mest komplekse og alvorlige sager. Digitale tilbud kan samtidig styrke kvaliteten ved at give lettere adgang til evidensbaserede metoder. De gør det muligt at målrette indsatsen gennem systematisk opfølgning og fleksibilitet, så hjælpen kan sættes ind på rette tidspunkt – også forebyggende.

I dag findes der kun to offentligt digitalt tilbud, der er egentlige behandlingsprogrammer, MaveMod og CoolMinds og disse er begrænset til hhv. én og to regioner. Digitale tilbud har dog politisk bevågenhed, og der er potentiale til en samlet national strategi, der kan flytte området fremad og skabe bedre sammenhæng, herunder mere konkret at tilpasse og udbrede iKAT-forløb. Så flere børn, unge og deres familier kan få mere hjælp - tidligere.

For det andet er evidensgrundlaget belyst gennem et systematisk review af 87 videnskabelige studier af digitale tilbud til børn og unge med angst og/eller depression. Blandt de digitale tilbud er iKAT, altså internetbaseret kognitiv adfærdsterapi, det tilbud, der er undersøgt i flest studier. Disse studier viser til sammen, at iKAT kan være et effektivt og skalerbart tilbud med en positiv effekt på niveau med ansigt-til-ansigt-KAT. Det meste af forskningen er gennemført med børn og unge, der har haft moderate symptomer.

Andre digitale løsninger såsom videosamtaler, spil, chat/chatbots og virtual reality viser lovende resultater baseret på færre studier. Mere sikre konklusioner – kræver derfor yderligere studier. Som det typisk er tilfældet, varierer de 87 studier i evalueringsdesign, målgruppe, terapeutisk indhold, terapeutstøtte og forældreinvolvering. Det er samtidig et felt, der er langt bagud sammenlignet med den tilsvarende forskning på voksenområdet, og som dermed mangler et betydeligt løft i forskningsindsatsen^{78,79}.

For det tredje er det internationale digitale hjælpelandskab undersøgt gennem en kortlægning af implementerede, evidensbaserede tilbud. I flere lande, vi normalt sammenligner os med, er digitale tilbud en integreret del af en samlet gradueret tilgang til behandlingssystemet. Der er tillige gennemført interviews med udvalgte ledere i fire best practice-cases for at afdække, hvilke faktorer de vurderer som afgørende for succesrig overførsel, tilpasning og implementering. Disse interview peger på betydningen af troværdig evidens, klare rammer, organisatorisk opbakning, national forankring gennem varig finansiering, ensartet kvalitet og tidlig inddragelse af både brugere og fagfolk for at sikre succesfuld implementering. Erfaringerne viser samtidig, at der efter implementering af digitale tilbud skal være en løbende kvalitetsudvikling, og at implementeringen og kvalitetsudviklingen kræver vedholdenhed og ledelsesopbakning samt et bredt engagement på tværs af faggrupper og niveauer. Interviewene peger således på en række vigtige erfaringer, som med fordel kan inspirere udviklingen i en dansk kontekst.

Dog er der også væsentlige risici og forbehold, som må håndteres, før digitale tilbud udrulles nationalt i sundhedsvæsenet. Det er afgørende at sikre, at digitale tilbud ikke bliver et ringere alternativ til eksisterende behandlingstilbud. De skal ikke erstatte den hjælp, der findes i dag, men udvide den terapeutiske værktøjskasse med flere tilgange og formater, der kan tilpasses den enkelte. Det kræver, at implementeringen sker på et solidt evidensgrundlag med klare kvalitetsstandarder og med organisatorisk forankring, så digitale indsatser leveres med samme faglige kvalitet som traditionelle tilbud. Det er samtidig nødvendigt at afklare, om de dokumenterede effekter fra den internationale eller nationale evidens kan overføres til bredere implementering og står mål med de ressourcer, der investeres. For at opnå bred opbakning skal tilbuddene være meningsfulde for både brugere og fagprofessionelle. De skal være fagligt vel-funderede, og indholdet bør være målrettet, let at anvende og relevant for målgruppen. Det skal opleves som en reel støtte, som brugeren kan engagere sig i på en vedholdende og systematisk måde, frem for blot at være endnu en digital aktivitet.

Datasikkerhed og overholdelse af lovgivning samt ansvarlig håndtering af personoplysninger skal selvfølgelig efterleves – som i det øvrige sundhedsvæsen. Den reelle udfordring består i at sikre, at de tekniske og organisatoriske rammer fungerer i praksis, så de digitale tilbud kan drives stabilt og sikkert uden afbrydelser eller usikkerhed hos brugerne. Hertil kommer et etisk ansvar for at beskytte børn og unges rettigheder og sikre, at nye teknologier anvendes på en måde, der understøtter behandling og tryghed uden at skabe nye former for sårbarhed.

På det politiske niveau er der klare signaler om, at digitale tilbud skal spille en større rolle i fremtidens psykiatri. Både 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed, det lettilgængelige kommunale behandlingstilbud og flere nationale politiske aftaler peger eksplicit på digitale tilbud som en del af svaret på de stigende behov. Interessen afspejles også i eksisterende initiativer på tværs af sektorer.

I civilsamfundet og i offentligt regi udvikles allerede tilbud, herunder i partnerskabsprojektet **Bedst for Os**, som samler region, universitet, kommuner og fonde om at skabe en digitalt understøttet model for børn og unge. Det er imidlertid afgørende, at der følges op på, om de reelt indfrier deres potentiale. Den 'Fælles-offentlige Behandlingsplatform' rummer fx store muligheder for digital forløbsunderstøttelse på tværs af sektorgrænser, men vil kræve et vedvarende fokus for at blive realiseret i praksis. Her kan man med fordel lære af erfaringerne fra Finland, hvor en digital fordør er blevet succesfuldt implementeret og er blevet brugt til at lette adgangen til hjælp i både primærsektoren og sekundærsektoren, blandt andet via adgang til internetbaseret terapi og e-læring til fagprofessionelle.

Erfaringer fra tidligere nationale indsatser viser, at puljefinansierede og tidsbegrænsede projekter sjældent skaber varige forandringer, hvis de ikke fra begyndelsen er tænkt ind i en samlet organisering af indsatsen. Skal digitale tilbud indfri deres fulde potentiale, må de ikke udvikles og drives som et parallelt spor, men skal integreres i de eksisterende strukturer, arbejdsgange og faglige standarder. Den politiske opbakning giver mulighed for at samle området, etablere fælles standarder og sikre en ensartet, strategisk implementering på tværs af landet. På denne baggrund præsenteres i det følgende en række konkrete anbefalinger til, hvordan området kan udvikles og organiseres, så digitale tilbud bidrager til mere sammenhængende, fleksible og tilgængelige tilbud for børn og unge med mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom.



6.1 anbefalinger

I rapporten peger vi samlet set på et stort, uudnyttet potentiale for en styrket hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom gennem digitale tilbud. På den baggrund har vi udarbejdet **otte anbefalinger** til, hvordan Danmark kan styrke området og sikre, at digitale tilbud bliver et reelt løft i hjælpen til børn og unge.

1

Udarbejd en samlet national strategi for digitale tilbud til børn og unge

Udviklingen af digitale tilbud på børne- og ungeområdet foregår i dag gennem enkeltstående initiativer uden koordinering, fælles mål og retning. Der er behov for en samlet strategi, der fastlægger tydelige mål for, hvordan digitale tilbud kan styrke det eksisterende hjælpesystem. Strategien skal sikre, at der udvikles og implementeres digitale tilbud på alle niveauer med en graderet tilgang: fra sundhedsfremme og forebyggelse over tidlig indsats til specialiseret behandling. I den nationale strategi bør det også adresseres, hvordan civilsamfundet kan fungere som et vigtigt supplement til den graderede offentlige tilgang.

Strategien skal sætte retning for opbygningen af en samlet graderet tilgang i Danmark for børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, med udgangspunkt i den gode brugerrejse og en struktur efter brugernes behov. Det skal være tydeligt, hvordan de forskellige tilbud hænger sammen og supplerer hinanden, hvor eventuelle huller skal fyldes ud hvordan brugerrejsen mellem de forskellige tilbud skal foregå, og hvordan børn og unge oplever et sammenhængende og effektivt forløb, hvor digitale tilbud fungerer som et motiverende og fleksibelt supplement til den øvrige behandling. Strategien skal således forholde sig til det samlede hjælpe-landskab; både i relation til hvordan det ser ud i dag og med en plan for, hvordan vi ønsker, at det skal se ud i fremtiden.

Strategien skal følges af en varig finansieringsmodel med modeller for investering i etableringsperiode og den løbende drift, og den skal følges af en plan for, hvordan data og erfaringer løbende indsamles, deles og anvendes i beslutningsgrundlag og kvalitetsudvikling på området. Her kan man se til Sverige og Finland, som begge har oprettet kvalitetsregistre til indsamling af data for internetbehandling.

Udviklingen af strategien skal ske i tæt samarbejde med børn, unge og forældre i målgruppen og aktørerne på området. Derudover bør en digital strategiudvikling på børne- og ungeområdet kobles til udarbejdelsen af den nationale strategi for digitalisering og data i Danmark, der som led i aftalen om sundhedsreformen skal sætte forpligtende fælles mål og retning for digitalisering og data i Danmark.



2

Involver børn, unge og deres forældre i udvikling, tilpasning og løbende kvalitetsudvikling

Brugerinddragelse skal være et centralt princip i arbejdet med digitale tilbud til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Digitale tilbud har kun reel værdi, hvis de udvikles med afsæt i målgruppens egne behov, præferencer og oplevelser – og ikke udelukkende på baggrund af økonomiske, faglige eller organisatoriske hensyn.

Som en del af forarbejdet til den nationale strategi for digitale indsatser bør der gennemføres en repræsentativ, national brugerbehovsanalyse. Denne analyse skal afdække, hvad børn, unge og – hvor det er relevant – deres forældre oplever som hjælpsomt, hvilke barrierer de møder, og hvilke funktioner eller former for støtte, der kan motivere til brug af digitale tilbud. Behovsanalysen skal sætte retning for strategiarbejdet og sikre, at udviklingen af digitale tilbud tager udgangspunkt i målgruppens perspektiver.

Ud over den nationale afdækning, der skal bruges i udarbejdelsen af den nationale strategi, bør lokale beslutningstagere inddrage brugere i udviklingen, oversættelsen eller tilpasningen af nye digitale tilbud. Brugerinddragelse i lokale processer sikrer, at de enkelte tilbud matcher den specifikke målgruppe og lokale kontekst. Denne inddragelse bør fortsætte efter implementering, så brugernes erfaringer og feedback kan anvendes til løbende kvalitetsudvikling. Det er afgørende, at brugere ikke ses som en homogen størrelse, men at der inddrages børn og unge med forskellige socioøkonomiske baggrunde.

Dokumenteret og systematisk brugerinddragelse som standard – både på nationalt og lokalt niveau – bør være et kvalitetskrav for alle digitale tilbud, der ønsker national udbredelse. Det vil øge sandsynligheden for, at tilbuddene reelt anvendes og giver værdi for målgruppen.

3

Gentænk strukturen – integration af digitale tilbud kræver systemiske ændringer

Digitale tilbuds potentiale for at gøre en forskel for børn, unge og deres familier kan ikke indfries, hvis tilbuddene blot tilføjes som et ekstra lag på – eller ved siden af – det eksisterende behandlingssystem. Digitale tilbud kan ikke kun øge adgang til hjælp, men fx også aktivt understøtte klassiske behandlingsforløb mellem ansigt-til-ansigt-sessioner. Når digitale tilbud implementeres i overensstemmelse med forskning og best practice, kan de bidrage til at motivere børn, unge og deres familier til at træne teknikkerne i hverdagen, gennemføre hjemmeopgaver, følge behandlingsplanen og fastholde kontakten med behandlingssystemet gennem hele forløbet.

Integration af digitale tilbud i en samlet gradueret tilgang kræver således omhyggelig gentænkning af brugerrejsen og grundig vurdering af, hvordan og hvornår digitale tilbud kan bidrage konstruktivt. Der skal også tages med i betragtning, hvordan forskellige digitale tilbud og kontakter med fagprofessionelle kan supplere hinanden i forhold til den konkrete målgruppes behov. Fx kan nogle digitale tilbud fungere selvstændigt, mens andre skal integreres i eksisterende tilbud. I begge tilfælde er det afgørende både at gentænke, hvordan dette skal gøres, og hvordan de forskellige tilbud hænger sammen.

Digitale tilbud skal tænkes ind som en integreret del af den samlede indsats og understøtte en gradueret tilgang, hvor børn og unge får støtte, der matcher deres behov fra tidlig indsats til specialiseret behandling. For at det kan lykkes, skal adgangen til hjælp blive lettere og mere fleksibel. Gatekeeping, der ikke er fagligt begrundet, skal reduceres, så flere kan få støtte, før problemerne vokser sig store. Digitale tilbud skal indgå i visitation, dokumentation, sam-

arbejde og opfølgning. Der skal være kvalitets-sikrede tilbud på alle indsatsniveauer i den graduerede tilgang og tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellem de aktører, der leverer dem. Et led i gentænkningen af strukturen bør også være at rykke på sundhedsreformens vision om én digital fordør og få skabt et digitalt overblik, der modvirker fragmenteringen, så vi får mere ud af alle de gode tilbud, der allerede findes. Et overblik, der vil være til gavn for både unge, forældre og fagpersoner omkring de unge og deres forældre. Det vil både bidrage til at kortlægge hjælpelandskabet og guide børn, unge og familier ind i det rigtige tilbud samt at få lavet en gennemtænkt og sammenhængende plan for, hvordan landskabet skal udvikle sig. At lave en intuitiv vejviser, der guider unge, forældre og fagpersoner godt igennem hjælpelandskabet på tværs af tilbud i både kommuner, regioner, almen praksis og civilsamfund er et stort og krævende arbejde. Det kræver, faste årlige driftsmidler at holde vejviseren ved lige, da tilbud løbende opstår og lukker.



4

Fagprofessionelle: Inddragelse og kompetenceudvikling

Hvis digitale løsninger skal gøre en reel forskel i hjælpen til børn og unge, er det afgørende, at de fagprofessionelle føler sig kompetente i og trygge ved brugen af de nye digitale tilbud. Det kræver, at de inddrages tidligt i udviklings- eller tilpasningsprocessen, så tilbuddene passer til deres behov og opleves som et relevant og brugbart supplement til eksisterende arbejdsformer. Når de fagprofessionelle oplever, at tilbuddene skaber værdi for både dem selv, børnene, de unge og deres familie, øges motivationen for at bruge tilbuddene aktivt og loyalt.

Mange fagprofessionelle mangler endnu kompetencer i og erfaring med digitale tilbud. Derfor bør der tilbydes målrettet kompetenceudvikling, hands-on træning, supervision og mulighed for at opbygge erfaring i rammer, der er befordrende for deres faglige udvikling. Disse aktiviteter skal ledsages af klar ledelsesmæssig opbakning, adgang til brugervenlig teknisk support og klare retningslinjer for brug, så tilbuddene kan integreres uden at skabe usikkerhed eller ekstra belastning i hverdagen.

Brugervenligt design (i dette tilfælde for fagprofessionelle), fleksibilitet i anvendelsen og tilgængelig dokumentation for evidens for effekt og datasikkerhed er centrale forudsætninger for, at de fagprofessionelle tillidsfuldt kan bruge tilbuddene – særligt når de arbejder med sårbare målgrupper. Desuden bør der etableres faste kanaler til at indsamle erfaringer fra de fagprofessionelle, så tilbagemeldinger kan omsættes direkte til løbende kvalitetsforbedringer. En vellykket implementering af digitale tilbud kræver en professionel kulturændring, hvor digitale tilbud betragtes som en naturlig del af det faglige arbejde. Det forudsætter ledelsesmæssig prioritering og vedholdenhed på dette område, hvis der på længere sigt skal skabes mere stabile og varige forbedringer i tilbuddene til børn, unge og deres familier. Det kræver ledere på alle

organisatoriske niveauer, som har forståelse for at lede forandringer med et særligt blik på digital transformation.

5

Implementering i Danmark bør anvende international evidens

Vi bør kun tilbyde evidensbaseret hjælp til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Med andre ord hjælp, der er baseret på troværdig dokumentation for en positiv effekt. Dokumentation som børn, unge og deres familier bør have krav på altid at blive præsenteret for.

Området har brug for mere og bedre dansk forskning. Men det vil ikke være fornuftigt at kræve, at vi alene skal tilbyde digitale tilbud, der er udviklet og afprøvet i Danmark. Der er nemlig dokumentation for, at evidensbaserede tilbud, hvis positive effekt er påvist i ét land, i høj grad kan reproducere⁷⁷. Omfattende brug af den internationale evidens – ud over den danske evidens, der findes – er den måde, hvorpå kvaliteten af det danske sundhedssystem bliver udviklet. International evidens er en vigtig genvej til hurtig og effektiv handling, forudsat at de ansvarlige myndigheder i Danmark sikrer, at overførbareheden vurderes grundigt.

Nå det gælder den internationale evidens, er der publiceret flest forskningsbaserede effekt-evalueringer inden for internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med moderate symptomer på angst og/eller depression. Den internationale evidens viser samlet set en medium effekt, hvilket er den samme størrelsesorden, som denne terapi giver for målgruppen baseret på ansigt-til-ansigt-sessioner. Der er derfor et særligt potentiale i Danmark for at overføre, tilpasse og implementere internet-baseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med moderate symptomer på angst og/eller depression.

Vi skal efterfølgende overvåge, om den positive effekt fra den internationale evidens fastholdes,

når tilbuddene implementeres i Danmark. Det kan vi gøre ved at gennemføre forskningsbaseret effekt-evaluering som en integreret del af den løbende kvalitetsudvikling af tilbuddet. Det kræver klassisk samkøring af registerdata, oprettelse af et data kvalitetsregister over internetbehandling (som de har i både Sverige og Finland), adgang for forskere til valide driftsdata på tilbuddet og brug af statistiske metoder, der gør det muligt at sige noget troværdigt om effekt. Viden fra disse effekt-evalueringer skal nyttiggøres i den løbende kvalitetsudvikling af driften, hvor indsatser forbedres, tilbud med dokumenteret effekt udbredes og både nationalt og internationalt kendte fejl undgås.

En målrettet kombination af tilbud baseret på overførsel af international evidens, nye dansk-udviklede og evidensbaserede tilbud, dansk implementeringsforskning, erfaringer fra voksenområdet, systematisk dataindsamling og videndeling kan sikre både hurtig handling og en indsats for børn og unge, der bygger på den bedst tilgængelige evidens.

6

Mere dansk forskning der er relevant for tilpasning af tilbud

Ud over at udnytte den eksisterende internationale evidens langt bedre er der som nævnt også behov for mere og bedre dansk forskning på området. Der er særligt brug for mere viden om, hvad der virker i forhold til effektiv implementering i en dansk kontekst. Der er næsten ikke gennemført forskning i Danmark på dette felt. Der mangler studier, der kan identificere de mest effektive implementeringsmodeller og -metoder samt dokumentere samfundsøkonomiske effekter.

Der er behov for flere studier af høj kvalitet med større deltagerantal og valide effekt-evalueringdesign for at opnå troværdig evidens. Et stort deltagerantal vil gøre det muligt at undersøge flere undergrupper for at afdække, hvad der virker for hvem. Effekten af mere fleksible digitale tilbud bør ligeledes undersøges, så vi ved mere

om, i hvilken grad der er behov for at tilpasse tilbuddene til forskellige undergrupper af børn og unge. Samtidig kan nye teknologier som VR, spilbaserede interventioner, chatbots og AI-baseret præcisionsbehandling med iKAT rumme et betydeligt potentiale. Men de er stadig underbelyst og bør derfor testes systematisk for effekt, accept og sikkerhed, inden de tages i brug. Desuden er der stor mangel på viden om omkostningseffektivitet, særligt i en dansk kontekst. Der er behov for at regne videre fra veldokumenterede effekter for børn og unge til eventuelle økonomiske gevinster for børn, unge, deres familier og samfundet. En styrket forskningsindsats på disse områder vil skabe et mere omfattende og relevant beslutningsgrundlag, når digitale tilbud til børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom skal implementeres og kvalitetsudvikles.



7

Brug data til at skræddersy og forbedre digitale tilbud

Når et nyt digitalt tilbud er sat i drift, bør det indebære systematisk dataindsamling, så tilbuddet løbende kan forbedres. Digitale tilbud giver særligt gode muligheder for dette, fordi teknologien understøtter brug af validerede spørgeskemaer, ensartede procedurer og struktureret indsamling af information om ressourceforbrug og brugernes forløb. Disse data kan anvendes til præcisionsbehandling, hvor indsatser skræddersys til den enkelte på baggrund af fx diagnose, symptomer, præferencer og respons på behandling.

Løbende monitorering gør det muligt at justere forløb i realtid, så indsatsen forbliver relevant og effektiv både for brugeren og til støtte for de fagprofessionelles beslutninger. Erfaringer fra forskningsprojekter som PERSONAE og Challenge viser, at kombinationen af digitale formater med individualiseret behandling kan styrke både effekt og brugertilfredshed. Ved systematisk at anvende de data, der indsamles i digitale tilbud, kan man opnå en mere målrettet og præcis indsats, der tager højde for forskelle mellem brugere og tilpasser behandlingen til deres udvikling over tid. Dette skaber bedre forudsætninger for, at børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom får den mest relevante og effektive hjælp på det rigtige tidspunkt.

8

Sæt standarder for etik, sikkerhed, rettigheder og ansvar for digitale tilbud

Etik, sikkerhed, rettigheder og ansvarsfordeling skal være på plads for alle offentlige ydelser – ikke mindst når det gælder tilbud til sårbare grupper som børn og unge med mentale sundhedsproblemer og psykisk sygdom. Den hastige teknologiske udvikling på det digitale felt kan imidlertid lægge et særligt stort pres på reguleringen af disse områder under særligt stort pres.

Der er derfor behov for løbende at overvåge og drøfte disse spørgsmål. Det kan fx betyde, at der oftere er behov for at opdatere nationale etiske retningslinjer, som følger den teknologiske udvikling. Og der vil være behov for løbende at afdække konsekvenserne for målgruppen af nye teknologier som kunstig intelligens, VR og chatbots. Retningslinjerne skal ikke bremse mere og bedre behandling til børn og unge, men derimod have et skarpt blik for de nye etiske dilemmaer, der kan opstå, når behandling og støtte overgår til nye formater og tekniske løsninger.

Et særligt fokus skal være på børn og unges rettigheder, herunder krav om informeret samtykke, alderssvarende kommunikation og høj beskyttelse af følsomme data. Retningslinjerne bør samtidig indeholde løbende overvågning af, hvordan teknologier kan påvirke behandlingsrelationen, ændre roller og ansvar mellem fagprofessionelle og brugere samt skabe eventuelle nye former for afhængighed eller sårbarhed.

Der skal stilles krav om fuld transparens om, hvem der står bag et tilbud, hvilken evidens der er for effekt, hvordan data indsamles og bruges, og hvordan brugere hurtigt kan få adgang til hjælp ved tekniske eller faglige problemstillinger. Endelig bør der fastlægges klare rammer for balancen mellem digital og menneskelig kontakt. Retningslinjerne skal præcisere, hvornår digitale tilbud kan anvendes som selvstændigt tilbud, og hvornår de bør suppleres med professionel støtte, så kvaliteten og sikkerheden i indsatsen bevares.



Litteratur

- 1 Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry 2020; 77: 155–64.
- 2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. Psykiatriske diagnoser og kontakter blandt børn og unge i 2012-2022. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023 <https://www.benchmark.dk/Media/638458459532226626/Psykiatriske%20diagnoser%20og%20kontakter%20blandt%20b%C3%B8rn%20og%20unge%20i%202012-2022.pdf>.
- 3 Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2020 <https://vidensraad.dk/rapport/mental-sundhed-og-sygdom-hos-boern-og-unge-i-alderen-10-24-aar-forekomst-udvikling-og> (accessed July 2, 2025).
- 4 Statsrevisorerne. Beretning om overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien. 2024 <https://www.rigsrevisionen.dk/Media/638439378115271204/SR1023.pdf>.
- 5 Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelse. Sundhedsstyrelsen, 2022 https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx.
- 6 Sundhedsstyrelsen. Analyse af ventetider til praktiserende psykiatere og børneog ungdomspsykiatere. Sundhedsstyrelsen, 2024 https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Psykiatri/Analyse-af-ventetider-til-praktiserende-psykiatere-og-boerne--og-ungdomspsykiatere.ashx?sc_lang=da&hash=253FA3CDFC37F6D6E8CC6F61E4D565C4#:~:text=Regeringen%20og%20alle%20Folketingets%20partier%20indgik%20den%2024.,b%C3%B8rne%2C%20unge%20og%20voksenomr%C3%A5det%2C%20samt%20beskrive%20mulige%20l%C3%B8sningsforslag.
- 7 McGorry PD, Mei C, Dalal N, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry 2024; 11: 731–74.
- 8 Poulsen AM, Jensen DC, Petersen JØ, Konnerup M. Mistrivsel eller psykisk sygdom? Sådan skelner vi, og sådan får børn og unge den rette hjælp. Psykiatrifonden, 2025.
- 9 McGorry P, Gunasiri H, Mei C, Rice S, Gao CX. The youth mental health crisis: analysis and solutions. Front Psychiatry 2025; 15: 1517533.
- 10 World Health Organization. Quality standards for child and youth mental health services. For use in specialized community or outpatient care across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380778/WHO-EURO-2025-11318-51090-77776-eng.pdf?sequence=1>.
- 11 Jensen CM, Mainz J, Beck CM, Larsen TG, Sloth A. Stepped care-model kan styrke tværsektorielt samarbejde. Dan Selsk Ledelse Sundhedsvæsenet 2019. <https://dssnet.dk/stepped-care-model-kan-styrke-tvaersektorielt-samarbejde/> (accessed May 8, 2025).
- 12 Mainz J, Piaske Johnsen, S. Kvalitet og patientsikkerhed. København: Munksgaard, 2023.

- 13 Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression. Sundhedsstyrelsen, 2017 https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Forloebprogrammer/For%C3%B8bsprogram-for-b%C3%B8rn-og-unge-med-Angst-og-Depression.ashx?sc_lang=da&hash=04CE689E56311E5026D1ABEAF80D4A16.
- 14 Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligstyrelsen, Børne- og Undervisningsministeriet. Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Sundhedsstyrelsen, 2023 https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Behandlingstilbud-boern-unge-psykisk-mistrivsel/Faglig-ramme-boern-og-unge-psykisk-mistrivsel.ashx?sc_lang=da&hash=58C5A9F623D150FCE68890CC421E309D.
- 15 Sundhedsstyrelsen. Hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdoms-psykiatrien. Sundhedsstyrelsen, 2024 https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Psykiatri/FINAL_HURTIG_OPSTART_BU-_002_.ashx?sc_lang=da&hash=9035CD52B20B232262EA413118552C2A.
- 16 Boydell KM, Hodgins M, Pignatiello A, Teshima J, Edwards H, Willis D. Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 87–99.
- 17 Hollis C, Falconer CJ, Martin JL, et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems - a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 474–503.
- 18 Folker MP, Helverskov T, Nielsen AS, Jørgensen US, Larsen J, John T. Telepsykiatri giver nye muligheder for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom. *Ugeskr Læg* 2018. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/telepsykiatri-giver-nye-muligheder-forebyggelse-og-behandling-af-psykisk-sygdom> (accessed May 8, 2025).
- 19 Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2019; 22: 147–71.
- 20 Löchner J, Carlbring P, Schuller B, Torous J, Sander LB. Digital interventions in mental health: An overview and future perspectives. *Internet Interv* 2025; 40: 100824.
- 21 Holstein BE, Henriksen, T. B., Rayce, S. B., et al. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2021.
- 22 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–2.
- 23 Bedst for Os. [bedstforos.dk](https://bedstforos.dk/arbejdspakke/arbejdspakke-3). 2025. <https://bedstforos.dk/arbejdspakke/arbejdspakke-3> (accessed Aug 19, 2025).
- 24 Waitz C, Caracansi A, Kaufman K, et al. Implementing patient-reported outcome measures on an adolescent inpatient psychiatry unit: A feasibility study. *Psychol Serv* 2025; 22: 112–9.

- 25 Hopkin G, Coole H, Edelmann F, et al. Toward a New Conceptual Framework for Digital Mental Health Technologies: Scoping Review. *JMIR Ment Health* 2025; 12: e63484–e63484.
- 26 Andersson G, Carlbring P, Lindefors N. History and Current Status of ICBT. In: Lindefors N, Andersson G, eds. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*. Cham: Springer International Publishing, 2016: 1–16.
- 27 Barnett P, Goulding L, Casetta C, et al. Implementation of Telemental Health Services Before COVID-19: Rapid Umbrella Review of Systematic Reviews. *J Med Internet Res* 2021; 23: e26492.
- 28 Welch V, Wy TJ, Ligezka A, et al. Use of Mobile and Wearable Artificial Intelligence in Child and Adolescent Psychiatry: Scoping Review. *J Med Internet Res* 2022; 24: e33560.
- 29 Williams JE, Pykett J. Mental health monitoring apps for depression and anxiety in children and young people: A scoping review and critical ecological analysis. *Soc Sci Med* 2022; 297: 114802.
- 30 Lau N, O'Daffer A, Colt S, et al. Android and iPhone Mobile Apps for Psychosocial Wellness and Stress Management: Systematic Search in App Stores and Literature Review. *JMIR MHealth UHealth* 2020; 8: e17798.
- 31 Halldorsson B, Hill C, Waite P, Partridge K, Freeman D, Creswell C. Annual Research Review: Immersive virtual reality and digital applied gaming interventions for the treatment of mental health problems in children and young people: the need for rigorous treatment development and clinical evaluation. *J Child Psychol Psychiatry* 2021; 62: 584–605.
- 32 Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, Frampton C, Fleming T, Lucassen MFG. The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. 2012; published online April 19. DOI:10.1136/bmj.e2598.
- 33 Torous J, Bucci S, Bell IH, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2021; 20: 318–35.
- 34 McLellan LF, Woon S, Hudson JL, Lyneham HJ, Karin E, Rapee RM. Treating child anxiety using family-based internet delivered cognitive behavior therapy with brief therapist guidance: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2024; 101: 102802.
- 35 Alvarez-Jimenez M, Nicholas J, Valentine L, et al. A national evaluation of a multi-modal, blended, digital intervention integrated within Australian youth mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2025; 151: 317–31.
- 36 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform 2024. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024 <https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%202-04.02.2025.pdf>.

- 37 Fonden for Velfærdsteknologi. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin. Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, 2012 https://medcom.dk/wp-content/uploads/2023/03/handlingsplan_tele_medicin.pdf.
- 38 Regeringen, KL, Danske Regioner. Digital velfærd Nye muligheder for velfærdssamfundet. 2013. <https://www.ft.dk/samling/20121/almDEL/BUU/bilag/175/1227860.pdf>.
- 39 Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Regeringen, 2013.
- 40 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025 <https://www.ism.dk/Media/638832422750686110/Aftale%20om%20en%20samlet%2010-%C3%A5rsplan%20for%20psykiatrien-2025.pdf>.
- 41 Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger. Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2023 <https://www.ism.dk/Media/638336462586551242/Robusthed-Samlet-Rapport-TILG.pdf>.
- 42 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem. Regeringen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, 2023 <https://www.ism.dk/Media/638386107668155986/Aftale%20om%20500%20mio.%20kr.%20til%20mere%20behandling%20i%20eget%20hjem.pdf>.
- 43 Fællesoffentlig Behandlingsplatform. Fællesoffentlig Behandlingsplatform. 2025. <https://fob.cedip.dk/> (accessed Aug 19, 2025).
- 44 Sundhedsstrukturkommissionen. Sundhedsstruktur kommissionens rapport: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024.
- 45 Danske Regioner. Kommissorium for taskforce for digital psykiatri. Danske Regioner, 2025 <https://www.regioner.dk/media/szdpeme1/kommissorium-for-taskforce-for-digital-psykiatri.pdf>.
- 46 Klindt MW, Krogh L, Dinesen B. Kortlægning af digitalt informations- og psykoedukativt materiale indenfor Børne- & Ungdomspsykiatrien & fritidstilbud til børn og unge med særlige behov i Danmark. Laboratorie for Velfærdsteknologi – Digital Sundhed & Rehabilitering, ExerciseTech, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet, 2025.
- 47 Folker, M. P., Rasmussen, J., Pedersen, K. F., Brocks, N.B., D'Auchamp, A. Digital mental sundhed - Kortlægning og technology roadmap for digitale værktøjer til fremme af mental sundhed og selvhjælp ved psykisk sygdom. Teknologisk Institut, 2014.
- 48 Kvorning L, Hansen MD, Olesen NE. Kortlægning af tekniske og digitale løsninger til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i nordn. COWI, 2020.

- 49 sundhed.dk. Sundhed.dk. 2025. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdom-og-behandling/om-sundhedsvaesenet/anbefalede-sundhedsapps/> (accessed Aug 19, 2025).
- 50 Skaarnes H, Sørensen NM, Wisniewski AH, et al. Internet-based cognitive behavioral intervention for adolescents with anxiety disorders: a study protocol for a parallel three armed randomized controlled trial. *Trials* 2024; 25: 674.
- 51 Sørensen NM, Skaarnes H, Mathiasen K, McLellan LF, Thastum M, Lomholt JJ. Internet-based cognitive behavioral therapy (ICBT) for adolescents with anxiety disorders delivered with different types of therapist support: a randomized feasibility trial. *Cogn Behav Ther* 2025; 0: 1–24.
- 52 Sørensen NM, Skaarnes H, Mathiasen K, Thastum M, Lomholt JJ. Developing an Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Adolescents With Anxiety Disorders: Design, Usability, and Initial Evaluation of the CoolMinds Intervention. *JMIR Form Res* 2025; 9: e66966.
- 53 Lalouni M, Ljótsson B, Bonnert M, et al. Clinical and Cost Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Therapy in Children With Functional Abdominal Pain Disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc* 2019; 17: 2236–2244.e11.
- 54 Bonnert M, Olén O, Lalouni M, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Adolescents With Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2017; 112: 152–62.
- 55 Nielsen ES, Kallesøe K, Gehrt TB, et al. Trajectories of Change, Illness Understanding, and Parental Worries in Children and Adolescents Undergoing Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Functional Abdominal Pain Disorders: Protocol for a Single-Case Design and Explorative Pilot Study. *JMIR Res Protoc* 2025; 14: e58563.
- 56 Søgaard-Singh H, Roth Hulgaard D, Skovslund Nielsen E, et al. “I’m a bit more free”: Lived symptom experiences in adolescents with functional abdominal pain disorders after internet-delivered psychological treatment. *J Health Psychol* 2025; 30: 2282–96.
- 57 Bjureberg J, Ojala O, Hesser H, et al. Effect of Internet-Delivered Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents With Nonsuicidal Self-Injury Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2023; 6: e2322069.
- 58 Morthorst B, Olsen MH, Jakobsen JC, et al. Internet based intervention (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) as add-on to treatment as usual versus treatment as usual for non-suicidal self-injury in adolescent outpatients: The TEENS randomised feasibility trial. *JCPP Adv* 2022; 2: e12115.
- 59 Nielsen, E., Kallesøe, N., Frostholm, L., Rask, C. Internet-delivered Psychological Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders in Youth: the Impact of Negative Illness Understanding and Parental Illness Worries. Aarhus Universitet, 2023 <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05486585> (accessed May 10, 2025).

- 60 Smith LC, Vernal DL, Mariegaard LS, et al. Immersive virtual reality-assisted therapy targeting persistent auditory verbal hallucinations in patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders in Denmark: the Challenge assessor-masked, randomised clinical trial. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 557–67.
- 61 Ho TQA, Le LK-D, Engel L, et al. Barriers to and facilitators of user engagement with web-based mental health interventions in young people: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2025; 34: 83–100.
- 62 Liverpool S, Mota CP, Sales CMD, et al. Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. *J Med Internet Res* 2020; 22: e16317.
- 63 Liverpool S, Mc Donagh C, Feather J, et al. Updates on digital mental health interventions for children and young people: systematic overview of reviews. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2025; published online April 25. DOI:10.1007/s00787-025-02722-9.
- 64 McCashin D, Coyle D, O'Reilly G. Qualitative Synthesis of Young People's Experiences With Technology-Assisted Cognitive Behavioral Therapy: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2019; 21: e13540.
- 65 Rubin M, Gebhardt E, Malloy L, Telch MJ. An initial test of a new self-guided internet-based intervention for social anxiety: iExposure. *Cogn Behav Ther* 2025; 54: 1–16.
- 66 Waters AM, Zimmer-Gembeck MJ, Craske MG, Pine DS, Bradley BP, Mogg K. A Preliminary Evaluation of a Home-based, Computer-delivered Attention Training Treatment for Anxious Children Living in Regional Communities. *J Exp Psychopathol* 2016; 7: 511–27.
- 67 Comer JS, Furr JM, Del Busto C, et al. Therapist-Led, Internet-Delivered Treatment for Early Child Social Anxiety: A Waitlist-Controlled Evaluation of the iCALM Telehealth Program. *Behav Ther* 2021; 52: 1171–87.
- 68 Beidel DC, Tuerk PW, Spitalnick J, Bowers CA, Morrison K. Treating Childhood Social Anxiety Disorder With Virtual Environments and Serious Games: A Randomized Trial. *Behav Ther* 2021; 52: 1351–63.
- 69 Personae. Personae. 2025. <https://personae.cedip.dk/>.
- 70 Borghouts J, Eikey E, Mark G, et al. Barriers to and Facilitators of User Engagement With Digital Mental Health Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2021; 23: e24387.
- 71 Lehtimäki S, Martic J, Wahl B, Foster KT, Schwalbe N. Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. *JMIR Ment Health* 2021; 8: e25847.

- 72 Wu Y, Fenfen E, Wang Y, et al. Efficacy of internet-based cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interv* 2023; 34: 100673.
- 73 Christensen SH, Heinrichsen M, Møhl B, et al. Internet-delivered emotion regulation therapy for adolescents engaging in non-suicidal self-injury and their parents: A qualitative, online focus group study. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2025; 98: 322–41.
- 74 Pihlaja S, Stenberg J-H, Joutsenniemi K, Mehik H, Ritola V, Joffe G. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interv* 2018; 11: 1–10.
- 75 Andersson R, Vigerland S, Ahlen J, et al. “Therapy without a therapist?” The experiences of adolescents and their parents of online behavioural activation for depression with and without therapist support. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024; 33: 105–14.
- 76 Lenhard F, Vigerland S, Engberg H, Hallberg A, Thermaenius H, Serlachius E. “On My Own, but Not Alone” - Adolescents' Experiences of Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *PLOS ONE* 2016; 11: e0164311.
- 77 Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, et al. The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychol Med* 2021; 51: 21–9.
- 78 Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* 2020; 22: e18100.
- 79 Hedman-Lagerlöf E, Carlbring P, Svärdman F, Riper H, Cuijpers P, Andersson G. Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2023; 22: 305–14.
- 80 Mikkonen K, Bombino A, Villa A, et al. Guided Self-help in the Treatment of Common Mental Health Disorders - The development of the Finnish guided self-help (F-GSH) model. *Psychiatr Fenn* 2024; 55: 30–47.
- 81 Saarni SI, Nurminen S, Mikkonen K, et al. The Finnish therapy navigator – Digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatr Fenn* 2022; 53: 120–37.
- 82 Mikkonen K, Mondolin V, Laitala S, Saarni SI, Saarni SE. Interpersonal Psychotherapy and Interpersonal Counseling: Digital Training Tools in Finland. In: Weissman M, Mootz J, eds. *Interpersonal Psychotherapy: A Global Reach*. Oxford University Press, 2024: 0.
- 83 Saarni SE, Rosenström T, Stenberg J-H, et al. Finnish Psychotherapy Quality Register: rationale, development, and baseline results. *Nord J Psychiatry* 2023; 77: 455–66.

- 84 Rosenström TH, Saarni SE, Saarni SI, Tammilehto J, Stenberg J-H. Efficacy and effectiveness of therapist-guided internet versus face-to-face cognitive behavioural therapy for depression via counterfactual inference using naturalistic registers and machine learning in Finland: a retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 189–97.
- 85 McGlinchey H. How digital treatment solutions are supporting children and young people's mental health. *Br J Child Health* 2023; 4: 264–7.
- 86 Cross S, Mangelsdorf S, Valentine L, et al. Insights from fifteen years of real-world development, testing and implementation of youth digital mental health interventions. *Internet Interv* 2025; 41: 100849.
- 87 Alvarez-Jimenez M, Koval P, Schmaal L, et al. The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World Psychiatry* 2021; 20: 233–43.
- 88 Meyers DC, Durlak JA, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *Am J Community Psychol* 2012; 50: 462–80.



*“Noget andet, vi med tiden
har lært, er, at det er afgørende
med menneskelig støtte.”*

(Mario Alvarez, MOST)



Appendix A:

Kortlægning af danske digitale tilbud og forskningsprojekter

Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatstype	Målgruppe	Problematik
IMPLEMENTEREDE INDSATSER					
Mindhelper	Center for Digital Psykiatri	Offentlig	Information	13-20 år	Mistrivsel
Onlinevejledning og -rådgivning gennem en vidensportal, hvor unge kan søge viden om mental sundhed, få råd til at håndtere problemer, få personlig hjælp gennem en brevkasse og blive guidet til steder, hvor de unge kan få mere hjælp.					
UNIK online	Foreningen Børn og Unge Trivsel	NGO	Online vejledning og terapi	Unge, der er eller har været anbragt (15-29 år)	Mistrivsel
UNIK Online tilbyder fem individuelle online terapisaftaler og livechat for unge, der har været anbragt, uanset hvor i landet de befinder sig.					
Cyberhus	Center for digital pædagogik	NGO	Online vejledning	9-25 år	Mistrivsel
Cyberhus tilbyder anonym rådgivning gennem chat, brevkasser og fællesskabsfora. Indsatsen bygger på digital pædagogik og foregår både med fagpersoner og jævnaldrende som støtte.					
UngtilUng	Foreningen Ung-Trivsel	NGO	Online vejledning og Onlinegrupper	18-35 år	Mistrivsel
UngTilUng tilbyder anonym chatrådgivning, samtaleforløb, digitale fællesskaber og onlinekurser. Rådgivningen varetages af frivillige unge med egne erfaringer med psykisk sårbarhed, som har gennemgået en intern uddannelse og modtager løbende supervision.					
MindApps	Center for digital psykiatri	Offentlig	App bibliotek	Alle	Psykisk sygdom, mistrivsel
Et online appbibliotek, der samler kvalitetssikrede mentale sundheds-apps. Alle apps er fagligt vurderet af to fagpersoner med psykolog- eller anden sundhedsfaglig baggrund fra Center for Digital Psykiatri.					
Psykiatrifondens Rådgivning	Psykiatrifonden	NGO	Online vejledning og Onlinegrupper	Alle	Psykisk sygdom, mistrivsel
Anonym chatrådgivning til alle, der har spørgsmål til mental mistrivsel og psykisk sygdom. Derudover er der online støttegrupper til unge (15-25 år), der er vokset op i en familie med psykisk sygdom. Grupperne ledes af to gruppeledere, og gennem otte sessioner får de unge mulighed for at møde andre unge i samme situation og tale om udfordringerne forbundet med at være ung pårørende.					
TUBAs chatrådgivning	TUBA	NGO	Online vejledning	14-35 år	Mistrivsel, misbrug
Anonym chatrådgivning til unge, som er opvokset i en familie med alkohol og stofmisbrug.					
Headspace chatrådgivning	Det Sociale Netværk	NGO	Online vejledning	12-25 år	Mistrivsel
Headspace tilbyder gratis og anonym rådgivning til unge om forskellige udfordringer.					
Hørt	Børns vilkår	NGO	Online vejledning	15-24 år	Psykisk sygdom, mistrivsel
Hørt er et anonymt og gratis rådgivningstilbud, hvor unge kan få støtte og vejledning om forskellige udfordringer.					
GirlTalk	GirlTalk	NGO	Online vejledning	Piger og unge kvinder (12-24 år)	Psykisk sygdom, mistrivsel
GirlTalk tilbyder et frirum for piger og unge kvinder, der oplever problemer som selvskade, spiseforstyrrelser, skilsmisse, mobning, selvmordstanker, depression, stress og lavt selvværd. Organisationen tilbyder anonym digital rådgivning varetaget af frivillige unge kvinder, individuelle samtaler, familiesamtaler samt forældresamtaler. Derudover udbydes foredrag og workshops.					

Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatstype	Målgruppe	Problematik
IMPLEMENTEREDE INDSATSER					
BørneTelefonen - chatrådgivning	Børns Vilkår	NGO	Online vejledning	Alle børn og unge	Psykisk sygdom, mistrivsel
BørneTelefonens chatfunktion giver børn og unge mulighed for at skrive anonymt med en rådgiver. Rådgivningen foregår i et trykt og fortroligt rum, hvor barnet kan få støtte og hjælp til alt fra hverdagens problemer til alvorlige kriser. Man bestemmer selv, hvad man vil tale om, og det er gratis at bruge chatten. Chatten er åben hver dag, og der kan være ventetid i perioder med mange henvendelser.					
Foreningen Spise- forstyrrelser og Selvskade - chatrådgivning	Foreningen for Spiseforstyrrelser & Selvskade	NGO	Online vejledning	Chatten er for alle, der har spørg- smål om spise- forstyrrelser eller selvskade	Spiseforstyrrelse, selvskade
Foreningen for Spiseforstyrrelser og Selvskades chatfunktion tilbyder anonym og gratis rådgivning til børn, unge og voksne, der selv oplever spiseforstyrrelser eller selvskade – eller er pårørende. Chatten bemannes af frivillige med relevant erfaring og viden.					
Livslinjen	Livslinjen	NGO	Online vejledning	Alle i krise eller med selvmord- stanker	Selvmodstanker
Livslinjens chatfunktion tilbyder anonym, fortrolig og gratis støtte til mennesker i krise eller med selvmordstanker. Chatten bemannes af frivillige rådgivere med særlig træning i at tale med mennesker, der har det svært. Man kan skrive om alt – også det sværeste – og bliver mødt med respekt, tid og forståelse.					
Social Space App	Sociale Space	NGO	Online vejledning	Alle	Mistrivsel
SocialSpace-appen er en gratis og anonym digital løsning, der guider unge i Danmark til relevante rådgivningstilbud, når de oplever psykisk mistrivsel eller har brug for nogen at tale med. Man indtaster sine oplysninger om sin aktuelle situation og bliver henvist til en anden løsning.					
Sorglinjen - Chat	Det Nationale Sorgcenter	NGO	Online vejledning	Fra 13 år	Sorg
Sorglinjens chatfunktion giver mennesker i sorg mulighed for at chatte anonymt med frivillige, der selv har mistet.					
Ung på linje	Ungdommens Røde Kors	NGO	Online vejledning	13-30 år	Mistrivsel
Ung På Linje er et anonymt og gratis samtaletilbud fra Ungdommens Røde Kors. Det henvender sig til unge i alderen 13 til 30 år, der har brug for nogen at tale med om stort og småt i livet. Samtalerne er uforpligtende, og man kan tale om alt fra ensomhed, familie og uddannelse til kærlighed, sex og selvmordstanker.					
CoolMinds	Samarbejde mellem Center for Digital Psykiatri i Region Syddan- mark og Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge ved Aarhus Uni- versitet	Offentlig	Digitalt behan- dlingsprogram	Børn og unge, der oplever angst- symptomer (12-17 år) i Region Syd og Region H	Angst
CoolMinds er et internetbaseret behandlingsprogram designet til at hjælpe unge med angst. Programmet består af 11 moduler for den unge og 9 moduler for forældrene, som gennemføres over en periode på 14 uger. Behandlingen inkluderer skriftlig støtte fra en psykolog og er baseret på kognitiv adfærdsterapi.					
MaveMod	Region Midtjyl- land	Offentlig	Digitalt behan- dlingsprogram	Børn og unge diagnostiseret med funktionelle mavelidelser (8-17 år) og deres forældre	Funktionelle mavelidelser
Internetbehandlingen varer 10 uger og består af eksponeringsbaseret kognitiv adfærdsterapi. Der er et separat program til børn, unge og deres forældre. Deltagerne får ugentligt skriftlig feedback fra deres behandler.					

Tabellen fortsætter på næste side

Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatstype	Målgruppe	Problematik
UNDER UDVIKLING					
Bedst for Os	Region Nordjylland og Aalborg Universitet	Offentlig	Digital platform	Under 18 år	Mistrivsel , psykisk sygdom
Internetbehandlingen varer 10 uger og består af eksponeringsbaseret kognitiv adfærdsterapi. Der er et separat program til børn, unge og deres forældre. Deltagerne får ugentligt skriftlig feedback fra deres behandler.					
Selvskadeprojektet (ERITA)	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstadens psykiatri	Offentlig	Digitalt behandlingsprogram	Selvskadende unge (13-17 år) og forældre	Selvskade
Individuel behandling af selvskadende unge med hjælp af behandlingsformen ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents). Forløbet er over 12 uger, som er en tillægsbehandling til den øvrige behandling, som patienten modtager. Familien møder deres ERITA-terapeut ved en indledende samtale, og under hele behandlingen har den unge og forældrene igennem to separate behandlingsprogrammer kontakt med den samme terapeut over internettet. I behandlingsforløbet foretager den unge desuden registreringer via en app. Behandlingen sigter mod at bedre den unges evne til følelsesregulering og bedre forældrenes evne til at rumme den unges svære følelser for derigennem at mindske selvskade.					
CHALLENGE-Young	Børne- og Ungdomspsykiatrien, Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland i samarbejde med alle øvrige regioner	Offentlig	Teknologiunderstøttet behandling	Børn og unge med hørehallucinationer (12-17 år)	Hørehallucinationer
I CHALLENGE-Young afprøves virtual reality-assisteret terapi til behandling af hørehallucinationer hos unge med psykose i alderen 12-17 år. Projektet er planlagt som landsdækkende randomiseret kontrolleret studie. I terapien skabes en avatar i VR, der ligner og lyder som den stemme, den unge hører, og i løbet af terapien indgår den unge i dialog med stemmen, styret af terapeuten. Forud for det nationale studie foretages et mindre pilotstudie. Terapien og projektet bygger videre på det danske forskningsprojekt Challenge, som er udviklet til voksne.					

Appendix B:

Afgrænsning og metode for kortlægningen af danske digitale tilbud

I kortlægningen af danske tilbud er der kun medtaget tilbud, som har et digitalt element som en central del af indsatsen, og som er i drift og tilgængeligt i praksis. Løsningerne skal kunne gælde for børn og unge, også selvom de ikke udelukkende er målrettet denne gruppe. Tilbud, der kun er aktive i én kommune eller region, eller som kræver egenbetaling, er ikke medtaget (for et overblik over kommunale tilbud henvises til Klindt et al. (2025)⁴⁶).

Der er medtaget både selvhjælpsværktøjer og tilbud med terapeutisk støtte. Også værktøjer, der udelukkende består af selvhjælp, er medtaget, forudsat at de rummer konkrete øvelser, strukturerede forløb eller anden form for støtte til brugeren. Derimod er rene opslagsværker og informationsplatforme som patienthåndbogen.dk ikke medtaget, da de ikke indeholder et anvendelseselement ud over formidling af viden. På samme måde er rådgivningstilbud, der ikke specifikt er målrettet mentale sundhedsproblemer, såsom Sexlinjen og Slet Det, ikke medtaget. Konsultationer og lignende, der foregår via platforme som Teams eller Zoom, er ikke medtaget, da disse løsninger primært udgør en digitalisering af traditionelle behandlingsformer og dermed ikke repræsenterer en selvstændig digital løsning.

Offentligt tilgængelige mental sundheds-apps er ikke inkluderet enkeltvis men samlet under løsningen Mindapps, som er et appbibliotek med overblik over kvalitetssikrede mental sundheds-apps. For at give et mere nuanceret billede af det samlede hjælpelandskab og synliggøre, hvad der er på vej, inkluderer kortlægningen også igangværende forskningsprojekter og løsninger under udvikling. Disse initiativer er udvalgt på baggrund af potentialet for videre implementering og udbredelse, hvorfor meget små forskningsprojekter ikke er medtaget.

Som led i kortlægningen er der hentet viden fra tidligere rapporter på området, herunder 'Digital mental sundhed - Kortlægning og technology roadmap for digitale værktøjer til fremme af mental sundhed og selvhjælp ved psykisk sygdom'⁴⁷, 'Kortlægning af tekniske og digitale løsninger i Norden'⁴⁸ og 'Kortlægning af digitalt informations- og psykoedukativt materiale indenfor Børne- & Ungdomspsykiatrien & fritidstilbud til børn og unge med særlige behov i Danmark'⁴⁶. Herfra er en række initiativer blevet identificeret og efterfølgende vurderet i forhold til, om de stadig er aktive og relevante.

Der er søgt bredt efter øvrige relevante tilbud ved hjælp af Google og ChatGPT for at identificere løsninger, der ikke fremgår af tidligere rapporter. For at sikre en så dækkende kortlægning som muligt er der også indhentet supplerende viden gennem sparring med fagfolk med indsigt i digitale tilbud på området. Vi må dog tage forbehold for, at vi måske ikke har fået inkluderet alle eksisterende løsninger inden for kriterierne, da der kan være dukket nye op, eller vi kan have overset nogle.

Appendix C:

Metode og screeningsprocess for systematisk litteratur review

Dette systematiske review er udarbejdet i overensstemmelse med PRISMA-retningslinjerne og er registreret i PROSPERO (CRD42025646737). Med bistand fra en universitetsbibliotekar blev der foretaget en systematisk litteratursøgning i følgende databaser: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, Scopus, Web of Science og ERIC. Eksempler på anvendte søgeord er 'adolescents', 'teen', 'child', 'anxiety disorder', 'depressive disorder', 'technology-delivered', 'internet-delivered', 'virtual reality', 'game', 'video', 'digital'. Den fulde søgestreng findes i appendix. Søgningen blev afgrænset til engelsksprogede, peer-reviewed artikler udgivet inden for de seneste 20 år.

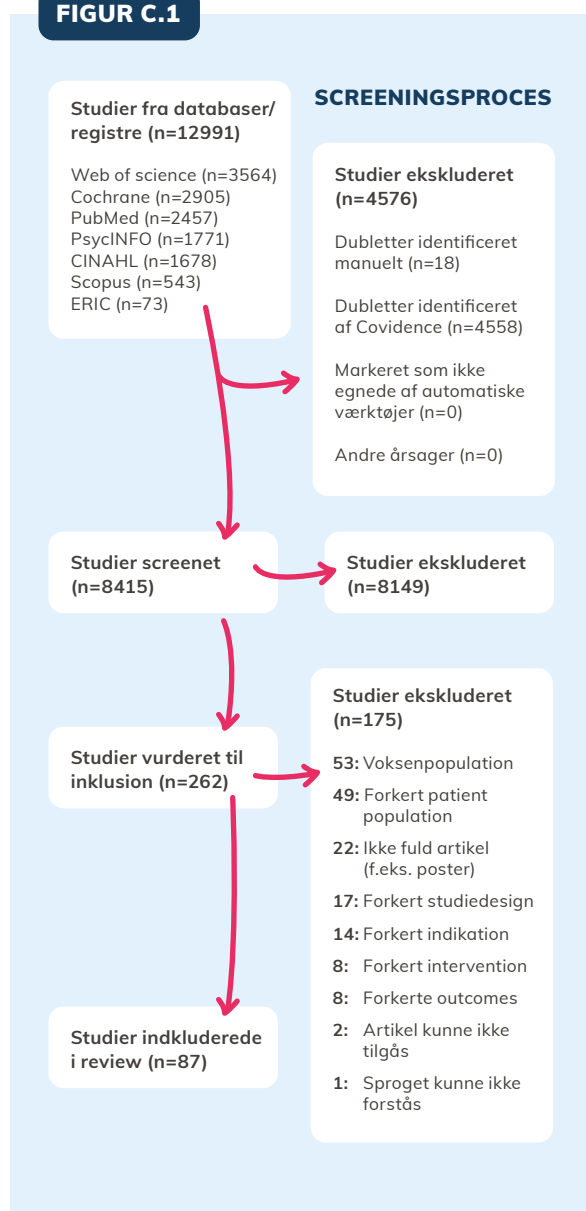
Inkluderede studier undersøgte effekten af digitale interventioner rettet mod klinisk angst og/eller depression hos børn og unge med en gennemsnitsalder under 24 år. Interventionerne var udarbejdet efter evidensbaserede psykoterapeutiske metoder og kunne være med eller uden terapeutstøtte. Studier med udelukkende forebyggende, sundhedsfremmende eller psyko-educative formål blev ekskluderet.

Udvælgelsen foregik i to faser: Først blev titler og abstracts screenet af to uafhængige reviewere. Derefter blev relevante fuldtekst-artikler vurderet ud fra fastsatte inklusions- og eksklusionskriterier. Uenigheder blev løst ved diskussion. Dataekstraktionen blev ligeledes udført af to uafhængige reviewere ved hjælp af en standardiseret skabelon. Forskerteamet analyserede resultaterne ved hjælp af softwaren Comprehensive Meta-Analysis (CMA) og blev beskrevet i en narrativ sammenfatning. Arbejdet er ikke fagfællebedømt, men reviewet, og metaanalysen vil blive publiceret i et internationalt fagfællebedømt videnskabeligt tidsskrift.

I alt blev 12.991 artikler identificeret. Efter fjernelse af 4.576 dubletter blev 8.415 studier screenet på titel og abstract. Heraf blev 262 artikler udvalgt til fuldtekstgennemgang. 87 artikler blev inkluderet i det endelige review. Af de resterende 175 artikler, der blev ekskluderet, var den hyppigste årsag, at studierne omhandlede en voksenpopulation (53 artikler)

efterfulgt af forkert patientpopulation (49 artikler). Derudover blev 22 artikler ekskluderet, da de ikke udgjorde fulde videnskabelige artikler (f.eks. posters), 17 grundet forkert studiedesign, og 14 fordi indikationerne ikke matchede inklusionskriterierne. Otte artikler blev ekskluderet på baggrund af irrelevante outcome mål, mens to artikler ikke kunne findes, én artikel ikke kunne tilgås, og én artikel ikke var skrevet på engelsk. En visuel oversigt over søge- og screeningsprocessen findes i Figur C.1.

FIGUR C.1



Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 1. Internetbaseret behandling sammenlignet med venteliste/aktiv kontrol.

INTERNETBASERET BEHANDLING SAMMENLIGNET MED VENTELISTE/AKTIV KONTROL										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Bell 2023	Mello- iKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	55	Angst, Depression	Ingen	Ingen	0,449 (Angst) 0,410 (Depression)	Lille (Angst) Lille (Depression)
Conley 2024	Headspace - mindfulness	Venteliste	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	145	Depression	Ingen	Ingen	0,657	Medium
Do 2021	Hangbok Nuri - cKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, kønsligevægt	55	Depression	Aktiv	Ingen	0,890	Stor
Donovan 2014	BRAVE On-line - iKAT	Venteliste	5-10 uger	Småbørn, kønsligevægt	52	Angst	Aktiv	Forældre intervention	0,591	Medium
Jolstedt 2018	BiP - iKAT	Internet-baseret børne-centreret leg	Over 10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	131	Angst	Aktiv	Aktiv	0,744	Medium
Khanna 2010	Camp Cope-A-Lot - cKAT	Psyko- edukation	Over 10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	49	Angst	Aktiv	Aktiv	1,121	Stor
Leigh 2023	OSCA - iKAT	Venteliste	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	43	Social Angst	Aktiv	Ingen	2,602	Stor
Lenhard 2017	BiP OCD - iKAT	Venteliste	Over 10 uger	Unge, kønsligevægt	67	OCD	Aktiv	Aktiv	0,691	Medium
Lin 2020	iKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	80	Social Angst	Ingen	Ingen	2,722	Stor
Lindqvist 2020	iPDT	Støttende tekst beskeder	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	76	Depression	Aktiv	Ingen	0,852	Stor
March 2009	BRAVE - iKAT	Venteliste	5-10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	73	Angst	Aktiv	Aktiv	0,557	Medium
McLellan 2024	Cool Kids online -iKAT	Venteliste	5-10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	95	Angst	Aktiv	Aktiv	0,424	Lille
Moeni 2019	DAD	Ikke specificeret	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	128	Depression	Aktiv	Ingen	0,196	Ingen
Nissling 2023	iACT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	54	Angst	Aktiv	Ingen	0,226	Lille
Nordh 2021	iKAT	ISUP-PORT	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	103	Social Angst	Aktiv	Aktiv	0,574	Medium

Tabellen fortsætter på næste side

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 1. Internetbaseret behandling sammenlignet med venteliste/aktiv kontrol.

INTERNETBASERET BEHANDLING SAMMENLIGNET MED VENDELISTE/AKTIV KONTROL										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
O'Connor 2020	Breath-iKAT	Webisode	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	94	Angst	Aktiv	Ingen	0,103	Lille
O'Connor 2022	Breathe-iKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	563	Angst	Aktiv	Minimal	0,280	Lille
Peak 2024	Spark	Psyko- edukation	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	160	Depression	Ingen	Ingen	0,164	Ingen
Schibbye 2024	iKAT	Venteliste	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	33	Specifik fobi	Aktiv	Aktiv	Ingen data	Ingen data
Schniering 2022	Chilled Plus Program - iKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	91	Angst og depression	Aktiv	Aktiv	0,533 (Angst) 0,547 (Depression)	Lille
Sourander 2025	Master Your Worries	Psyko- edukation	Ukendt	Skolebørn, hovedsageligt piger	465	Angst	Aktiv	Aktiv	0,189	Ingen
Spence 2006	iKAT blended care	Venteliste	5-10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	72	Angst	Aktiv	Aktiv	1,182	Stor
Spence 2011	BRAVE for Teenagers Online - iKAT	Venteliste	Over 10 uger	Unge, kønsligevægt	115	Angst	Aktiv	Aktiv	0,949	Stor
Stallard 2011	cKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt drenge	20	Angst og depression	Aktiv	Ingen	Ingen data	Ingen data
Stasiak 2014	The Journey	Psyko- edukation	5-10 uger	Unge, kønsligevægt	34	Depression	Ingen	Ingen	0,532	Medium
Stjerneklar 2019	ChilledOut Online - iKAT	Venteliste	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	70	Angst	Aktiv	Aktiv	0,509	Medium
Tillfors 2011	iKAT	Venteliste	Ukendt	Unge, hovedsageligt piger	19	Social Angst	Ingen	Ingen	0,225	Lille
Topooco 2018	IKAT	Opmærksomheds kontrol	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	71	Depression	Aktiv	Ingen	0,704	Medium
Topooco 2019	IKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	70	Depression	Aktiv	Ingen	0,810	Stor
Vigerland 2016	iKAT	Venteliste	5-10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	93	Angst	Aktiv	Aktiv	0,869	Stor
Waite 2019	iKAT	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	60	Angst	Aktiv	Aktiv	0,405	Lille
Zhao 2022	iACT	Venteliste	5-10 uger	Unge voksne, kønsligevægt	182	Depression	Ingen	Ingen	1,276	Stor

Fortsat fra forrige side

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 2. Internetbaseret behandling sammenlignet med ansigt-til-ansigt-KAT/-TAU.

INTERNETBASERET BEHANDLING SAMMENLIGNET MED ANSIGT-TIL-ANSIGT-KAT ELLER -TAU										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Aspvall et al. 2021	iKAT stepped care	KAT	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	152	OCD	Aktiv	Aktiv	-0,122	Ingen
Espinosa 2024	AMtE vs UP-A	KAT via video-samtaler	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	60	Angst og Depression	Aktiv	Uspecificeret	0,138	Ingen
Grudin 2022 guided unguided	I-BA-adfærdsaktivering	Venteliste	5-10 uger	Unge, kønsligevægt	32	Depression	Aktiv Ingen	Aktiv Aktiv	1,005 (Guided) 0,537 (Unguided)	Ret til: Stor (Guided) medium (Unguided)
Karyotaki 2022	iCare Prevent	TAU	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	100	Angst og Depression	Aktiv	Ingen	0,025	Ingen
Khanna 2010	Camp Cope-A-Lot	KAT	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt drenge	49	Angst	Aktiv	Aktiv	0,149	Ingen
March 2025	iKAT stepped care	KAT via videosamtaler	Over 10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	137	Angst	Ingen, mulighed for at trappe op	Minimal	-0,377	Lille til fordel for kontrol
Mechler 2022	iKAT	Psykodynamisk terapi	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	227	Depression	Aktiv	Ingen	-0,052	Ingen
McGrath 2011	iKAT	TAU	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	91	Angst	Aktiv	Forældreintervention	Ingen data	Ingen data
Rad 2024	iKAT	Gruppe KAT	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	54	Social Angst	Aktiv	Ingen	-0,555	Medium til fordel for kontrol
Spence 2006	iKAT blended care	KAT	5-10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	72	Angst	Aktiv	Aktiv	-0,177	Ingen
Spence 2011	BRAVE for Teenagers Online	KAT	Over 10 uger	Unge, kønsligevægt	115	Angst	Aktiv	Aktiv	0,131	Ingen
Wisman 2023	KAT med Online Emotions regulerings træning	KAT	Uspecificeret	Unge, hovedsageligt piger	39	Angst og Depression	Aktiv	Ingen	1,017	Stor

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 3. Internetbaseret behandling, kohorte studier uden kontrolgruppe, præ/post sammenligning.

INTERNETBASERET BEHANDLING, KOHORTE STUDIER UDEN KONTROLGRUPPE									
Studie	Behandling	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Aspvall 2018	iKAT	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	11	OCD	Aktiv	Aktiv	1,864	Stor
Johnston 2014	The mood mechanic course	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	18	Angst og Depression	Aktiv	Ingen	1,021	Stor
Larsson 2025	iACT	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	24	Angst	Aktiv	Aktiv	0,938	Stor
Lenhard 2014	BiP OCD	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	21	OCD	Aktiv	Aktiv	2,289	Stor
Midgley 2021	iPDT	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	23	Depression	Aktiv	Ingen	0,822	Stor
Miller 2023	Spark med VR	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	30	Depression	Ikke specificeret	Uspecificeret	1,095	Stor
Nordh 2017	BiP soft	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	30	Social Angst	Aktiv	Aktiv	1,262	Stor
Rice 2020	Entourage	Uspecificeret	Unge voksne, kønsligevægt	89	Social Angst	Ingen	Ingen	0,569	Medium
Sandin 2020	iUP-A	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	12	Angst og Depression	Aktiv	Minimal	0,533	Medium
Shahnavaz 2018	iKAT	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	18	Specifik fobi	Aktiv	Aktiv	1,015	Stor
Silfvernagel 2017	iKAT	Uspecificeret	Unge voksne, kønsligevægt	15	Angst	Aktiv	Ingen	1,459	Stor
Vigerland 2013	DARE	5-10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	30	Specifik fobi	Aktiv	Aktiv	1,156	Stor
Vigerland 2024	BiP angst og BiP OCD	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	83	Angst	Aktiv	Aktiv	1,918	Stor

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 4. Internetbaseret behandling med faktorielt design.

INTERNETBASERET BEHANDLING MED FAKTORIELT DESIGN										
Studie	Behandling	Fakta	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Bress 2024	iKAT gain framed	iKAT gain framed med social support iKAT loss framed	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	59	Angst	Ingen	Ingen	iKAT gain framed med social support iKAT loss framed	Medium til fordel for social support Medium til fordel for loss framed
March 2023	BRAVE stepped care	BRAVE med terapeut Kontakt	Over 10 uger	Skolebørn, kønsligevægt	137	Angst	Ingen vs aktiv	Minimal	0,011	Ingen
Berg 2020	iKAT	iKAT med chat iKAT med læringsstøtte	5-10 uger	Unge, hovedsageligt piger	120	Angst og depression	Aktiv	Ingen	0,125 (Chat) -0,811 (Læringsstøtte)	Ingen (Chat) Stor mod læringsstøtte

Tabel D. 5. Serious games.

SERIOUS GAMES										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Bantjes 2024	SuperBetter	Mood-Flow	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	371	Angst og depression	Aktiv	Ingen	0,242	Lille
Knox 2011	Biofeedback spil	Venteliste	5-10 uger	Unge, hovedsageligt drenge	30	Angst og depression	Aktiv	Ingen	1,312	Stor
McCashin 2022	Pesky gNATs VS venteliste	Venteliste	Uspecificeret	Skolebørn, kønsligevægt	122	Angst og depression	Aktiv	Ingen	0,370	Lille
Merry 2012	SPARX	TAU	Over 10 uger g	Unge, hovedsagelig piger	187	Depression	Uspecificeret	Ingen	0,110	Lille mod SPARX
Tsui 2021	MindLight	iKAT	0-4 uger	Unge, hovedsagelig piger	116	Angst	Ingen	Ingen	Ingen data	Ingen data
Lockwood 2022	Lumi Nova	Ingen	5-10 uger	Skolebørn, kønsbalanceret	95	Angst	Aktiv	Minimal	0,227	Lille
Yusof 2022	CBT4Depression	Ingen	Uspecificeret	Unge, ikke specificeret	115	Depression	Ingen	Ingen	0,587	Medium

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 6. Videoløsninger.

VIDEOLØSNINGER										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Comer 2021	iCALM	Venteliste	Over 10 uger g	Skolebørn, hovedsageligt piger	40	Social fobi	Aktiv	Forældre intervention	0,311	Lille
Hollmann 2022	Video-samtaler	Venteliste	Over 10 uger g	Unge, kønsligevægt	60	OCD	Aktiv	Aktiv	2,005	Stor
Storch 2011	Video-samtaler	Venteliste	Over 10 uger g	Skolebørn, hovedsageligt drenge	31	OCD	Aktiv	Aktiv	0,784	Medium
Bantjes et al. 2024	Gruppe videosamtaler	Moodflow	5-10 uger	Unge voksne, hovedsageligt piger	371	Angst og depression	Aktiv	Ingen	0,335	Lille
Comer 2017	Video-samtaler	KAT	Over 10 uger g	Skolebørn, kønsligevægt	22	OCD	Aktiv	Forældre intervention	-0,093	Ingen
Carpenter 2018	Video-samtaler	Ingen	Over 10 uger g	Skolebørn, kønsligevægt	13	Angst	Aktiv	Aktiv	2,464	Stor
Feusner 2025	Video-samtaler	Ingen	Over 10 uger g	Unge, hovedsageligt drenge	2173	OCD	Aktiv	Aktiv	0,571	Medium
Khor 2022	TOPS	Ingen	Over 10 uger g	Unge, hovedsageligt piger	71	Depression Angst	Aktiv	Aktiv	0,031 (Depression) 0,112 (Angst)	Ingen (Depression) Ingen (Angst)
Klein 2024	Video-samtaler	Ingen	Over 10 uger g	Unge, kønsligevægt	20	OCD	Aktiv	Minimal	2,367	Stor
Weidle 2024	Video-samtaler	Ingen	Uspecificeret	Skolebørn, hovedsageligt piger	29	OCD	Aktiv	Ingen	1,011	Stor

Appendix D:

Oversigt over inkluderede studier

Tabel D. 7. Chat og chatbots.

CHAT OG CHATBOTS										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
He 2022	XiaoE- KAT chatbot	E-bog og Xiaoi - generel chatbot	0-4 uger	Unge voksne, hovedsageligt mænd	148	Depression	Ingen	Ingen	0,534 (E-bog)	Medium til fordel for social support
Nicol 2022	Woe-bot- KAT chatbot	Venteliste	Over 10 uger	Unge, hovedsageligt piger	18	Depression Angst	Ingen	Ingen	0,962 (Depression) 0,731 (Angst)	Stor (Depression) Medium (Angst)
Van der Zanden 2012	Master Your Mood	Venteliste	Over 10 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	244	Depression	Aktiv	Ingen	0,840	Stor
Kramer 2014	Chat	Venteliste	Uspecificeret	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	263	Depression	Aktiv	Ingen	0,325	Liden

Tabel D. 8. Virtual reality

VIRTUAL REALITY										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Azimise-fat 2022	VR	Venteliste	0-4 uger	Unge, hovedsageligt piger	45	Specifik fobi	Aktiv	Uspecificeret	0,950	Stor
Gutiérrez-Maldonado 2009	VR	Venteliste	Uspecificeret	Skolebørn, hovedsageligt piger	36	Specifik fobi for skole	Uspecificeret	Uspecificeret	0,100	Lille
Lyu 2024	VR	Venteliste	5-10 uger	Unge, kønsligevægt	93	Depression	Ingen	Ingen	Ingen data	Ingen data
Beidel 2021	Pegasys VR	Social effectiveness therapy	Over 10 uger	Skolebørn, hovedsageligt piger	42	Social fobi	Aktiv	Minimal	0,398	Lille
Beele 2024	VR	-	0-4 uger	Unge, kønsligevægt	13	Specifik fobi for skole	Aktiv	Ingen	0,823	Stor

Tabel D.9. Andre interventioner.

ANDRE INTERVENTIONER										
Studie	Behandling	Kontrol	Varighed	Deltagere	N	Lidelse	Terapeut kontakt	Forældre involvering	Cohens d	Effekt
Rubin 2025	iExposure	Attention Guidance Attention control training	0-4 uger	Unge voksne, hovedsageligt kvinder	53	Social angst	Ingen	Ingen	0,033 (iExposure) 0,708 (Attention Guidance) 1,686 (Attention control training)	Ingen (iExposure) Medium (Attention Guidance) Stor (Attention control training)
Waters 2016	Opmærksomheds-træning	Venteliste	Uspecificeret	Skolebørn, kønsligevægt	41	Angst	Ingen	Minimal	0,872	Stor

Appendix E:

Kortlægning af internationale digitale tilbud

Land	Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatstype	Målgruppe	Problematik
INTERNATIONALE TILBUD						
Australien	This Way Up	St Vincent's Hospital Sydney og University of New South Wales	NGO (men samarbejder med det offentlige)	Digitale behandlingsprogrammer, selvhjælp	Selvhjælp: 18+ år. Man skal have en værge til at hjælpe, hvis man er 11-18 år.	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: This Way Up tilbyder bl.a. iKAT til børn, unge og voksne med angst, depression og relaterede lidelser. Brugere kan gennemføre kurserne selv eller med støtte fra en kliniker. Mange programmer er gratis i Australien via offentlige sundhedsordninger, mens selvhjælpprogrammerne er bag betalingsmur. Platformen er evidensbaseret og anvendes ofte som en lav- til moderat-intensiv indsats						
Australien	MOST	Orygen Digital	NGO	Digitale behandlingsprogrammer, selvhjælp	12-25 år	Psykisk sygdom, mistrivsel (transdiagnostisk)
Beskrivelse af indsats: Børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige tilbyder ICBT i fem regioner (Jämtland, Stockholm, Skåne, Uppsala og Västra Götaland), men er stærkest implementeret i Skåne. Interventionerne dækker forskellige symptomer og psykiske sygdomme, herunder angst.						
Australien	BRAVE-Online	University of Queensland	Offentlig	Digitale behandlingsprogrammer	8-17 år	Angst
Beskrivelse af indsats: BRAVE-Online er et interaktivt onlineprogram, der er udviklet til at hjælpe børn og teenagere med at håndtere angst ved hjælp af strukturerede og guidede programmer. BRAVE-Online lærer børn og unge strategier til at identificere og håndtere negative tanker, regulere følelser og bruge mestringsteknikker i hverdagen. Indholdet består af videoer, øvelser og vejledning.						
Australien	Mello	Orygen Digital	NGO (men samarbejder med det offentlige)	Information, selvhjælp, rådgivning	16-25 år	Angst, depression
Beskrivelse af indsats: Mello er en gratis mentale sundhedsapp målrettet unge, der kæmper med angst og depression. Appen fokuserer på at hjælpe brugeren med at bryde ud af negative tankemønstre ("stuck thinking") gennem korte, terapeutisk inspirerede øvelser, humorregistrering, refleksion og vanebyggende funktioner. Der er derudover fokus på egenmonitorering og selvregulering af symptomer i hverdagen.						
Australien	Chilled Out (Chilled Out Online)	Macquarie University / Emotional Health Clinic	Offentlig	Digitale behandlingsprogrammer	13-17 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Angstbehandling til børn og unge. Baseret på KAT med fokus på realistisk tænkning, eksponering og problemløsning. Forældre inddrages aktivt. Findes både som fysisk og online version (Cool Kids og Chilled), og effekten er dokumenteret i flere RCT-studier.						
Australien	MindSpot Clinic	Macquarie University	Offentlig (statsfinansieret)	Digitale behandlingsprogrammer, online vejledning	18+ år	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: MindSpot er en national, offentlig onlineklinik. Platformen tilbyder gratis screeningværktøjer, iKAT og adgang til telefonisk vejledning med klinikere. Alle forløb er evidensbaserede og kan gennemføres som selvhjælp eller med støtte.						

Appendix E:

Kortlægning af internationale digitale tilbud

Land	Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatsstype	Målgruppe	Problematik
INTERNATIONALE TILBUD						
Australien	Cool Kids Online	Macquarie University / Emotional Health Clinic	Offentlig (via universitet)	Digitale behandlingsprogrammer, fysiske forløb	7-17 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Angstbehandling til børn og unge. Baseret på KAT med fokus på realistisk tænkning, eksponering og problemløsning. Forældre inddrages aktivt. Findes både som fysisk og online version (Cool Kids og Chilled), og effekten er dokumenteret i flere RCT-studier.						
Canada	BounceBack	Canadian Mental Health Association	NGO	Information, selvhjælp, rådgivning	15+ år	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Gratis program med selvhjælpsmaterialer (videoer og arbejdsbøger) og mulighed for telefonisk guidning. Bruger lærer at håndtere stress, angst og depression gennem strukturerede KAT-teknikker.						
Canada	ACCESS Open Minds	Canadian Institutes of Health Research	NGO og offentlig	Digitale behandlingsprogrammer, information, selvhjælp, rådgivning	11-25 år	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: ACCESS Open Minds er en canadisk national model for integreret ungdomspsykiatri, der tilbyder let adgang til klinisk vurdering, psykoterapi og sociale støtteydelser for unge mellem 11 og 25 år. Programmet drives i samarbejde mellem offentlige og lokale NGO-partnere og har centre i hele landet. Indsatsen inkluderer både online og fysiske tilbud med klinisk støtte fra sundhedsfagligt personale.						
Canada	Strongest Families	IWK Health Centre i Halifax, Nova Scotia, Canada	Offentlig (via hospital)	Digitale behandlingsprogrammer	3-18+ år	Angst, depression
Beskrivelse af indsats: Strongest Families er et canadisk digitalt behandlings- og støttetilbud til børn, unge og deres familier med psykiske eller adfærdsmæssige vanskeligheder. Programmerne bygger på KAT og leveres via en digital platform (IRIS) kombineret med telefon- eller videostøtte fra uddannede coaches.						
Canada og Nederlandene	Mindlight	GemHlab	Privat	Selvhjælp (serious games)	8-12 år	Angst
Beskrivelse af indsats: MindLight er et computerspil, som kombinerer leg og behandling af angst ved at bruge neurofeedback, KAT og opmærksomhedstræning. Barnet spiller med en EEG-hjelm, så spillet reagerer på barnets hjernebølger og træner barnet i at håndtere angst gennem udfordringer i spillets univers.						
Finland	Mentalhub.fi (mielentervey-stalo.fi)	Helsinki University Hospital (HUS)	Offentlig	Digitale behandlingsprogrammer, information, selvhjælp, rådgivning	Internetterapi: 16+ år; Selvhjælpsprogrammer: alle	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Platformen tilbyder selvhjælpsprogrammer og internetbaserede terapi, primært baseret på KAT. Disse interventioner er designet til at hjælpe brugere med at håndtere forskellige mentale sundhedsudfordringer, såsom depression, angst og stress. Der tilbydes desuden en sundhedsplatform, der er en ressource for sundhedsprofessionelle og brugere, der søger værktøjer og information inden for mental sundhed.						

Appendix E:

Kortlægning af internationale digitale tilbud

Land	Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatsstype	Målgruppe	Problematik
INTERNATIONALE TILBUD						
Irland og Storbritannien	Pesky gNATs	Handaxe CIC	NGO	Digitale behandlingsprogrammer (serious games)	9-17 år	Angst, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Pesky gNATs er en digital intervention, der kombinerer et computerspil og en mobilapp til at støtte børn og unge med angst og depression. I spillet besøger brugerne en 3D-ø, hvor de lærer KAT-begreber gennem metaforer og karakterer, som repræsenterer negative automatiske tanker (gNATs). Spillet bruges sammen med en terapeut i sessioner, mens appen understøtter mellem-session aktiviteter som mindfulness, opgaver og refleksion.						
Holland	Grip op je Dip (engelsk titel: Master Your Mood)	Trimbos Instituut	Offentlig	Digitale behandlingsprogrammer (chat og chatbots)	16-25 år	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Grip op je Dip er en anonym, gratis online gruppeintervention for unge med depressive symptomer. Forløbet består af seks ugentlige chatbaserede sessioner à 1,5 time, ledet af en professionel fra psykiatrien. Deltagerne arbejder med at identificere og ændre negative tankemønstre, planlægge positive aktiviteter og styrke fremtidsudsigter. Mellem sessionerne udføres hjemmeopgaver.						
Holland	Therapieland	Therapieland	Privat (anvendes i offentlig regi)	Digitale behandlingsprogrammer	12+ år	Psykisk sygdom
Beskrivelse af indsats: Therapyland tilbyder over 100 digitale behandlingsforløb, bl.a. til angst, depression, ADHD og autisme. Forløbene bygger især på KAT og anvendes i kombination med terapeutkontakt (blended care). Platformen bruges bredt i det hollandske sundhedsvæsen og indeholder interaktive moduler med øvelser, videoer og refleksion.						
Holland	PratenOnline	Alles is Gezondheid og det hollandske center for ungdoms-sundhed	Offentlig (finansieres med offentlige midler)	Information, selvhjælp, rådgivning	12-24 år	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: PratenOnline er et digitalt chat-tilbud til unge, som oplever angst, depression eller andre psykiske problemer. Tilbuddet er anonymt og gratis og bygger på korte, løsningsfokuserede samtaler (Solution-Focused Brief Therapy) med fagpersoner. Unge kan logge ind og chatte med en professionel rådgiver om deres bekymringer, få støtte og finde konkrete måder at håndtere deres situation på.						
New Zealand og Australien	SPARX (Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts)	University of Auckland, New Zealand	Offentlig	Selvhjælp (serious games)	11-17 år	Depression
Beskrivelse af indsats: SPARX er et gratis online rollespil, der hjælper unge med at håndtere negative tanker og følelser. Spillet består af syv niveauer, hvor brugeren lærer KAT-teknikker gennem interaktive opgaver og møder med virtuelle guider.						
Spanien	Learn to Manage your Emotions [Aprende a Manejar tus Emociones] (AMTE)	University of Miami (USA)	Offentlig (via universitet)	Digitale behandlingsprogrammer	12-18 år	Angst og depression
Beskrivelse af indsats: AMTE er et samlet KAT-program, der anvendes via internettet til transdiagnostisk behandling af angst- og depressionsproblemer og lidelser. AMTE anvendes gennem 10 moduler (mellem 10 og 15 uger).						

Appendix E:

Kortlægning af internationale digitale tilbud

Land	Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatsstype	Målgruppe	Problematik
INTERNATIONALE TILBUD						
Storbritannien	Kooth	Kooth Digital Health	Privat (samarbejder med NHS)	Information, selvhjælp, rådgivning	10-25 år	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Kooth er en gratis og anonym digital platform i Storbritannien, der tilbyder mental støtte til børn og unge fra 11 år. Brugere kan chatte med professionelle rådgivere, dele erfaringer i fællesskabsfora og bruge øvelser og artikler inspireret af KAT. Kooth er ikke klassisk terapi, men et lavtærskelt tilbud, der kombinerer selvhjælp og kortvarig støtte fra fagpersoner. Platformen er tilgængelig uden henvisning og bruges af mange gennem samarbejde med det britiske sundhedsvæsen.						
Storbritannien	Lumi Nova	BFB Labs	Privat (samarbejder med NHS)	Selvhjælp (serious games)	7-12 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Lumi Nova er et mobilspil, hvor børn spiller en avatar, som tager på eventyr og overvinder udfordringer, der svarer til deres angst i virkeligheden. Spillet guider børnene gennem eksponeringstræning og giver dem mulighed for at øve sig på at håndtere angstprovokerende situationer. Indholdet er udviklet med faglig inspiration fra KAT og er designet til at være engagerende, sikkert og let tilgængeligt – også for børn, der ikke er i direkte kontakt med psykiatrien.						
Storbritannien	Lumi Nova	BFB Labs	Privat (samarbejder med NHS)	Selvhjælp (serious games)	7-12 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Lumi Nova er et mobilspil, hvor børn spiller en avatar, som tager på eventyr og overvinder udfordringer, der svarer til deres angst i virkeligheden. Spillet guider børnene gennem eksponeringstræning og giver dem mulighed for at øve sig på at håndtere angstprovokerende situationer. Indholdet er udviklet med faglig inspiration fra KAT og er designet til at være engagerende, sikkert og let tilgængeligt – også for børn, der ikke er i direkte kontakt med psykiatrien.						
Storbritannien (NHS), Australien mm.	SilverCloud	SilverCloud Health, Amwell	Privat (samarbejder med bl.a. NHS)	Digitale behandlingsprogrammer	5+ år	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: SilverCloud er en digital platform, der bl.a. tilbyder iKAT til børn, unge og voksne med psykiske udfordringer som angst, depression og stress. Brugere kan vælge mellem selvhjælpsforløb og guidede programmer med skriftlig støtte fra en professionel. Platformen er evidensbaseret og anvendes bredt i sundhedsvæsenet som NHS i Storbritannien.						
Sverige	BUP Sverige	Karolinska Institutet	Offentlig	Digitale behandlingsprogrammer, information, selvhjælp, rådgivning	6-17 år	Psykisk sygdom, mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige tilbyder iKAT i fem regioner (Jämtland, Stockholm, Skåne, Uppsala og Västra Götaland), men er stærkest implementeret i Skåne. Interventionerne dækker forskellige symptomer og psykiske sygdomme, herunder angst.						
Sverige	Ångesthjälpen UNG	Psykologpartners	Privat (bruges også offentligt)	Digitale behandlingsprogrammer	13-19 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Ångesthjälpen Ung er et internetbaseret behandlingsprogram udviklet af Psykologpartners. Det henvender sig til unge mellem 13 og 19 år, der oplever mild til moderat angstproblematik. Programmet kombinerer principper fra KAT og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og er designet til at være interaktivt og engagerende gennem brug af tekst, videoer og øvelser.						

Appendix E:

Kortlægning af internationale digitale tilbud

Land	Løsningens navn	Udvikler	Organisation	Indsatsstype	Målgruppe	Problematik
INTERNATIONALE TILBUD						
USA	NOCD	NOCF Inc.	Privat	Digitale behandlingsprogrammer (videoløsning)	6+ år	OCD
Beskrivelse af indsats: NOCD er en app og platform, der tilbyder specialiseret behandling til personer med OCD. Brugere matches med terapeuter og deltager i live videosessioner. Appen tilbyder også 24/7 adgang til selvhjælpsværktøjer, mulighed for at chatte med terapeuten mellem sessioner og adgang til et støttende onlinefællesskab.						
USA	Camp Cope-A-Lot Online	Temple University & The OCD & Anxiety Institute	Privat	Digitale behandlingsprogrammer	7-13 år	Angst
Beskrivelse af indsats: Camp Cope-A-Lot (CCAL) er et internetbaseret behandlingsprogram udviklet til børn i alderen ca. 7-13 år med angstlidelser. Det består af 12 moduler, hvor barnet gennem computerspils-lignende aktiviteter lærer strategier til at identificere og håndtere angst. Programmet er designet til at blive brugt sammen med en terapeut eller coach, som guider barnet gennem øvelserne, svarer på spørgsmål og evaluerer fremskridt.						
USA	Spark Direct	Big Health Inc	Privat	Digitale behandlingsprogrammer, selvhjælp	13+	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Spark Direct er en selvstyret digital intervention designet til at hjælpe personer med at forbedre deres humør og håndtere følelser af isolation, tristhed og håbløshed. Appen guider brugere gennem lektioner og interaktive øvelser for at opnå indsigt i deres humør, følelser og adfærd. Programmet er struktureret over fem uger og inkluderer funktioner som humørsporing og sikkerhedsfunktioner, der giver krisevejledning, hvis brugerens sprog indikerer mulig selvskade.						
USA	Maya	App udviklet af Weill Cornell Medicine	Offentlig	Information, selvhjælp, rådgivning	18+ år	Angst
Beskrivelse af indsats: Maya er en selvstyret app baseret på KAT. Den tilbyder videoer, øvelser og coping-strategier mod angst og lavt humør.						
USA	SuperBetter	SuperBetter Labs (Jane McGonigal et al.)	Privat (men brugt i NHS, skoler m.fl.)	Selvhjælp (serious games)	13+ år	Depression og angst
Beskrivelse af indsats: SuperBetter er en gamified KAT-baseret app og webplatform, hvor brugeren gennemfører daglige "quests", samler "power-ups" og bekæmper "bad guys" for at opbygge modstandskraft, optimisme og social støtte. Den har vist signifikant reduktion i symptomer på depression og angst i RCT-studier samt forbedring i genoptræning efter hjernerystelse. Programmet understøtter også squad-play i skoler og samfundsgrupper.						
USA og Storbritannien	Headspace app	Headspace Health	Privat	Information, selvhjælp, rådgivning	Alle	Mistrivsel
Beskrivelse af indsats: Headspace er en app med guidede meditationer, øvelser til bedre søvn, bevægelse og fokus. Den samler mindfulness, coaching og terapi. Målet er at hjælpe brugeren med at reducere stress, sove bedre og opbygge sunde mentale vaner. Appen er tilgængelig for alle mod betaling.						

Appendix F:

Afgrænsning og metode for kortlægningen af internationale evidensbaserede digitale tilbud

Ligesom i den danske kortlægning er det et grundlæggende kriterium, at løsningen har et digitalt element som en central del af indsatsen, og at den er komplet implementeret og i drift. Det betyder, at løsninger i forsøgs- eller udviklingsfase ikke er medtaget. Løsningerne skal være rettet mod børn og unge eller kunne anvendes af denne målgruppe.

Den internationale kortlægning adskiller sig fra den danske ved, at der kun er medtaget løsninger med et evidensbaseret terapeutisk element. Det betyder, at rene rådgivningstilbud og digitale platforme uden behandlingsindhold ikke indgår. Derudover er det et krav, at der foreligger tydelig videnskabelig dokumentation for metodens virkning i form af peer-reviewed litteratur, som dokumenterer effekt. Tilbuddene behøver ikke i samme grad som i den danske kortlægning at være fuldt offentligt tilgængelige, da der er væsentlige forskelle mellem landenes sundhedsvæsen og organiseringen af digitale ydelser. Der lægges i stedet vægt på, at løsningen er systematisk implementeret og indgår som del af en etableret struktur.

Der er søgt bredt efter øvrige relevante tilbud ved hjælp af Google og ChatGPT, som er blevet brugt til at identificere løsninger, der ikke fremgår af tidligere rapporter. For at sikre en så dækkende kortlægning som muligt er der også indhentet supplerende viden gennem sparring med fagfolk med indsigt i digitale tilbud på området. Alle artikler fra det systematiske review (afsnit 4.1) er gennemgået og vurderet for om indsatsen efterfølgende er blevet implementeret – det gælder for 28 af studierne (33 %).

Kortlægningen er ikke udtømmende, da området er præget af stor aktivitet og løbende udvikling. Målet har derfor ikke været at dække alle eksisterende tilbud, men at give et meningsfuldt indblik i forskellige typer løsninger, der kan inspirere det videre arbejde med digital psykiatri i Danmark.

Appendix G:

Casebeskrivelser



Organisation: Helsinki Universitetshospital (HUS) har været drivkraften bag udviklingen af digitale løsninger til mental sundhed og psykisk sygdom i Finland. Mentalhub.fi (Mielenterveystalo.fi) er den første digitale tjeneste til mental sundhed udviklet af HUS. First-line Therapies er et nationalt initiativ, der har udviklet nationale arbejdsmodeller, samskabelsesstrukturer og en række digitale tjenester til at understøtte de finske regioner.

Mentalhub.fi er en national, offentlig digital platform, der samler information, selvhjælpsmaterialer og internetbaseret terapi til unge og voksne. First-line Therapies blev igangsat af HUS i 2020 for at hjælpe de finske regioner (også kaldet Well-being Service Counties eller sundhedsregioner) med at forbedre deres primære tilbud for mental sundhed som led i den landsdækkende reform af sundheds- og socialområdet i 2023. Målet er at sikre tidligere og bredere adgang til evidensbaseret behandling ved at forbedre hele behandlingsforløbet i primærpsykiatrien. Digitale løsninger spiller her en central rolle for både omkostningseffektivitet og bæredygtighed, og de drives primært af HUS.

Beskrivelse af digitale tjenester: Mentalhub.fi er en tredelt digital platform, der tilbyder psykoedukation og selvhjælpsmaterialer til borgere, støtte-materialer og vejledninger til sundhedsprofessionelle samt en national e-læringsplatform til træning af registrerede deltagere i psykoterapi. Mentalhub.fi tilbyder et bredt udvalg af psykoedukative materialer, over 50 selvhjælpsprogrammer og screeningværktøjer. Programmerne kan anvendes både som selvhjælp og som guidet selvhjælp med 1–5 sessioner⁸⁰. I 2024 havde platformen over 4 millioner besøgende og mere end 20 millioner sidevisninger.

HUS leverer internetbaserede terapiprogrammer (iKAT) til alle borgere gennem Mentalhub.fi. Unge har desuden adgang til Chillaa-appen, der kan hjælpe med at reducere stress og spændinger gennem mindfulnessøvelser og praktiske råd. iKAT-programmerne, som findes på både finsk og svensk, varer typisk 6–12 uger, er tekstbaserede og kombinerer øvelser, refleksion og opfølgning. Ét af programmerne er særligt målrettet unge mellem 13 og 17 år med social angst. Derudover findes 13 iKAT-programmer for personer over 16 år med diagnoser som depression, panikangst, bipolar lidelse, alkoholmisbrug, OCD, generaliseret angst, social angst, bulimi, søvnløshed, ADHD, udbrændthed, kræftrelateret stress og PTSD. Alle forløb understøttes af en HUS-terapeut. Adgang kræver henvisning fra egen læge.

Under First-line Therapies-initiativet er der udviklet en digital indgang ved navn Finnish Therapy Navigator (FTN) (terapianavigaattori.fi)⁸¹. Der findes særskilte versioner for voksne, unge og børn (FTN, FTN-A, FTN-C). Værktøjet er åbent for alle og indeholder validerede spørgeskemaer, som udfyldes før første kontakt.

Herefter genereres en personlig kode, så resultaterne kan gennemgås med en professionel i en førstevurdering, uafhængigt af organisatorisk tilhørsforhold. Der findes specifik træning og manual til denne førstevurdering. Tjenesten vil blive certificeret i henhold til EU's forordning om medicinsk udstyr (MDR) og fra 2026 blive leveret nationalt af det statsejede Digifinland A/S. Tjenesten bruges allerede af over 10.000 borgere om måneden.

First-line Therapies-initiativet har udviklet en national e-lærings- og træningsplatform til at styrke kompetencer i centrale terapeutiske metoder på tværs af Finland. Platformen kombinerer asynkron e-læring, der giver mulighed for skalerbar vidensopbygning med blended learning, som omfatter patientpraksis og fysisk supervision⁸². På den måde sikres praktiske færdigheder, faglig forankring og kvalitetssikring. HUS driver platformen og udvikler indhold sammen med eksperter, mens sundhedsregionerne organiserer lokal supervision og praksis, hvilket gør det muligt at uddanne så mange terapeuter som nødvendigt på en fleksibel måde. Træningen fokuserer på psykosociale metoder, som er nødvendige i en gradueret (stepped-care) tilgang inden for mental sundhed, især i områder hvor der tidligere har manglet uddannelse. Centrale indsatser omfatter en digital fordør, guidet selvhjælp og evidensbaserede metoder som kognitiv adfærdsterapi (KAT) og interpersonel terapi (IPT/IPC) på tværs af aldersgrupper og behandlingsniveauer. Der tilbydes også træning i emotionsfokuseret parterapi, og nye moduler til specialiseret behandling og socialarbejdere er under udvikling. Platformens modulopbyggede og skalerbare design gør det muligt at tilføje nye træningsforløb nationalt til lave omkostninger.

Målgruppe: Mentalhub.fi henvender sig både til unge og voksne og har en særskilt side målrettet unge. De fleste iKAT-programmer er til personer over 16 år, men der findes også et særligt program for unge mellem 13 og 17 år med social angst. First-line Therapies er et tilbud til hele befolkningen med fokus på tidlig og gradueret støtte. Det digitale spørgeskema Finnish Therapy Navigator findes i tre versioner: for børn, unge og voksne. Børnversionen er dog fortsat i pilotfasen.

Skala: Både Mentalhub.fi og First-line Therapies er nationale initiativer, der dækker hele Finland. Mentalhub.fi blev en landsdækkende tjeneste i 2016 og anvendes i alle regioner. De internetbaserede terapiprogrammer leveres centralt af HUS, men er tilgængelige for alle borgere via henvisning fra egen læge.

Finansiering: Alle tjenester har modtaget udviklingsmidler. Mentalhub.fi finansieres af de finske sundhedsregioner. First-line Therapies-initiativet er finansieret af offentlige projekt-midler som led i sundhedsreformen. Der er ikke afsat permanent, specifik statslig finansiering, hvilket betyder, at regionerne skal finansiere tjenesterne via egne budgetter. iKAT finansieres gennem aktivitetsafregning.

Digital transformation – baggrund og beslutning: Den digitale platform Mentalhub.fi blev implementeret nationalt allerede i 2016. I 2020 blev First-line Therapies-initiativet udviklet med det formål at nå mennesker med psykiske problemer tidligere – inden behovet for specialiseret behandling opstår. Initiativet er inspireret af Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), som er udviklet i Storbritannien. Det overordnede mål er at skabe let og hurtig adgang til evidens-baserede og fleksible tilbud samt at etablere en ramme for en mere differentieret tilgang. Initiativet indgår i en bredere omstrukturering og centralisering af det finske sundhedsvæsen. Tjenesterne er især rettet mod at støtte mennesker i primærsektoren, før der opstår behov for specialiseret behandling. Digitale løsninger spiller en central rolle i at gøre tidlig behandling mulig for flere og i at gennemføre varige ændringer i systemet. Da der allerede eksisterede en national platform (Mentalhub.fi) med information, selvhjælp og iKAT, har fokus været på at forbedre adgangen til behandling og understøtte implementeringen. På den måde er Mentalhub.fi blevet integreret i de tidlige indsatser.

Udvikling og organisering af digitale tjenester: De digitale tjenester udvikles og organiseres centralt af Helsinki Universitetshospital (HUS). Mentalhub.fi blev etableret som en national platform og fungerer i dag som den samlede digitale mental sundheds- og behandlingstjeneste i Finland. HUS har ansvaret for udvikling, drift og det faglige indhold, herunder selvhjælp, psykoedukation og internetbaseret terapi.

Omkring 300 terapeuter er tilknyttet HUS for at varetage de guidede iKAT-programmer i hele landet. I gennemsnit bruger terapeuter 20 procent af deres arbejdstid på disse programmer. Resten af tiden arbejder de i deres faste funktioner, fx i psykiatrien eller i primærsektoren. For at få adgang til iKAT skal man have en henvisning fra egen læge. Der er ikke en formaliseret kontakt mellem iKAT-terapeuten og andre behandlere, som den unge eller voksne eventuelt er tilknyttet.

Implementering og træning: Mentalhub.fi blev implementeret nationalt i 2016 og er en etableret del af det finske sundhedsvæsen. Der arbejdes løbende på at øge kendskabet og sikre, at sundhedsprofessionelle – især praktiserende læger – henviser patienter korrekt til iKAT-programmerne. Implementeringen af First-line Therapies, herunder FTN og e-lærings-systemet, begyndte i 2020 og blev gennemført i tæt samarbejde med regionerne. FTN er designet til let integration i praksis og tilpasset lokale arbejdsgange, digitale systemer og eksisterende behandlingstilbud. FTN kræver ikke integration med elektroniske patientjournaler, hvilket gør det let at implementere og hurtigt anvende i både offentlige og private kliniske rammer.

Implementeringen understøttes af målrettede træningsaktiviteter for klinikere og terapikoordinatorer, samskabelse og erfaringsudveksling med ledere samt informationsindsatser til offentligheden. Målet er at sikre professionel anvendelse og at motivere borgere til at bruge FTN som en enkel indgang til det rette støtteniveau.

Data og evaluering: Data spiller en central rolle i udviklingen, driften og tilpasningen af digitale løsninger i Finland, selvom lovgivningen begrænser mulighederne for at samle data på tværs af regioner. Brugerdata fra Mentalhub.fi's internetbaserede terapiprogrammer anvendes systematisk til at følge brugernes fremskridt, engagement og trivsel. Terapeuter har løbende adgang til opdateringer, der hjælper dem med at tilpasse programmerne og vurdere behovet for opfølgning. Data bruges også aktivt i First-line Therapies. Når brugere udfylder spørgeskemaer i FTN, indsamles data til støtte for klinikerens vurdering og valg af videre indsatser. Data anvendes yderligere til at overvåge værktøjets brug og effekt på tværs af regioner og brugergrupper. E-læringsplatformen til terapi indsamler store mængder læringsdata, som kan bruges til pædagogisk udvikling. Alle træningsforløb indeholder rutinemæssig effektmåling som del af terapien. Under initiativet First-line Therapies er der også blevet opbygget et kvalitetsregister for psykoterapi, Finnish Psychotherapy Quality Register (FPQR). Det er en omfattende database, der indeholder oplysninger om tilgængelighed, kvalitet og resultater af psykoterapi i Finland⁸³. Der gennemføres løbende evalueringer både lokalt og nationalt, og Mentalhub.fi undersøgt i flere forskningsartikler. Brugeroplevelser og kvantitative effektmål anvendes til at justere indhold, design og implementeringsstrategier, så tjenesterne forbliver relevante og effektive i praksis. Målet er, at indsamlet data skal være direkte anvendelige i det daglige arbejde og bidrage til både faglig udvikling og kvalitetssikring.

Effekter: Registerdata, der sammenligner 5.467 iKAT-patienter med 392 patienter i traditionel kognitiv adfærdsterapi, viste en lidt større reduktion i depressive symptomer hos iKAT-patienterne og indikerer mindst lige så god effekt til lavere omkostning⁸⁴. Samlet set giver Mentalhubs iKAT-model hurtig adgang, høj tilfredshed, stærke kliniske resultater og lavere systemomkostninger. FTN er blevet pilottestet med over 2.600 brugere og har vist høj gennemførlighed. 93% af de fagprofessionelle ønskede at beholde værktøjet som permanent løsning. Patienterne gennemførte spørgeskemaet på gennemsnitligt 24 minutter, og 75% varede under en halv time⁸¹. Tjenesterne har nu over 10.000 brugere om måneden. Den nationale e-lærings- og træningsplatform bruges af alle sundhedsregioner i Finland og forventes ved udgangen af 2025 at have uddannet over 16.000 fagfolk med kapacitet til at træne 1.000–2.000 nye terapeuter årligt for at dække personaleudskiftning.



Organisation: Northpoint er en NGO, som leverer offentligt finansieret støtte til mental sundhed for børn og unge i Yorkshire, Storbritannien. Northpoint samarbejder med mere end 350 skoler og tilbyder støtte gennem et tværfagligt team. Organisationens børne- og ungetilbud har særligt fokus på tidlig indsats for at støtte børn og unge med lette til moderate psykiske udfordringer.

Beskrivelse af digitale tilbud: Northpoint samarbejder med SilverCloud om at tilbyde internetbaserede terapiforløb (iKAT) målrettet børn og unge. Programmerne bygger på kognitiv adfærdsterapi og er opbygget i moduler med tekst, videoer og øvelser. Brugere kan gennemføre programmerne selvstændigt, på det tidspunkt og i det tempo der passer dem, med støtte fra en 'supporter'. Det er typisk en medarbejder med erfaring i mental sundhed, som følger brugeren igennem hele forløbet, motiverer, sender ugentlige tilbagemeldinger og reagerer på ændringer i trivsel eller bekymrende tilbagemeldinger fra brugeren. SilverCloud tilbyder programmer for unge med angst og nedtrykthed samt programmer målrettet ADHD- og autismerelaterede problematikker og forældre, som ønsker at støtte deres barn eller teenager. Programmerne kan tilgås via smartphone, tablet eller computer og kan bruges døgnet rundt.

Målgruppe: Børn og unge i alderen 5 til 19 år i Yorkshire-regionen.

Rækkevidde: Northpoint tilbyder SilverCloud som del af sine lavintensive indsatser for mental sundhed i Yorkshire. Platformen anvendes i samarbejde med skoler og som led i den lokale børne- og ungdomspsykiatriske indsats. SilverCloud tilbydes dog også på landsplan i Storbritannien gennem andre organisationer end Northpoint.

Finansiering: Organisationen modtager finansiering fra både NHS (herunder Integrated Care Boards og NHS Trusts), skoler og lokale myndigheder.

Digital transformation – baggrund og beslutning: På baggrund af erfaringer fra voksertilbud indledte Northpoint i 2019 samarbejdet med SilverCloud. SilverCloud er en digital platform, der tilbyder iKAT. Da de eksisterende iKAT programmer målrettede voksne viste sig utilstrækkelige til at dække unges behov, blev det første iKAT program målrettet børn og unge, Space from Anxiety, udviklet i tæt dialog med en brugergruppe af unge, hvis feedback blev integreret i det endelige design. Programmet blev derefter afprøvet i Northpoints CAMHS-tilbud, skolebaserede terapiteams og henvisningsenheder.

Udvikling og organisering af digitale tilbud: Efter piloten blev SilverClouds ungdomsprogrammer en fast del af Northpoints samlede behandlingstilbud. Programmerne bruges fleksibelt: som første indsats ved lette til moderate vanskeligheder, som støtte i ventetiden på behandling, som supplement under igangværende terapi og som opfølgning efter afsluttet behandling. Northpoint organiserer indsatsen gennem et tværfagligt team med over 80 terapeuter, herunder rådgivere, kunstterapeuter, legeterapeuter, KAT-terapeuter og dramaterapeuter.

Implementering og træning: Northpoint inddrog tidligt klinisk personale og beslutningstagere for at skabe tillid og organisatorisk forankring. I starten var der en vis skepsis blandt terapeuter og interessenter, som frygtede, at de digitale løsninger ville erstatte fysisk terapi. For at imødegå denne bekymring blev det understreget, at SilverCloud skulle fungere som et kapacitetsudvidende supplement og ikke som en erstatning. Northpoint kombinerer programmet med en digital supporter, der hjælper brugeren i gang, følger op gennem regelmæssige beskeder og understøtter løbende engagement. Supporterens rolle har vist sig at være afgørende for deltagelse og succes.

Data og evaluering: Northpoint evaluerer løbende sine digitale programmer – både effekt og brugeroplevelse. De indsamler data om brugerengagement, antal sessioner, feedback og trivsel. Platformen bruger denne information til at justere indsatser, sikre klinisk sikkerhed og dokumentere resultater. Fokus er på at optimere behandlingsforløb og ressourceanvendelse gennem realtidsdata og evidensbaserede indikatorer, herunder ændringer i engagement og symptomer.

Effekter: Northpoint har gennem SilverCloud ydet støtte til mere end 1.500 unge mennesker på tværs af 250 skoler i Leeds. 20 % af de henviste benytter i dag de digitale programmer som behandlingsmulighed. Mens den gennemsnitlige ventetid på støtte er 5,5 uger, får 40 % hjælp inden for én uge, fordi der eksisterer et digitalt tilbud. Siden SilverCloud blev introduceret, er ventetiderne samlet set reduceret med 57 %. Tilfredsheden af SilverCloud er høj med 94 % positive tilbagemeldinger. 75 % af de henviste aktiverer deres konto, og heraf gennemfører 83 % programmet. En supporter følger op på dem, der ikke kommer i gang med programmet, med henblik på at finde anden behandling⁸⁵.



Organisation: BUP Skåne er Region Skånes børne- og ungdomspsykiatriske tilbud, som dækker både primær og specialiseret psykiatri, herunder forebyggende indsatser og akuttilbud. Organisationens er en del af det offentlige sundhedsvæsen, bredt forankret i regionen og tilbyder både fysiske og digitale behandlinger.

Beskrivelse af digitale tilbud: BUP Skåne tilbyder en række digitale ydelser, herunder selvhjælpsværktøjer, onlinegrupper og internetbaserede terapiprogrammer (iKAT). Der findes fem iKAT-programmer målrettet børn og unge med forskellige psykiske udfordringer. Programmerne varer typisk 12 uger og understøttes af en psykolog, som følger barnet eller den unge gennem hele forløbet. Alle programmer er digitale og kombinerer videoer, tekster, refleksionsopgaver og løbende kontakt med en behandler. Behandlingerne er strukturerede men kan tilpasses individuelle behov. Forældre kan inddrages i mange af programmerne. iKAT-programmerne er målrettet forskellige aldersgrupper mellem 8–17 år og problematikkerne, angst, OCD, selvskade og søvnproblemer.

Målgruppe: Alle børn og unge i Region Skåne, som oplever psykisk mistrivsel eller psykisk sygdom.

Rækkevidde: De digitale tilbud er tilgængelige for alle børn og unge i Skåne-regionen. Andre svenske regioner, herunder Stockholm, Jämtland, Västra Götaland, Värmland og Uppsala, tilbyder også iKAT-programmer.

Finansiering: Finansieringen af BUP Skånes digitale tilbud kommer primært fra Region Skånes eget budget. Organisationen valgte bevidst at investere internt. I 2020 modtog BUP Skåne yderligere særskilte innovationsmidler, som blev brugt til at etablere et innovationsteam og udvikle nye metoder til brugerinddragelse og en graderet tilgang, hvor indsatsen matcher behovets niveau.

Digital transformation – baggrund og beslutning: Mellem 2010 og 2015 oplevede BUP Skåne en markant stigning i efterspørgslen på psykiatriske ydelser. Samtidig viste forskning fra Karolinska Institutet i Sverige, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi kunne være lige så effektiv som ansigt-til-ansigt-terapi – men mere tidsbesparende. Da der allerede eksisterede en national digital platform, blev det besluttet at afprøve udvalgte iKAT-programmer. Initiativet blev udviklet i samarbejde med ledelse, IT-specialister og klinikere, og beslutningsprocessen byggede på data og brugerinddragelse. Et pilotprojekt blev igangsat med seks psykologer fra både primær og specialiseret behandling.

Udvikling og organisering af digitale tilbud: Efter positive erfaringer fra pilotprojektet blev der gjort forsøg på at skalere til 25 psykologer på tværs af forskellige enheder. Den decentrale model viste sig dog ineffektiv, da varierende lokale ledelsesprioriteter og manglende faglige fællesskaber førte til lavere produktivitet. Derfor blev

en central digital enhed etableret, som hurtigt tiltrak kvalificeret personale. I dag leverer den centrale enhed alle digitale behandlingsprogrammer, herunder online-grupper og iKAT. Patienten hører altid til en lokal børne- og ungdomspsykiatrisk enhed, som bevarer behandlingsansvaret og varetager henvisning til den digitale enhed. Programudviklingen omfatter både licensering af eksisterende tilbud (fx fra Karolinska Institutet i Stockholm eller Psykologpartners) og udvikling af egne digitale programmer – især på områder med få eksisterende tilbud som ADHD og søvnproblemer. Parallelt har BUP Skåne startet en forskningsklinik med forskere specialiseret i digital behandling. Både selvstændigt og i samarbejde med andre forskere i Sverige afprøves nye programmer i almindelig behandling som led i forskningsprojekter.

Implementering og træning: Implementeringen understøttes af undervisning og struktureret intern kommunikation, herunder videoer, skriftligt materiale og planlagte møder. Erfaringerne viste, at aktiv ledelsesopbakning fra starten er afgørende, da manglende ledelsesstøtte tidligere havde hæmmet udbredelsen af digitale tilbud. De digitale programmer er nu integreret i standardiserede behandlingsforløb, og klinikere trænes både i de teknologiske værktøjer og de terapeutiske metoder.

Data og evaluering: BUP Skåne arbejder med et informationsdrevet behandlingskoncept, hvor data fra patientforløb aktivt anvendes til løbende evaluering. Alle patienter, der modtager digital behandling, evalueres både på effekt og brugeroplevelse gennem det avancerede formularværktøj Blåappen. Den digitale klinik anvender før–under–efter-data til at følge den enkelte patients udvikling og vurdere resultater på både individ- og gruppeniveau. På landsplan har Sverige et nationalt kvalitetsregister for internetterapi 'Svenska internet-behandlingsregistret' (SibeR), som har til formål at indsamle data til opfølgning og kvalitetssikring af psykologisk internetbehandling for alle aldersgrupper i både almen praksis, psykiatrisk og somatisk behandling.

Effekter: BUP Skåne tilbyder digital selvhjælp til omkring 10.000–12.000 patienter årligt, som derfor kan starte behandling uden ventetid. Efter lanceringen af BUP Skåne Online er rådgivende opkald faldet med 75%, da familier finder svar digitalt i stedet for at ringe. I 2024 viste størstedelen af patienterne med angst eller OCD bedring, og resultaterne var ens på tværs af aldersgrupper og behandlingsniveauer. Alle patienter, der gennemførte behandling for søvnproblemer, rapporterede færre symptomer. Omkring 90% af patienter og forældre var tilfredse, fremhævede færre symptomer og anbefalede behandlingen til andre. I digitale grupper oplevede 76–88% psykoeducationen som nyttig. For nogle, mellem 18 og 25%, var den digitale behandling tilstrækkelig til at afslutte kontakten, mens den for andre dannede et vigtigt grundlag for fortsat støtte.



Organisation: MOST er udviklet og drevet af Orygen Digital, den digitale afdeling af Orygen, som er Australiens førende organisation for forskning, klinisk praksis og innovation inden for unges mentale sundhed. Orygen er et non-profit medicinsk forskningsinstitut og behandlingsudbyder med mere end 700 ansatte. Organisationen samarbejder tæt med eksterne forskere, klinikere, udviklere samt unge med egne erfaringer. Orygen Digital har 130 forskere og fagfolk ansat. MOST tilbydes gennem offentlige ungdomspsykiatriske specialtilbud i flere australske delstater og fungerer som supplement eller alternativ til traditionel behandling.

Beskrivelse: MOST er en gratis digital platform udviklet af Orygen Digital, der kombinerer terapeutiske onlineprogrammer med et modereret socialt netværk målrettet unge i alderen 12–25 år. Platformen tilbyder psykoedukative moduler – kaldet 'terapeutiske rejser' – baseret på KAT, mindfulness og Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Brugerne opbygger gradvist en personlig mestringsværktøjskasse med øvelser og strategier, som kan anvendes i svære perioder. Samtidig får de adgang til et lukket, anonymt onlinefællesskab med støtte fra kliniske moderatorer og trænede peers. MOST er designet til at supplere ansigt-til-ansigt-behandling og kan bruges før, under eller efter et traditionelt behandlingsforløb. Det kan fungere som selvhjulpet, støttet eller blended program.

Målgruppe: MOST henvender sig til unge i alderen 12–25 år, som oplever psykiske vanskeligheder, uanset om de er i behandling, står på venteliste eller for nylig har afsluttet behandling. Unge på 12–14 år kræver henvisning fra en klinik, mens unge på 15 år og opefter selv kan tilmelde sig eller blive henvist af sundhedspersonale. Indholdet anvendes på tværs af diagnoser og sværhedsgrader og kan tilpasses individuelle behov.

Skala: MOST er tilgængelig i hele Australien for unge mellem 15 og 25 år og drives gennem behandlingssteder i fem delstater: Victoria, Queensland, New South Wales, Western Australia og Australian Capital Territory. Platformen bruges både i byområder, landområder og mere fjerntliggende regioner og er tilgængelig via 117 sundhedstilbud og 262 klinikker, herunder specialiserede ungdomspsykiatriske enheder og nationale headspace-klinikker. Mere end 13.000 unge har været tilmeldt MOST siden 2020, og rækkevidden udvides løbende gennem nationale implementeringsprojekter og nye kliniske partnerskaber. MOST har desuden igangværende forskningsprojekter i USA, Canada og Europa (Holland, Irland, Tyskland og Spanien).

Finansiering: MOST er gratis for alle unge. Finansieringen kommer fra flere kilder, herunder delstatsregeringerne i Victoria, Queensland, New South Wales, Australian Capital Territory og Western Australia. Derudover ydes støtte fra private fonde som Telstra Foundation. Orygen Digital har derudover modtaget over 20 millioner australske dollar i forsknings- og udviklingsmidler til at udvikle, teste

og skalere løsningen. Midlerne dækker både teknisk udvikling, klinisk evaluering og drift. Målet er, at tilbuddet fortsat skal være offentligt finansieret og frit tilgængeligt for unge i hele Australien.

Digital transformation – baggrund og beslutning: Udviklingen af MOST begyndte i 2010 som et forskningsprojekt med fokus på forebyggelse af tilbagefald hos unge med psykose. Platformen blev skabt gennem tæt samarbejde mellem klinikere, forskere og unge, og indholdet er løbende blevet tilpasset på baggrund af feedback, resultater og praktisk anvendelse i behandling. Fra begyndelsen var ambitionen at udvikle en digital løsning, der kunne integreres i klinisk praksis og støtte både unge og deres behandlere. Under COVID-19 pandemien besluttede delstaten Victoria at udrulle MOST på tværs af staten, og platformen blev samtidig videreudviklet til at være transdiagnostisk – med fokus på fleksibel støtte til unge med forskellige former for psykiske vanskeligheder.

Udvikling og organisering af digitale tilbud: MOST er udviklet af Orygen Digital i samarbejde med klinikere, forskere og unge med egne erfaringer. Platformen startede som forskningsprojekt for unge med psykose og er i dag videreudviklet til en fleksibel, transdiagnostisk løsning. Indholdet justeres løbende på baggrund af brugerfeedback og evalueringer. Organisatorisk er MOST en tredelt platform, der forbinder unge, klinikere og et centralt supportteam hos Orygen. Teamet består af terapeuter, peers med egne erfaringer og jobkonsulenter, som støtter både brugere og lokale sundheds-tilbud. MOST bruges både i specialiserede klinikker og headspace-centre, mens Orygen Digital har ansvar for udvikling, evaluering og implementeringsstøtte.

Implementering og træning: Implementeringen af MOST understøttes af strukturerede træningsprogrammer og løbende support fra Orygen Digital. Klinikkerne får både introduktion til platformen, interne kommunikationsmaterialer samt adgang til teknisk og faglig vejledning. Træningen dækker både brugen af platformen og forståelsen af de terapeutiske principper bag indholdet. Orygen Digital har udviklet sin egen implementeringsmodel (ATLAS) baseret på implementeringsforskning. Modellen fokuserer på at identificere centrale barrierer og muligheder for implementeringen af MOST, som derefter bruges til at skræddersy udrulningen.

Data og evaluering: Brugerdata indsamles løbende og anvendes til at overvåge trivsel, engagement og risikofaktorer. Klinikker kan få adgang til oplysninger om den unges aktivitet og udvikling, som kan understøtte kliniske vurderinger og behandlingsbeslutninger. Evalueringen sker både centralt og lokalt, og brugernes erfaringer tillægges stor betydning i den løbende forbedring af platformen. MOST-teamet analyserer brugsmønstre og justerer indhold og funktioner baseret på feedback fra både unge og klinikere. Målet er, at data skal være tilgængelige og brugbare i daglig praksis – og bidrage til kvalitetssikring, faglig udvikling og brugerinddragelse.

Effekter: Effekten af MOST bygger på 15 års forskning⁸⁶. Både i forskningsforsøg og i klinisk brug har platformen vist stærke kliniske og praktiske resultater. I nationale evalueringer oplevede 44% af de unge med depression og angst en meningsfuld reduktion i symptomer. Samlet set følte 50% sig bedre tilpas og 93% ville anbefale MOST til andre³⁵. Det viser høj accept. Gennem 13 år har indsatsen vist sig sikker uden bivirkninger. Forskning har fundet at MOST kan halvere sandsynligheden for akutte besøg⁸⁷. Ud over sundhedsresultater er sandsynligheden for beskæftigelse forbedret 5,5 gange, og i alt er mere end 13.000 unge blevet henvist til MOST³⁵.

Appendix H:

Udvælgelse og metode for erfaringsindsamlingen

Udvælgelseskriterier

Case-eksemplerne er udvalgt for at give et bredt og konkret billede af, hvordan digitale psykiatritilbud til børn og unge kan implementeres i praksis. Følgende løsninger er blevet udvalgt: SilverCloud i England, Børne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Skåne, Mentalhub.fi i Finland og MOST i Australien.

Valget af disse eksempler er drevet af flere faktorer. For det første er alle løsningerne evidensbaserede, hvilket betyder, at de er blevet testet og dokumenteret gennem videnskabelige evalueringer og har påvist positive resultater i forhold til deres målgruppe. For det andet var det et krav, at de var fuldt implementerede og ikke kun i forsøgs- eller udviklingsfasen, så de kunne give konkrete erfaringer om at skabe effektive digitale tilbud. Endelig tilbyder de udvalgte cases alle iKAT.

Case-eksemplerne repræsenterer digitale psykiatritilbud fra forskellige sundhedssystemer og forvaltningsstrukturer, hvilket giver et nuanceret perspektiv på, hvordan digitale tilbud kan integreres og tilpasses forskellige nationale og regionale kontekster. Det har derfor været en bevidst ambition at vælge erfaringscases, der både ligner og adskiller sig markant fra det danske system. Denne variation giver både mulighed for direkte sammenlignelige erfaringer og for at hente inspiration til nye tilgange og løsninger.

Udvælgelsen af de case eksemplerne er blevet foretaget i tæt sparring med førende eksperter på området, hvilket har været med til at sikre, at de valgte initiativer er relevante for udviklingen af digitale løsninger i Danmark.

Metode

Interviewform: I undersøgelsen af case eksemplerne anvendte vi en semi-struktureret interviewform. Interviewguiden tog afsæt i Quality Implementation Framework (QIF)⁸⁸ for at adressere de forskellige faser i implementeringsprocessen, og spørgsmål blev gennemgået af fageksperter for at sikre kvalitet og relevans. Alle interviews startede indledningsvis med at spørge deltagerne om beskrivelse af indsatsen samt deres rolle heri. Herefter blev der dykket ned i nogle af de problemstillinger, interviewpersonerne præsenterede. Denne tilgang sikrede en balance mellem bredde og dybde i vores dataindsamling, idet vi undervejs kunne tilpasse spørgsmål til de specifikke kontekster og erfaringer i implementeringen.

Udførelse: De semi-strukturerede interviews fandt sted mellem d. 21. marts og d. 1. maj 2025. Forud for alle interviews blev der gennemført et kort indledende interview med deltagerne for at vurdere relevansen af casen. Derudover blev der forud for hvert interview tilsendt et spørgeskema, hvor interviewpersonen kunne udfylde en beskrivelse af indsatsen, organiseringen og målgruppen. Det gav mulighed for, at selve interviewet kunne fokusere på erfaringer med implementeringen og ikke på de mere deskriptive elementer.

I forbindelse med interviewene i Sverige og Finland blev der desuden gennemført feltbesøg af én til to dages varighed. Interviewene foregik på engelsk, blev optaget og havde en gennemsnitlig varighed på 78,25 minutter. Alle interviews blev efterfølgende transskriberet.

Metode for analyse: Transskriberingerne blev gennemgået uafhængigt af to projektmedarbejdere, hvor tentative temaer blev identificeret. Disse temaer blev derefter sammenlignet og vurderet for at sikre konsistens og validitet. Den tematiske kodning muliggjorde en systematisk identifikation og kategorisering af centrale temaer og mønstre i forbindelse med implementeringen af de respektive digitale indsatser.



*“Man kan aldrig afslutte
implementeringsrejsen, fordi den
altid er i gang. Men det bedste,
man kan gøre, er at sikre, at man
har data for flere forskellige ting.”*

(Annika Nilsson, BUP Skåne)



