

Internetpsykiatrien

For at anmode om behandling i Internetpsykiatrien skal du indsende et skema. Skemaet starter på næste side.

Skemaet indeholder kontaktoplysninger, et felt hvor du kan fortælle om dig selv, samt nogle få spørgsmål om hvordan du har haft det i den seneste tid.

Når vi har modtaget skemaet, kigger vi på din anmodning om behandling, og inviterer dig derefter til en udredende samtale, hvor vi finder ud af, om behandlingen egner sig til dig. Udredende samtaler finder sted i almindelig åbningstid. Det er kun den første samtale, der ligger på et fast tidspunkt.

Alle oplysninger og data fra programmet bliver behandlet fortroligt. Ligesom man gør i al anden behandling i Psykiatrien, vil der desuden blive ført en journal, der ligeledes er fortrolig.

Du har adgang til din journal via sundhed.dk.

Samtykke til indhentning af oplysninger

Vi vil gerne have din tilladelse til at indhente oplysninger fra e-journalen, hvor vi får adgang til diagnoser og beskrivelser af dine tidligere behandlingsforløb på sygehuse og hos din læge. Vi bruger dette til at vejlede visitationen og behandlingen i Internetpsykiatrien. Via E-journalen får vi adgang til hele din sygejournal.

Giver du samtykke til at psykologer i Internetpsykiatrien kan have adgang til E-journalen?

- (1) Ja
- (2) Nej
- (3) Ved ikke

Samtykke til brug af data i evaluering

Ved Internetpsykiatrien er vi meget optaget af, at kvaliteten af tilbuddet er høj og at jer, der bruger Internetpsykiatrien, er godt tilfredse. Derfor beder vi alle om at udfylde spørgeskemaer før, under og efter forløbet hos os. De indeholder en række spørgsmål, som gør det muligt for os at foretage løbende evaluering af tilbuddet hos os såsom oplysninger om dit helbred og om din tilfredshed med Internetpsykiatrien.

Vi vil derfor gerne bede om dit samtykke til, at vi kan anvende dine spørgeskemabesvarelser til evaluering af Internetpsykiatrien. Alle data vil blive behandlet fortroligt efter persondataloven og vil **udelukkende** blive offentliggjort i **anonym** form. Det er frivilligt om du ønsker at give os lov til at anvende disse data til vores evaluering.

Jeg giver hermed tilladelse til, at Internetpsykiatrien må gøre brug af mine spørgeskemabesvarelser i anonym form til evaluering af behandlingen:

Samtykke

(1) Ja

(2) Nej

Forskningsprojekter

Internetpsykiatrien samarbejder løbende med forskningsenheden i Telepsykiatrisk Center.

Du bliver orienteret, når vi har nye behandlingsformer, der kunne være relevante for dig.

Du kan sagtens modtage behandling uden at deltage i et forskningsprojekt.

Oplysninger

CPR nummer

Navn

Adresse

Husnummer

Postnummer

By

E-mailadresse

Telefonnummer

Hvor har du hørt om os?

(1) Fra egen læge

(2) Fra jobcenteret

(3) Fra medier

(4) Fra en pårørende

(5) Andet: _____

Hvilke medier?

Hvad er grunden til, at du henvender dig? Hvad ønsker du hjælp til?

Hvad får dig til at vælge Internetpsykiatrien, fremfor anden behandling?

Hvad er din forventning til online behandling?

Kender din læge din tilstand?

(1) Ja

(2) Nej

Hvis nej, hvorfor ikke

Hvis du har depression, hvor længe har den aktuelle episode af din depression varet?

- (1) Mindre end 4 uger
- (2) Mellem 4 og 8 uger
- (3) Mellem 8 og 12 uger
- (4) Mellem 3 og 6 måneder
- (5) Mellem 6 måneder og 1 år
- (6) Mellem 1 og 3 år
- (7) Mellem 3 og 5 år
- (8) Mellem 5 og 10 år
- (9) Mere end 10 år
- (10) Jeg har ikke depression

Hvis du oplever angst, hvor længe har det påvirket din daglige trivsel?

- (1) Mindre end 4 uger
- (2) Mellem 4 og 8 uger

- (3) Mellem 8 og 12 uger
- (4) Mellem 3 og 6 måneder
- (5) Mellem 6 måneder og 1 år
- (6) Mellem 1 og 3 år
- (7) Mellem 3 og 5 år
- (8) Mellem 5 og 10 år
- (9) Mere end 10 år
- (10) Jeg har ikke angst

Har du fået stillet en diagnose?

Nej

Ja, hvilken:

(1)

(2)

(1)

(2)

Er du på nuværende tidspunkt i medicinsk behandling for psykisk lidelse?

- (1) Ja, og det har jeg været i mindre end en måned
- (2) Ja, og det har jeg været i mindre end to måneder
- (3) Ja, og det har jeg været i mere end to måneder
- (4) Nej

Hvis ja, notér venligst hvilke(t) præparat(er) og dosis herunder:

Modtager du aktuelt anden form for behandling af psykisk lidelse (udover medicin og samtaler ved egen læge). Eksempelvis samtaler hos psykolog eller psykoterapeut?

- (1) Ja, hvilken: _____
- (2) Nej

Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit pr. uge (ca. antal)?

- (1) 0 genstande
- (2) 0-5 genstande
- (3) 5-10 genstande
- (4) 10-20 genstande
- (5) 20-30 genstande

(6) Over 30 genstande

Har du på nuværende tidspunkt et misbrug af euforiserende stoffer,
piller el. andet?

(1) Ja, hvilken: _____

(2) Nej

Aktuelle tilstand

De næste spørgsmål handler om, hvordan du har haft det gennem de sidste to uger

Inden for de seneste 2 uger, hvor ofte har du været generet af følgende problemer?

	Næsten hver dag	Mere end halvdelen af dagene	Flere dage	Slet ikke
1. Lille interesse i eller manglende glæde ved at gøre ting	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
2. Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
3. Problemer med at falde i søvn eller sove, eller med at sove for meget	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>

	Næsten hver dag	Mere end halvdelen af dagene	Flere dage	Slet ikke
4. Følt dig træt eller har kun haft lidt energi	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
5. Ringe appetit eller spist for meget	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
6. Haft det dårligt med dig selv - eller følt, at du er en fiasko eller har skuffet dig selv eller din familie	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
7. Problemer med at koncentrere dig om ting, såsom at læse avisen eller se TV	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
8. Har du bevæget ellertalt så langsomt, at andre kunne have bemærket det? Eller det modsatte - været så rastløs eller hvileløs, at du har bevæget dig mere omkring end sædvanligt	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>
9. Tanker om, at det ville være bedre, hvis du var død eller om at gøre skade på dig selv på en eller anden måde	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(0) <input type="checkbox"/>

Hvis du har afkrydset mindst ét af de ovenstående problemer, hvor besværligt har disse problemer gjort det for dig at arbejde, klare tingene i hjemmet eller komme overens med andre?

- (1) Slet ikke besværligt
- (2) Lidt besværligt
- (3) Meget besværligt
- (4) Ekstremt besværligt

Fobi

For hver af de følgende situationer, bedes du vælge i hvilket omfang, du undgår dem (Hvis du ikke valgte en fobi på forrige side, skal du blot klikke "undgår det ikke" i første linie").

Vælg et på skalaen for at vise hvor meget du ville undgå hver af de situationer der er listet nedenfor på baggrund af frygt eller andre ubehagelige følelser.

Fobier

	Undgår		Undgår	
Undgår	det	Undgår	det i	Undgår
det ikke	ganske	det helt	udpræge	det altid
	lidt	klart	t grad	

		Undgår				Undgår			
	Undgår		Undgår			Undgår			Undgår
	det ikke		det ganske lidt			det helt klart		det i udpræget grad	det altid

{%expression:{*1/2/23167584
0*}%}

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

Indsprøjtninger eller mindre
kirurgiske indgreb

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

Spise eller drikke sammen
med andre mennesker

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

Hospitaler

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

At rejse alene eller med bus

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

At gå alene i befærdede
gader

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

For hver af de følgende situationer, bedes du vælge i hvilket omfang, du undgår dem.

Vælg et på skalaen for at vise hvor meget du ville undgå hver af de situationer der er listet
nedenfor på baggrund af frygt eller andre ubehagelige følelser.

Fobier

	Undgår det ikke	Undgår det ganske lidt	Undgår det helt klart	Undgår det i udpræge t grad	Undgår det altid				
At blive iagttaget eller stirret på	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
At gå ind i butikker med mange mennesker	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
At tale med autoritetspersoner	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Synet af blod	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
At blive kritiseret	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

For hver af de følgende situationer, bedes du vælge i hvilket omfang, du undgår dem.

Vælg et på skalaen for at vise hvor meget du ville undgå hver af de situationer der er listet nedenfor på baggrund af frygt eller andre ubehagelige følelser.

Fobier

	Undgår det ikke	Undgår det ganske lidt	Undgår det helt klart	Undgår det i udpræge t grad	Undgår det altid				
At bevæge sig langt væk hjemmefra på egen hånd	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Tanker om sår, skader eller sygdom	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
At tale foran eller optræde foran et publikum	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Store åbne pladser	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Tandlægebesøg	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Andre situationer

Findes der en anden
situation, der gør dig angst? _____

Beskriv

Hvor meget du ville undgå
denne situation _____

Hvordan vurderer du din nuværende tilstand i forhold til dine fobiske symptomer

(0) 0. Aktuelt ingen fobier

- (1) 1.
- (2) 2. Lidt påvirket, men ikke så det hæmmer mig
- (3) 3.
- (4) 4. Klart påvirket / det hæmmer mig
- (5) 5.
- (6) 6. Tydelig påvirket / hæmmet
- (7) 7.
- (8) 8. Stækt påvirket / hæmmet

Vælg nu fra nedenstående skala for at vise i hvilket omfang følgende problemer påvirker dig.

Følelser

	Næsten ikke	Lidt påvirket	Klart påvirket	Tydelig påvirket	Påvirket i alvorlig grad				
Føler mig forpint eller deprimeret	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Føler mig irriteret eller vred	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Føler mig anspændt eller panikslagen	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Har oprørende tanker som trænger sig på	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Næsten
ikke

Lidt
påvirket

Klart
påvirket

Tydlig
påvirket

Påvirket
i alvorlig
grad

Føler at jeg selv eller mine

omgivelser er mærkelige eller (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

uvirkelige

Andre følelser

Har du andre følelser, der

påvirker dig? Beskriv

I hvilket omfang vil følelsen

påvirke dig.

I det store hele, hvor tilfreds er du med dit liv i dag?

(1) 1. Kunne ikke være værre

(2) 2. Utilfreds

(3) 3. Overvejende utilfreds

(4) 4. Blandet

(5) 5. Overvejende tilfreds

(6) 6. Tilfreds

(7) 7. Kunne ikke være bedre

Hvor tilfreds er du med din mentale sundhed?

- (1) 1. Kunne ikke være værre
- (2) 2. Utilfreds
- (3) 3. Overvejende utilfreds
- (4) 4. Blandet
- (5) 5. Overvejende tilfreds
- (6) 6. Tilfreds
- (7) 7. Kunne ikke være bedre

Hvor tilfreds er du med dit fysiske helbred?

- (1) 1. Kunne ikke være værre
- (2) 2. Utilfreds
- (3) 3. Overvejende utilfreds
- (4) 4. Blandet
- (5) 5. Overvejende tilfreds
- (6) 6. Tilfreds
- (7) 7. Kunne ikke være bedre

Baggrundsdata

Civilstand

- (1) Single
- (2) Fast forhold, samlevende
- (3) Fast forhold, bor alene

Børn

Nej	Ja, hvor mange:
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>

Hvad er din højeste opnåede uddannelse?

Folkeskole/ mellemskole	Studentereksamene/HF	Erhvervsfaglignende uddannelse (EUD/EFU)	Kort videregående uddannelse, under 3 år	Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	Lang videregående uddannelse, over 4 år	Anden uddannelse
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Forsørgelsesgrundlag

Lønindtægt	Kontanthjælp	Sygedagepenge	Arbejdsledighedsundersøttelse	SU	Pension	Andet:
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Har du nogle supplerende kommentarer?

Du har nu udfyldt din anmodning til Internetpsykiatrien. Klik på *afslut*, og din besvarelse bliver sendt til os.

Vi kontakter dig via e-boks inden for fem arbejdsdage.

Venlig hilsen Internetpsykiatrien