



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 12-12-2024

Sagsnr. 05-0801-1664

## **Styrket akutpsykiatrisk hjælp**

Fagligt beslutningsoplæg til styrkelse af telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp og styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri

# Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen har i henhold til den politiske aftale ”En bedre psykiatri”<sup>1</sup> fået til opgave at udvikle et fagligt oplæg til en psykiatrisk akutlinje og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingsindsatser. Akutlinjen bør kunne visitere til relevante akutte behandlingsindsatser, så borgere med akut behov for psykiatrisk hjælp kan få den rette behandling. En del af opgaven er at vurdere etablering af et nyt, særskilt akutnummer for psykiatrien over for anvendelse af det eksisterende 112-nummer. Styrkelsen af den psykiatriske telefonvisitation og de akutte psykiatriske behandlingsindsatser skal ske inden for den afsatte økonomiske ramme på 150 mio. kr. årligt.

Sundhedsstyrelsens faglige beslutningsoplæg til styrket akutpsykiatrisk hjælp henvender sig primært til politiske beslutningstagere. Oplægget indeholder en beskrivelse af det nuværende udfordringsbillede, en opsummering af Sundhedsstyrelsens anbefalede løsninger, efterfulgt af en præsentation af mulige løsninger, herunder fordele og ulemper, ift.:

- **Styrkelse af telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp** (løsning A eller B), hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp styrkes ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved Akut Medicinsk Koordinering (AMK) og de regionale lægevagtstelefoner, og med anvendelse af dertilhørende eksisterende akutnumre (løsning A).
- **Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri** (løsning 1 og 2), hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser (løsning 1).

Implementeringen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp og styrkelsen af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri kan påbegyndes fra andet kvartal 2025, hvorefter der bør være mulighed for trinvis implementering i de enkelte regioner. Danske Regioner forventer, at det kan være implementeret i løbet af 2026. Det er oplagt at følge udvikling i kvalitet og effekt ligesom servicemål for håndteringstid og ventetid skal beslutes i samråd med Danske Regioner.. Implementeringen bør tage højde for sammenlægning af regioner og omstrukturering i sundhedsvæsenet som følge af sundhedsreformen.

---

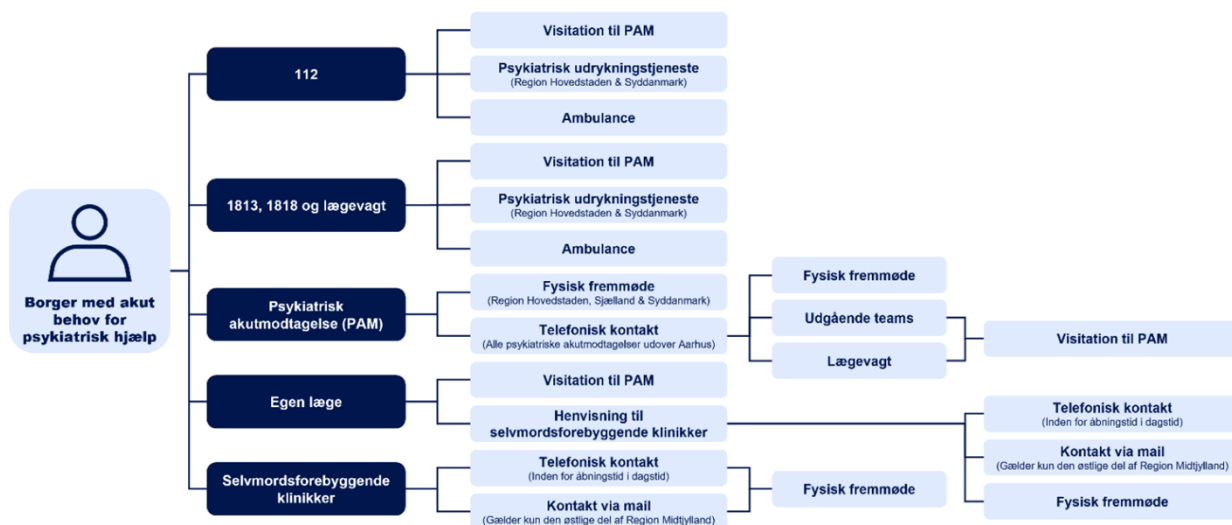
<sup>1</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne. 2023.

# Udfordringsbillede

Let og hurtig adgang til akutpsykiatrisk hjælp er afgørende for borgere med akut psykisk krise eller med akut forværring af psykisk lidelse, som fx kan være i risiko for selvmord eller selvmordsforsøg. I dag er adgangen til akutpsykiatrisk hjælp dog udfordret af, at:

- En betydelig andel borgere oplever udfordringer med at navigere mellem de forskellige offentlige akutlinjer for at få den rette hjælp, jf. *Figur 1*.
- En betydelig andel borgere med akut behov for psykiatrisk hjælp ringer til rådgivningstelefoner i civilsamfundet og kommunerne, selvom rådgiverne i disse tilbud ikke kan visitere til den rette psykiatriske indsats.
- De regionale akutpsykiatriske behandlingsindsatser er ikke altid tilstrækkeligt tilgængelige, blandt andet på grund af begrænset kapacitet.
- Der mangler psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagtstelefoner.

*Figur 1: Illustration af borgernes muligheder for kontakt til offentlig akutpsykiatrisk hjælp i dag, hertil forskellige muligheder for visitation eller henvisning til regionale akutpsykiatriske indsatser.*



Udfordringsbilledet for hhv. telefonisk indgang til akut psykiatrisk hjælp og adgang til akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri uddybes i det følgende.

## Udfordringer ved telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

Akut Medicinsk Koordinering (AMK), som håndterer 112-opkald, de regionale lægevagtstelefoner og de psykiatriske akutmodtagelser (PAM) er i dag de eneste telefoniske indgange til akutpsykiatrisk hjælp med mulighed for visitation til regionale behandlingsindsatser, såsom præhospital indsats med udrykning eller visitation til psykiatrisk akutmodtagelse. Tilsammen modtager disse telefoniske indgange i dag ca. 311.792 psykiatriske

opkald om året<sup>2</sup>. I nogle tilfælde vil opkald som PAM modtager bedre kunne håndteres ved direkte aktivering af akutberedskabet via AMK. Dog mangler både AMK og de regionale lægevagtstelefoner psykiatrifaglige kompetencer til at kunne vurdere borgeres behov og visitere herefter. Derudover er det uklart for borgerne, hvilke offentlige akutlinjer de skal kontakte ved behov for akutpsykiatrisk hjælp.

Flere civilsamfundsorganisationer og kommuner tilbyder telefonrådgivning til borgere i akut psykisk krise eller med psykiatriske problemstillinger. Disse telefonlinjer håndterer årligt omkring 325.320 opkald, hvoraf en betydelig andel ringer, fordi de har brug for hjælp til at navigere i de offentlige tilbud, eller fordi de har akut behov for hjælp<sup>2</sup>. Rådgivere i disse tilbud har dog i udgangspunktet ikke psykiatrifaglige kompetencer eller mulighed for at visitere til regionale behandlingsindsatser, såfremt dette måtte være nødvendigt.

Både de offentlige akutlinjer og frivillige rådgivningstelefoner oplever, at de i dag modtager for mange opkald, som givet alvorligheden og kompleksiteten af problemstillingen kunne håndteres mere hensigtsmæssigt et andet sted<sup>2</sup>. En betydelig andel borgere oplever derfor, at de ikke får den rette psykiatrifaglige hjælp, der hvor de henvender sig først. Det skaber risiko for forsinkelser i situationer, hvor hurtig og korrekt hjælp kan være afgørende. Dette understreger behovet for en mere tydelig og koordineret telefonisk indgang, som understøtter, at borgere visiteres til rette indsats med den nødvendige psykiatrifaglige kompetence.

De offentlige akutlinjer og frivillige rådgivningstelefoner bruger i dag betydelige ressourcer på at vejlede borgere og pårørende om, hvilke indsatser der er relevante for deres behov, og hvordan de kan få adgang til disse. Dette indikerer, at det ofte er uklart for borgerne, hvor de skal henvende sig for at få den nødvendige hjælp. Flere offentlige aktører informerer på deres hjemmesider om frivillige telefonlinjer som en del af deres rådgivning. Der er i forbindelse med afdækning af området peget på, at der er brug for større klarhed om, hvornår man som borger skal søge hjælp fra de offentlige akutlinjer, og hvornår man mere oplagt skal søge støtte og rådgivning gennem frivillige tilbud.

## **Udfordringer ved akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri**

De akutpsykiatriske behandlingsindsatser består af udgående indsatser og funktioner, samt stationære indsatser, herunder de psykiatriske akutmodtagelser. Der er en tæt kobling mellem en styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp og de psykiatriske akutindsatser, hvor tilgængelighed og kapacitet er afgørende for, at borgerne får den rette hjælp på rette tid og sted.

De regionale akutpsykiatriske behandlingsindsatser og andre psykiatriske indsatser har ofte begrænset kapacitet og tilgængelighed uden for almindelig dagstid til at imødekomme behovet for akutpsykiatrisk hjælp. Især tilgængeligheden af de udgående behandlingsindsatser varierer på tværs af landet. Dette gælder eksempelvis psykiatriske udrykningstjenester, akutteams og udgående ambulante teams som F-ACT, OPUS og botilbudsteams. Alle regioner har døgnåbne psykiatriske akutmodtagelser, men her varierer kapaciteten, antallet af enheder, organiseringen og visitationen ligeledes på tværs af landet.

Derudover mangler de offentlige akutlinjer et samlet overblik over relevante indsatser, som borgere kan visiteres til, samt en effektiv koordinering af den samlede akutpsykiatriske behandlingskæde.

---

<sup>2</sup> Nordic Healthcare Group. Afdækning af forudsætninger for etablering af en psykiatrisk akuttelefon, 2024.

# Styrket akutpsykiatrisk hjælp

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket adgang til akutpsykiatrisk hjælp opsummeres i boksen nedenfor. Mulige løsninger, herunder fordele og ulemper, beskrives efterfølgende.

## Opsummering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger

**Styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp:** For at løse udfordringerne ved borgernes telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at styrke indgangen ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved AMK og de regionale lægevagsttelefoner, og med anvendelse af dertilhørende eksisterende akutnumre (løsning A). Med anbefalingen styrkes:

- Entydig telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp for borgerne
- Sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik i borgerens indgang til akut hjælp
- Bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer i det samlede akutberedskab.

**Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri:** For at løse udfordringerne ved borgernes adgang til akutpsykiatriske behandlingsindsatser, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser (løsning 1). Med anbefalingen styrkes:

- De præhospitale indsatser tilknyttet AMK
- Akutte og subakutte udgående akutpsykiatriske indsatser, fx psykiatrisk udrykningstjeneste og ambulante akutteams
- Akutfunktioner tilknyttet ambulante tværfaglige udgående teams

**Akut psykiatrisk koordinator:** Det anbefales desuden, at sammenhængen i den akutpsykiatriske indsats styrkes ved at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen kan understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder med den Koordinerende Psykiatriske Kontaktperson (KOP), som udsendes i forbindelse ekstraordinære hændelser og beredskabshændelser, hvor det psykosociale beredskab skal aktiveres.

## Styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

I følgende afsnit præsenteres to mulige løsninger for styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp ved vurdering af fordele og ulemper. Sundhedsstyrelsen anbefaler at integrere psykiatrifaglighed i AMK og de regionale lægevagter, samt at anvende nuværende akutnumre, fremfor at etablere nye callcentre med en særskilt psykiatrisk akutlinje og nyt akutnummer.

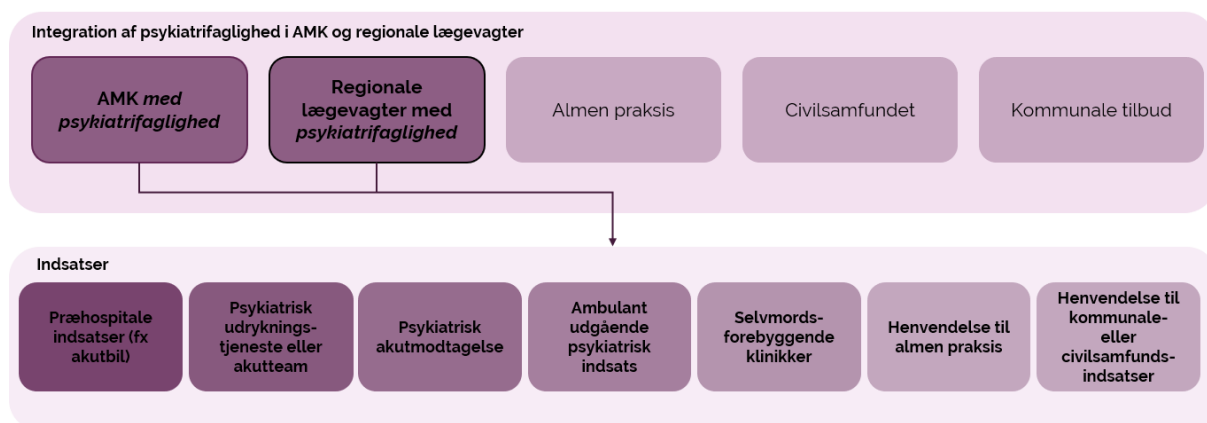
### Løsning A: Integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagter

AMK sikrer i dag hurtig adgang til præhospitale indsatser som ambulancer og akutlægebiler, mens de regionale lægevagsttelefoner håndterer bredere problemstillinger og kan henvise til subakutte indsatser eller til egen læge.

Løsning A indebærer, at psykiatrifaglighed integreres i AMK og de regionale lægevagtstelefoner ved at opnormere med psykiatrifagligt personale og opkvalificere nuværende sundhedsfaglige visitatorer, jf. *Figur 2*. Hertil anvendes de dertilhørende telefonnumre (112 og regionale lægevagtsnumre) som indgang for borgerne. Løsningen indebærer desuden, at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen bør både understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab.

Løsningen vurderes at være den mest hensigtsmæssige ift. at styrke den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp, idet den understøtter både sammenhæng til øvrige initiativer i 10-års planen, og harmonerer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet, samt Sundhedsreformens fokus på ligestilling af psykiatri og somatik, og fælles kapacitetsstyring for borgere med behov for både psykiatriske og somatiske indsatser.

*Figur 2: Illustration af integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner, herunder mulighed for at visitere eller henvise til regionale akutpsykiatriske indsatser*



## Fordele

Integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagtstelefoner giver borgere og pårørende en klar og entydig telefonisk indgang til akut hjælp. Løsningen styrker ligestilling og integration af psykiatri og somatik, og skaber en sammenhæng for borgerne, som dermed ikke selv skal vurdere, hvorvidt deres behov for hjælp er psykiatrisk eller somatisk. Integration af psykiatrifaglighed muliggør dermed helhedsorienteret visitation og en faglig opkvalificering af det samlede akutberedskab.

Ved at anvende eksisterende infrastruktur og ressourcer opnås en bæredygtig drift og en effektiv udnyttelse af både økonomiske, medarbejder- og faglige ressourcer, samtidig med at regionerne har mulighed for at tilpasse indsatsen til lokale forhold. Hertil vil de psykiatrifaglige medarbejdere som ansættes i AMK og lægevagterne bidrage til at der i spidsbelastningsperioder kan være øget kapacitet til håndtering af mange opkald.

Det betyder også, at der kan allokeres flere midler fra den samlede økonomiske ramme til at styrke de akutte indsatser i den regionale psykiatri.

Derudover vil løsningen understøtte en effektiv visitation af høj faglig kvalitet til rette psykiatriske behandlingsindsats, herunder understøtte den samlede regionale behandlingsskæde ved at skabe sammenhæng mel-

lem borgerens telefoniske henvendelse, psykiatrifaglig vurdering og visitation til præhospitale indsatser og øvrige regionale psykiatriske indsatser.

Ved at styrke både AMK og de regionale lægevagstelefoner med psykiatrifaglige kompetencer opnås en differentieret indsats, der kan tilpasses borgernes behov.

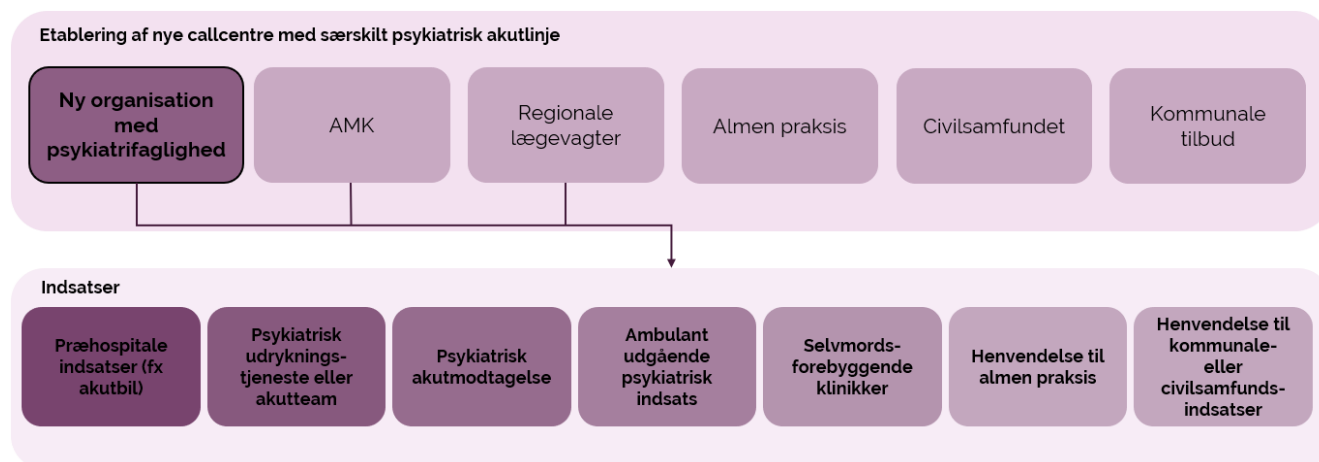
### Ulemper

En potentiel ulempe er, at nogle borgere kan opleve, at deres behov ikke bliver bedre imødekommet ved, at de skal kontakte de tilbud de allerede kender i dag, som ikke nødvendigvis associeres med akutpsykiatrisk hjælp.

### Løsning B: Etablering af nye callcentre med særskilt psykiatrisk akutlinje

Som alternativ til løsning A kan der oprettes en ny særskilt psykiatrisk akutlinje, som kan etableres i nye centrale enheder, jf. *Figur 3*. Denne løsning vil altså ikke blive integreret i det eksisterende akutberedskab, men etableres som en parallel løsning, hvor psykiatri og somatik adskilles.

*Figur 3: Illustration af etablering af nye callcentre med særskilt psykiatrisk akutlinje, herunder mulighed for at visitere eller henvise til regionale akutpsykiatriske indsatser*



### Fordele

En ny organisation giver mulighed for at skabe en struktur, der udelukkende fokuserer på akutpsykiatrisk visitation, uden at være bundet af eksisterende systemer. Det kan skabe bedre mulighed for at tilpasse indsatsen til målgruppens behov.

Et nyt akutnummer kan lette kommunikationen om og markedsføringen af tilbuddet til målgruppen, fordi adgangen til akutpsykiatrisk hjælp kan fremstå mere entydig i den borgerrettede kommunikation. Det kan øge brugen af tilbuddet, og mindske belastningen på eksisterende akutnumre.

### Ulemper

For borgere med brug for akutpsykiatrisk hjælp kan det i situationen være svært at huske endnu et telefonnummer.

Oprettelse af et nyt akutnummer kan desuden komplicere borgerens indgang til rette behandlingsindsats, da det vil være op til borgerne selv at vurdere, om deres behov for hjælp er psykiatrisk eller somatisk, og om de på den baggrund skal kontakte en særskilt psykiatrisk akutlinje, AMK eller de regionale lægevagtstelefoner for hjælp. Dette kan være svært at vurdere for borgere, og i nogle tilfælde fagligt uhensigtsmæssigt, hvis der også er behov for fx somatisk hjælp. Da psykiatri og somatik på denne måde adskilles, skabes der ikke en overordnet entydig akutindgang for borgerne. Hvis der er brug for at få hjælp fx fra politiet, vil det fortsat kræve koordinering og kontakt med AMK.

Oprettelsen af en ny organisation med psykiatrifaglige kompetencer kan medføre faglige og driftsmæssige udfordringer, og modarbejde målet om større sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik. Desuden kræver oprettelse af nye funktioner betydelige investeringer i infrastruktur, teknologi og personale samt tid til at etablere arbejdsgange, samarbejde med andre aktører og opbygning af viden og kompetencer fra bunden. En ny organisation vil derudover være en omkostningstung løsning, som vil medføre, at der kan allokere færre midler til at styrke de akutte indsatser i den regionale psykiatri.

Hvis der etableres nye enheder kan det medføre begrænset kendskab til eksisterende akutpsykiatriske indsatser på tværs af landet, og der vil være behov for en større indsats for at etablere samarbejdsrelationer, sammenlignet med den anbefalede løsning om at styrke AMK og de regionale lægevagtstelefoner.

## **Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri**

Vedrørende styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri præsenteres to mulige løsninger, hvoraf Sundhedsstyrelsen anbefaler at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1), fremfor at styrke det samlede akutberedskab (løsning 2). Nedenfor beskrives de to løsningsmuligheder ved vurdering af fordele og ulemper.

### **Løsning 1: Styrkelse af udgående akutpsykiatriske indsatser**

Løsningen indebærer at styrke de *udgående* akutpsykiatriske indsatser, herunder de præhospitale indsatser tilknyttet AMK (styrket med opkvalificering og/eller psykiatrifaglige kompetencer), psykiatriske udrykningstjenester, ambulante psykiatriske akutteams og tværfaglige udgående psykiatriske akutteams. Løsningen indebærer desuden, at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen bør både understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder visitation til udgående akutpsykiatriske indsatser.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at denne løsning vil være mest hensigtsmæssig idet den harmonerer med Sundhedsreformens fokus på behandling tættere på borgeren, og derudover understøtter sammenhæng til øvrige initiativer i 10-års planen, der fokuserer på at opbygge kapaciteten i udgående psykiatriske indsatser.

Givet at der er regionale forskelle i dag, bør indsatserne tilpasses lokale behov for at komme borgerne bedst til gavn. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at regionerne får mulighed for selv at prioritere, hvilke udgående



akutpsykiatriske indsatser, der styrkes i hver enkelt region under hensyntagen til nuværende organisering, eksisterende indsatser, geografi og demografi.

### **Fordele**

Ved at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser, er det muligt at skabe et mere lettilgængeligt og nært akuttillbud for borgerne, især for dem, der har svære symptomer og fx ikke ønsker eller har svært ved at møde op på en psykiatrisk akutmodtagelse, selvom de har behov for akutpsykiatrisk hjælp.

Fordelen ved at prioritere de udgående akutpsykiatriske indsatser er, at et vigtigt led i den samlede akutkæde styrkes, så der sikres differentierede og udgående indsatser til borgerne, som i højere grad får adgang til præhospitale indsatser på samme niveau som borgere med somatiske problemstillinger.

Den telefoniske indgang fungerer som første led i akutkæden med mulighed for at visitere til rette behandlingsindsats, baseret på en systematisk vurdering af behov. Dette omfatter en tæt kobling mellem visitation, præhospital indsats og akutmodtagelse. Når der i højere grad er mulighed for at nå ud til borgeren i hjemmet med psykiatrifaglige kompetencer, kan behandlingen ofte afsluttes dér, eller der kan skabes en bedre overgang til en eventuel indlæggelse. Styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser kan bidrage til en tidlig intervention, som forebygger forværring af symptombilledet, reducerer risikoen for selvskade, vold mod andre, selvmord og tvangsindlæggelser samt sikre hurtig vurdering og visitation til behandling.

Samtidig kan styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser potentielt være med til at aflaste akutmodtagelserne.

### **Ulemper**

Styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser forudsætter et tilstrækkeligt antal kvalificerede medarbejdere, hvilket kan være udfordrende for regionerne, der i forvejen oplever betydelige rekrutteringsproblemer. Regionerne står over for kapacitetsudfordringer på tværs af psykiatrien, herunder i psykiatriske akutmodtagelser, og kan derfor have et ønske om og behov for større fleksibilitet i prioriteringen af ressourcer fremfor fast binding til specifikke formål.

## **Løsning 2: Styrkelse af det samlede akutberedskab**

Styrkelse af det samlede psykiatriske akutberedskab indebærer, at også psykiatriske akutmodtagelser kan styrkes på lige fod med udgående akutte psykiatriske behandlingsindsatser som nævnt i løsning 1.

### **Fordele**

Når kapaciteten i psykiatriske akutmodtagelser kan styrkes på lige fod med udgående akutpsykiatriske indsatser, kan regionerne selv vurdere, hvor der er det største behov for en kapacitetsøgning og hvad de vil prioritere at styrke. Herved tages mere hensyn til regionale forskelle og behov. Derudover kan flere led i akutkæden styrkes ved, at der fx både prioriteres midler til akutmodtagelser og udgående indsatser. Dette afhænger dog af regionernes prioritering.

### **Ulemper**

Når regionerne får større mulighed for selv at prioritere, kan det betyde, at ressourcerne spredes tyndt, fx ved at ressourcerne anvendes til at styrke kapaciteten på landets 18 psykiatriske akutmodtagelser. Dette kan

svække indsatsens samlede effekt og øge sandsynligheden for, at borgerne ikke oplever en mærkbar forbedring af den akutpsykiatriske hjælp.

Desuden kan en forskelligartet brug af ressourcer mellem regionerne gøre det udfordrende at skabe sammenhæng mellem dette initiativ og fremtidige indsatser i 10-årsplanen, og dermed den samlede ambition om at fremme mere ensartethed på nationalt niveau.

Endelig er der allerede betydelige forskelle i de udgående behandlingsindsatser på tværs af landet, som følge af variationer i regionernes organisering og prioritering af indsatserne. Denne løsning kan risikere at forstærke uligheden i adgangen til de udgående indsatser mellem regionerne, og dermed modarbejde målet om mere ensartede tilbud til borgerne på tværs af landet.