



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, og baggrunden for udarbejdelsen af oplægget er uddybet i bilag 1. 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).

Det faglige grundlag for anbefalingerne uddybes i bilag 2, og forudsætninger for opfyldelse af anbefalingen om styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp uddybes i bilag 3, som er målrettet de ansvarlige for implementeringen og driften.

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 besluttes i samråd med Danske Regioner. Kvalitetsudvikling og opfølgning på implementeringen uddybes i bilag 4. Implementeringen bør tage højde for sammenlægning af regioner og omstrukturering i sundhedsvæsenet som følge af sundhedsreformen.

---

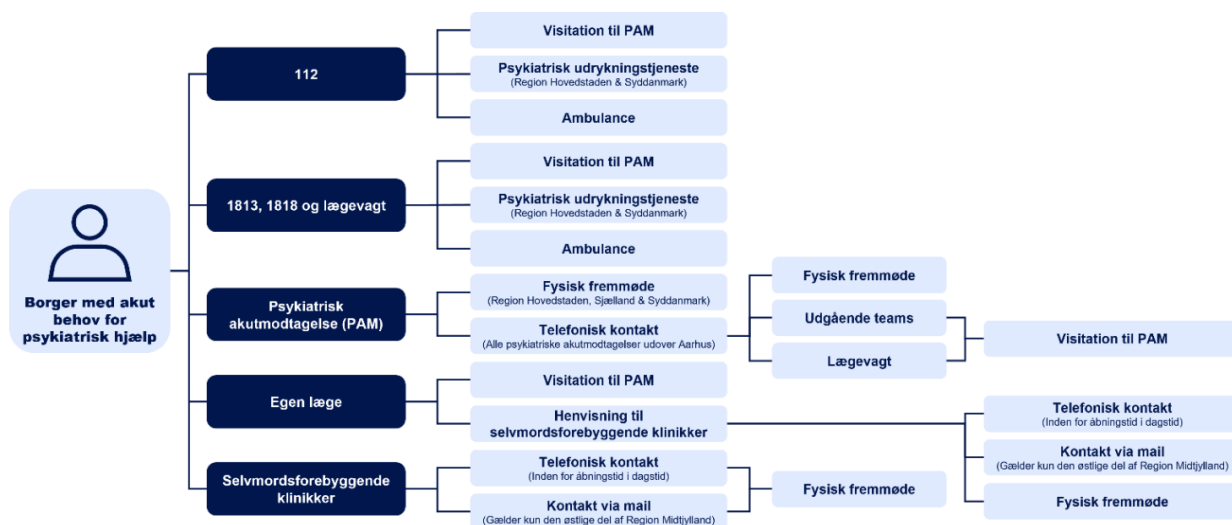
<sup>1</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryk for medarbejderne. 2023.

# 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 Koordination (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. Det faglige grundlag for anbefalingerne uddybes i bilag 2.

## 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 lægevagtstelefoner, 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

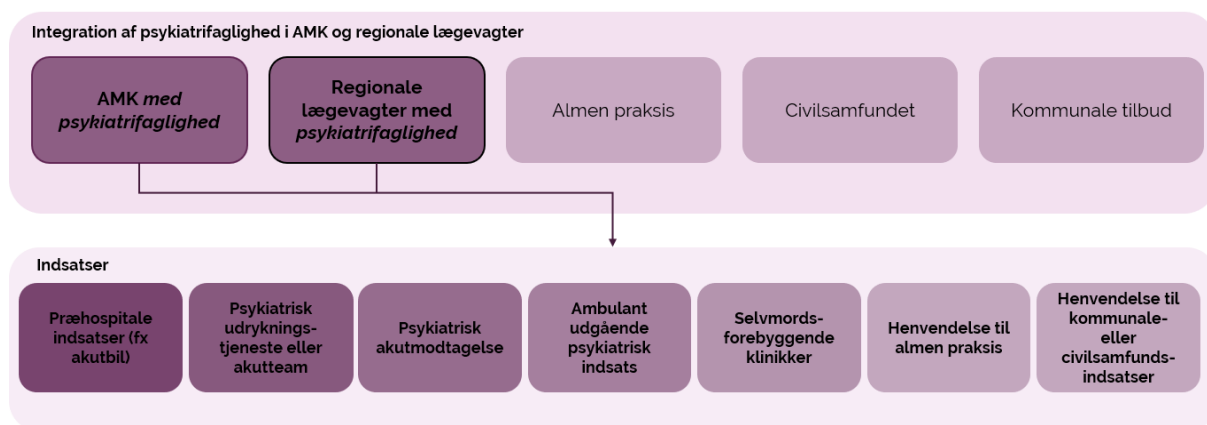
AMK sikrer i dag hurtig adgang til præhospitale indsatser som ambulancer og akutlægebiler, mens de regionale lægevagtstelefoner håndterer bredere problemstillinger og kan henvise til subakutte indsatser eller til

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 akutupsykiatriske beredskab.

Løsningen vurderes at være den mest hensigtsmæssige ift. at styrke den telefoniske indgang til akutupsykiatrisk 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 akutupsykiatriske 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

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

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

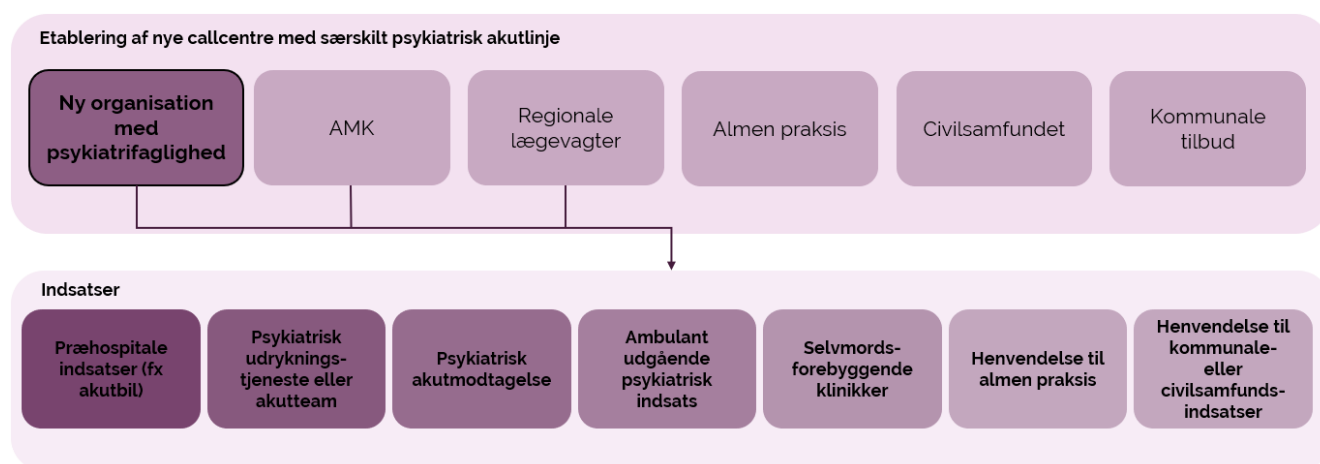
### Ulemper

En 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 lægevagstelefoner 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 lægevagstelefoner.

## **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 akutmåle 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 akutmåle 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 akutmåle 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.

# Bilag 1: Baggrund for Sundhedsstyrelsens faglige beslutningsoplæg

Der er i arbejdet med det faglige beslutningsoplæg taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats*<sup>3</sup> og *Fagligt oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien*<sup>4</sup>, hvori det anbefales at styrke visitationen af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom, så der sikres sammenhæng i indsatsen og henvisning til rette behandlingsindsatser. Ligesom det også anbefales at udvide de psykiatriske akutindsatser, herunder styrke de udgående akutte funktioner.

Sundhedsstyrelsen har derudover i *oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed*<sup>5</sup>, foreslået at styrke udgående tværfaglige teams og øge kapaciteten i psykiatriske indlæggelsestilbud over de kommende år. Ligesom der i tidligere initiativer under 10-årsplanen er afsat midler til at styrke udgående ambulante behandlingsindsatser.

I Sundhedsstyrelsens arbejde er der taget højde for sundhedsreformens mål om bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet<sup>6</sup>, herunder ligestilling mellem psykiatri og somatik, lige og hurtig adgang til sundhedsydelse af høj kvalitet i hele landet, mindsket geografisk ulighed, fælles kapacitetsstyring for borgere med behov for både psykiatriske og somatiske indsatser, og en behandling som i højere grad foregår tæt på eller i eget hjem.

Som en del af baggrunden for det faglige oplæg, har Nordic Healthcare Group (NHG) udarbejdet en analyse, der belyser forskellige mulige løsninger for etablering af en psykiatrisk akutlinje<sup>2</sup>. Heri er der inddraget erfaringer fra bl.a. Psykiatrien i Region Nordjylland, 1813 og Region Hovedstadens forsøgsordning med en psykiatrisk akutlinje. NHG har også analyseret muligheden for at etablere et nyt, særskilt akutnummer i sammenligning med anvendelse af eksisterende 112-nummer. Supplerende har Sundhedsstyrelsen internt udarbejdet et overblik over de regionale psykiatriske akutindsatser og identificeret stor variation i indsatserne, herunder ift. tilgængelighed, bemanning og organisering.

Sundhedsstyrelsen har derudover modtaget faglig rådgivning fra en arbejdsgruppe nedsat til formålet (bilag 1.1).

I arbejdet med det faglige beslutningsoplæg er der desuden taget udgangspunkt i nedenstående beskrivelse af målgruppen for akutpsykiatrisk hjælp.

---

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

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats*, 2020.

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan – Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*, 2022.

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen. *Oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed*, 2024.

<sup>6</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Aftale om sundhedsreform*, 2024.

## Målgruppe for styrket akutpsykiatrisk hjælp

Målgruppen for styrket akutpsykiatrisk hjælp omfatter både børn, unge og voksne, som er i akut psykisk krise, enten uden tidligere kendt psykisk lidelse, debuterende eller med kendt psykisk lidelse. Målgruppen omfatter også pårørende til og andre i den umiddelbare nærhed af borgeren med behov for akutpsykiatrisk hjælp. Borgere og pårørende, som i dag kontakter 112, de regionale lægevagstelefoner eller telefonlinjer i civilsamfundet med behov for akutpsykiatrisk hjælp, er derfor i målgruppen.

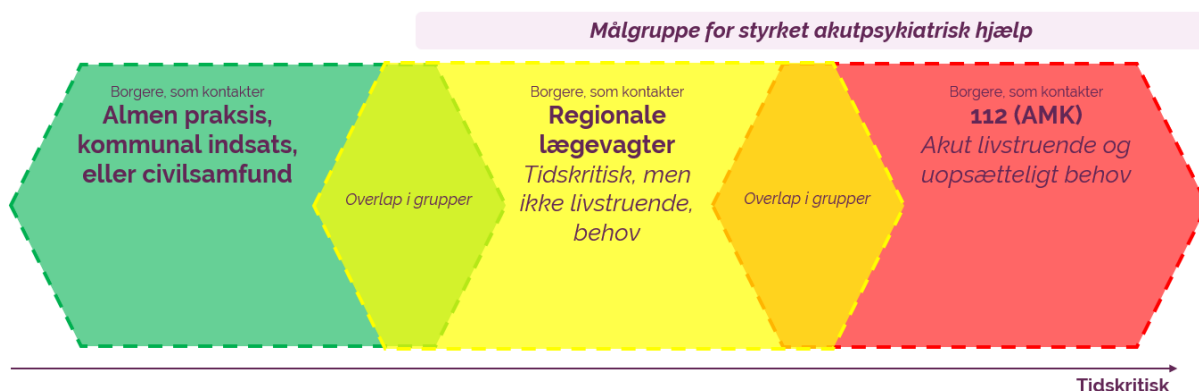
Uanset henvendelsesårsagen kan borgerens behov for akutpsykiatrisk hjælp variere afhængigt af symptom-billedet:

- **Livstruende tilstand** med akut fare for den enkelte selv eller for andre. Eksempelvis ved høj selvmordsrisiko eller risiko for voldelig adfærd. I disse tilfælde er øjeblikkelig handling og aktivering af akutberedskabet afgørende, herunder i nogle tilfælde også politiet.
- **Akut tilstand** med akut opståede eller forværrede symptomer, såsom akut belastningsreaktion, manisk episode, psykotiske symptomer eller øget selvmordsrisiko. Disse tilstande kræver handling inden for timer og ofte en psykiatrifaglig vurdering for at afklare alvorsgrad og visiteres til den rette indsats.
- **Subakut tilstand** med forværring af kendt psykisk lidelse eller nye symptomer, der kræver opmærksomhed og handling, men hvor der ikke er akut behov for hjælp. Der er ofte behov for en psykiatrifaglig vurdering for at afklare, hvor tidskritisk behovet er, og hvilken indsats der skal visiteres til.

Ved alle tre symptombilleder kan der være behov for psykisk krisehåndtering og deeskalering over telefonen. Samtidig kan vurderingen af, hvilken indsats der skal visiteres til i den regionale psykiatri, kræve en psykiatrifaglig vurdering, herunder en vurdering af risikoen for selvmord og vold. Da afgrænsningen mellem de tre symptombilleder ofte er uklar og kompleks, kan en psykiatrifaglig vurdering være afgørende for at sikre korrekt visitation.

Det vurderes derfor, at en række af de borgere som i dag vil kontakte 112 og de regionale lægevagstelefoner, kan få bedre psykiatrisk hjælp, ved at integrere psykiatrifaglighed i AMK og de regionale lægevagter jf. *Figur 1*. Ligeledes vil nogle af de borgere, der i dag kontakter kommunale eller civilsamfundsbase-rede telefoner, fremover kunne hjælpes bedre ved at blive opfordret til eller selv kunne ringe til de regionale akutnumre.

*Figur 1: Illustration af målgruppen for den styrkede akutpsykiatriske hjælp*



# Bilag 1.1: Arbejdsgruppe

## **Livslinien**

Leder af rådgivningen

*Agnieszka Storgaard Nielsen*

## **Dansk Psykiatrisk Selskab**

Forperson

*Merete Nordentoft*

## **Dansk Selskab for Akutmedicin**

Læge

*Julie Mackenhauer*

## **Dansk Selskab for Almen Medicin**

Psykatri-ordfører

*Helene Larsson*

## **Dansk Sygepleje Selskab**

Sundhedsfaglig Konsulent

*Tanja Due Krogh Madsen*

## **Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab**

Overlæge

*Helene Grønning*

## **SIND**

Formand

*Mia Kristina Hansen*

## **Bedre Psykiatri**

Chefanalytiker

*Jens Peter Eckardt*

## **Rigspolitiet (Alarm 112)**

Vicepolitiinspektør

*Jesper Lovmand*

## **Lægevagtsfunktionen på 1813**

Cheflæge

*Kim Arved Nielsen*

## **AMK, Region Midtjylland**

Lægefaglig direktør

*Palle Juelsgaard*

## **Region Syddanmark**

Lægefaglig direktør

*Anders Meinert Pedersen*

## **Region Hovedstaden**

Økonomi- og planlægningschef

*Sven Knudsen*

## **Region Midtjylland**

Hospitalsdirektør

*Tina Ebler*

## **Region Nordjylland**

Cheflæge

*Peter Uggerby*

## **Region Sjælland**

Vicedirektør

*Dorthe Juul*

## **Danske Regioner**

Teamleder

*Jakob Schelde Holde*

## **Danske Regioner**

Teamleder

*Anne Sofie Bæk-Sørensen*

## **Indenrigs- og Sundhedsministeriet (observatør)**

Fuldmægtig, Kontoret for Psykiatri og Misbrug

*Anna Bak*

## **Indenrigs- og Sundhedsministeriet (observatør)**

Fuldmægtig, Kontoret for Sygehuspolitik

*Emilie Bøjesen*

## **Bilag 2: Uddybning af Sundhedsstyrelsens anbefalinger**

Nedenfor uddybes den faglige baggrund for Sundhedsstyrelsens anbefaling om at integrere psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner (løsning A) og styrke udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1).

### **Uddybning af anbefaling om integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner (løsning A)**

Sundhedsstyrelsen lægger i anbefalingen vægt på, at borgere vil opleve en entydig adgang til akutpsykiatrisk hjælp, at der er fokus på sammenhæng i sundhedsvæsenet og ligestilling mellem psykiatri og somatik, samt bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer.

#### **Entydig indgang**

Det bør være let for borgeren at få akutpsykiatrisk hjælp gennem en entydig indgang. Ved at anvende eksisterende akuttelefonnumre som telefonisk indgang undgås det, at der skal opbygges kendskab til endnu et telefonnummer for akut hjælp i befolkningen.

Anvendelse af eksisterende akutnumre sikrer også, at fagpersoner kan vurdere, om der er tale om psykiatriske, somatiske eller kombinerede problemstillinger, og tilpasse visitationen herefter. Løsningen forenkler dermed adgangen til hjælp og det undgås, at det er op til borgeren selv at vurdere eget behov for hjælp.

Ved integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK bør den borgerrettede kommunikation være tydelig omkring, at borgere fortsat kun skal ringe 112 ved behov for akut udrykning i livstruende situationer. Psykiatriske vurderinger kræver ofte længere tid end somatiske vurderinger, og integration med AMK må ikke forsinke håndtering af kritiske opkald. Løsningen, der både styrker kvaliteten af opkald i 112 og de regionale lægevagtsnumre, bør understøtte en effektiv håndtering af akutpsykiatrisk hjælp samtidig med, at den eksisterende målgruppeafgrænsning i AMK fastholdes.

#### **Sammenhæng og ligestilling**

Integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter vil styrke målgruppens adgang til kvalificeret psykiatrifaglig hjælp, uanset om borgere befinder sig i en livstruende situation, og/eller har behov for øvrig akut eller subakut psykiatrisk hjælp.

Integrationen af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagter vil styrke både den faglige viden og organisatoriske sammenhæng i sundhedsvæsenet, ligesom løsningen vil bidrage til ligestilling mellem psykiatriske lidelser og somatiske sygdomme. Samtidigt vil løsningen også bidrage til en mere helhedsorienteret hjælp til borgere, som kan have behov for både psykiatrisk og somatisk behandling ved samling af visitationen for somatik og psykiatri.

Denne løsning giver regionerne mulighed for at tilpasse organiseringen af den akut psykiatriske indgang efter lokale forhold. Det betyder blandt andet, at hver region selv kan beslutte, hvorvidt personalet med psykiatrifaglige kompetencer skal samlokaliseres med enten AMK eller den regionale lægevagtsordning.

Uanset placeringen af det psykiatrifaglige personale bør AMK og de regionale lægevagter dog have mulighed for at trække på kompetencer fra det samlede akuterberedskab. Herunder bør der være sammenhæng mellem AMK og de regionale lægevagter, for eksempel via omstillingsfunktioner, for optimal ressourceanvendelse. For at opnå reel ligestilling mellem psykiatri og somatik er det afgørende, at psykiatrifagligheden styrkes med ressourcer og kompetencer på lige fod med somatikken, og at strukturer og kulturer i AMK og lægevagt understøtter den helhedsorienterede visitation af borgere.

### **Bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer**

Ved at integrere psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter kan de sundhedsfaglige visitatorer håndtere opkald med mulighed for sparring eller viderestilling mellem visitatorer med og uden psykiatrifaglige kompetencer. Det vil fremme opbygning af faglige miljøer i AMK og de regionale lægevagter med psykiatrifaglige kompetencer, hvor videndeling, oplæring og tværfaglig uddannelse løbende bør prioriteres med henblik på at fremme opkvalificering af de sundhedsfaglige visitatorer. Ligesom det vil bidrage til en robust og effektiv anvendelse af ressourcer i det samlede akuterberedskab. Samtidig vil personale med psykiatrifaglige kompetencer også kunne bidrage til at håndtere opkald fra somatisk syge borgere.

Ved at anvende den eksisterende infrastruktur, hvor tekniske funktioner til håndtering af opkald allerede er tilgængelige, fx hurtig omstilling mellem AMK og lægevagt, begrænses behovet for at etablere nye systemer. Den anbefalede løsning understøtter således en robust og bæredygtig drift, hvor eksisterende ressourcer, relationer og erfaringer bringes i spil i det samlede akuterberedskab.

Styrkelsen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp kræver opfyldelse af en række forudsætninger, beskrevet i dette bilag. Sundhedsstyrelsen vurderer, at disse bedst imødekommes ved at integrere psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter, og ved at anvende de nuværende akutnumre.

## **Uddybning af anbefaling om styrkelse af udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1)**

Det anbefales at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser, fx præhospitale indsatser tilknyttet AMK, psykiatrisk udrykningstjeneste, ambulante akutteams og akutfunktioner tilknyttet tværfaglige udgående teams, som kan bidrage til at sikre borgere den rette vurdering og behandlingsindsats (løsning 1).

Det anbefales desuden, at sammenhængen i den akutpsykiatriske indsats styrkes ved, 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 fx udgående akutpsykiatriske indsatser. APK-funktionen kan desuden sikre koordinering med den Koordinerende Psykiatriske Kontaktperson (KOP), som udsendes i forbindelse ekstraordinære hændelser og beredskabshændelser, hvor det psykosociale beredskab aktiveres.

For at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser, anbefales det, at regionerne prioriterer indenfor en eller flere af følgende indsatser:

- Præhospitale indsatser tilknyttet AMK-vagtcentralen kan styrkes ved opkvalificering og/eller tilførsel af psykiatrifaglige kompetencer, fx ved at ambulancepersonale eller paramedicinere opkvalificeres eller har adgang til psykiatrifaglig rådgivning, fx via Akut Psykiatrisk Koordinator (APK).
- Præhospitale indsatser kan ligeledes styrkes ved, at psykiatrifagligt personale i relevante situationer kan rykke ud sammen med den præhospitale indsats. I disse situationer bør udrykningen være med to fagpersoner, herunder mindst én med akutpsykiatrisk ekspertise, som kan vurdere selvmordsrisiko og voldsrisiko, bruge deeskalerende metoder og visitere til relevant behandling. Regioner med en psykiatrisk udrykningstjeneste kan vælge at styrke denne.
- Ambulante psykiatriske akutteams, der er tilknyttet psykiatriske akutmodtagelser, kan styrkes gennem øget tilgængelighed og bedre geografisk dækning.
- Akutte funktioner ved tværfaglige udgående psykiatriske teams, såsom F-ACT, OPUS og botilbudsteams, kan styrkes ved øget tilgængelighed, eksempelvis ved bedre muligheder for at tilbyde akutte besøg uden for almindelig dagtid.

Tilgængelighed til akutpsykiatrisk hjælp kan til en vis grad også forbedres gennem øget brug af digitale løsninger, fx ved virtuelle konsultationer eller digitale værktøjer til triagering mv.

Det vil i de fleste tilfælde være mest hensigtsmæssigt at styrke eksisterende tilbud fremfor etablering af nye.



# Bilag 3: Forudsætninger for styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

I styrkelsen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp er der en række forudsætninger, som bør opfyldes i organiseringen af indsatsen, herunder kompetencer, kvalitetsudvikling, triage og overblik over akutpsykiatriske indsatser, visitation og handlemuligheder, samt teknisk håndtering af opkald.

## Psykiatrifaglige kompetencer

I den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp bør der være kompetencer til:

- Psykiatrifaglig klinisk vurdering og triagering af psykiatriske problemstillinger for børn, unge, voksne og ældre, herunder vurdering af nærliggende og væsentlig fare for borgeren selv eller andre (selvmords- og voldsrisikovurdering) samt vurdering af rusmiddelproblematik.
- Psykisk krisehåndtering/deeskalering.

Det forudsætter:

- Sundhedsfaglige visitatorer, som har kompetencer indenfor akutpsykiatri via fx klinisk erfaring og specialuddannelse eller andre sundhedspersoner med de beskrevne kompetencer.
- Adgang til sparring med speciallæge i psykiatri og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Dertil bør eksisterende sundhedsfaglige visitatorer opkvalificeres ift. triagering og visitation til akutpsykiatrisk hjælp, samt styrkede kommunikative kompetencer inden for psykisk krisehåndtering og deeskalering.

Endelig bør den psykiatrifaglige visitation døgnet rundt understøttes af en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion i hver region, som i udgangspunktet bør være en speciallæge i psykiatri eller læge under sidste fase af hoveduddannelse i psykiatri. Funktionen bør understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder visitation til fx udgående akutpsykiatriske indsatser. APK-funktionen bør integreres organisatorisk i AMK og samarbejde tæt med det somatiske beredskab i AMK, herunder AMK-lægen, for at sikre ligestilling.

## Øvrige kompetencer

Derudover bør der være følgende kompetencer:

- Generelle sundhedsfaglige kompetencer, herunder somatiske, og mulighed for tværfaglige drøftelser, gerne med speciallæger, for at sikre den bedste visitation af borgere med både psykiatriske og somatiske problemstillinger. Herudover bør der også være mulighed for vurdering af og vejledning til borgere med rusmiddelproblematik.
- Kompetencer inden for samtaleteknik, digitale færdigheder og dokumentation, så der fx kan udføres journalopslag, foretages dokumentation under samtalen, samt tages beslutninger efter gældende retningslinjer og standarder.
- Kompetencer til at udarbejde vagtplaner, gennemføre kvalitetsudvikling og oplære medarbejdere.

## Oplæring og uddannelse

For at sikre ovenstående kompetencer og høj kvalitet i håndteringen af opkald bør der være løbende sparring og kompetenceudvikling for de sundhedsfaglige visitatorer. Retningslinjer, samtalekoncepter og

beslutningsstøtteværktøjer bør integreres i systemerne for at understøtte empatiske, effektive og standardiserede samtaler. Derudover bør visitatorerne løbende oplæres og efteruddannes i triagering, psykisk krisehåndtering, kommunikation og samtaleteknik for at sikre borgerne den bedst mulige indsats.

### **Tekniske forudsætninger for håndtering af opkald**

Den telefoniske indgang bør kunne varetage samtaler af forskellig varighed, da fx vurdering af selvmords- og voldsrisiko tager længere tid end opkald som omhandler somatisk sygdom. Uanset varigheden af samtalerne bør der tilstræbes kort ventetid for at understøtte tilgængeligheden for borgerne.

Det er en forudsætning for en effektiv og koordineret håndtering af opkald, at:

- Der er adgang til patientjournal via relevant EPJ-system, hvor medarbejderne har de nødvendige rettigheder til journaladgang og relevante digitale værktøjer.
- Der er mulighed for omstilling til og mellem AMK og de regionale lægevagstelefoner og direkte adgang til at rekvirere præhospital indsats, herunder fx ambulance eller politi.
- Der er mulighed for at booke subakutte tider i den regionale psykiatri og for opfølgende opkald til borgere.
- Der bør være kø-håndtering og ventetidsinformation, og på sigt vil det være hensigtsmæssigt, hvis der gives mulighed for, at borgeren kan vælge at blive ringet op senere (call-back funktion).

### **Udarbejdelse af triageringsmodel og nationale visitationskriterier**

Der findes i dag ikke en landsdækkende triageringsmodel eller et akutpsykiatrisk visitationsværktøj for telefoniske henvendelser om akutte psykiatriske tilstande. Med henblik på effektiv varetagelse af visitationen, anbefales det, at regionerne udarbejder en fælles triageringsmodel for akutpsykiatriske opkald og et akutpsykiatrisk visitationsværktøj.

Der bør desuden i hver region udarbejdes et samlet overblik over relevante indsatser, der kan visiteres og henvises til. Det er i den forbindelse vigtigt, at overblikket holdes opdateret fx ift. telefonnummer, åbningstider mv.

### **Visitation og handlemuligheder**

Den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp bør kunne visitere til den nødvendige behandlingsindsats baseret på borgerens symptomer og en vurdering af hvor tidskritisk behovet er. Dette inkluderer mulighed for visitation til:

- Præhospital indsats, herunder tilkald af politi ved behov.
- Akutte og subakutte indsatser i den regionale psykiatri.
- Somatisk behandling, når det er påkrævet.

Da den telefoniske akutpsykiatriske indgang er døgndækket, vil der være behov for en konkret vurdering af, om borgere der ringer i dagtiden, skal henvises til at kontakte almen praksis eller visiteres direkte til en akutpsykiatrisk indsats.

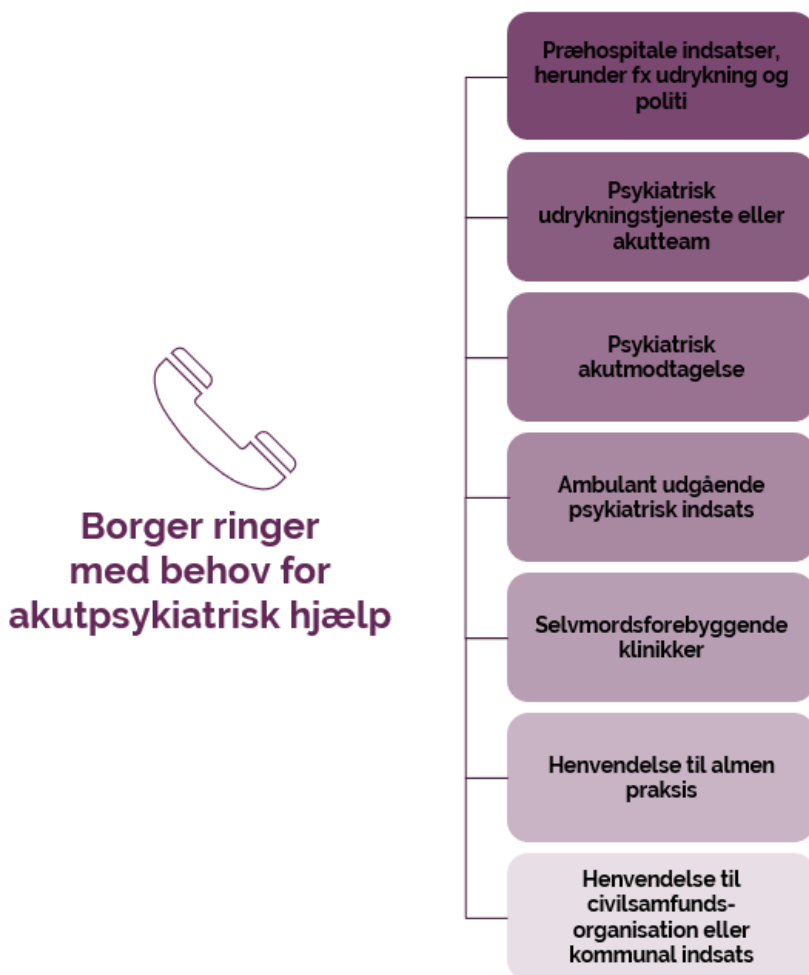
Den styrkede akutpsykiatriske visitation påvirker ikke almen praksis' rolle som primær indgang til sundhedsvæsenet i dagtiden, og ændrer heller ikke den nuværende organisering af psykiatriske akutmodtagelser.

Der bør være mulighed for, at de sundhedsfaglige visitatorer kan booke akuttid til ambulante opfølgning i den regionale psykiatri, henvise til selvmordsforebyggende klinikker, samt sende besked til relevante kontaktpersoner i den regionale psykiatri, hvis borgeren er i et psykiatrisk behandlingsforløb.

I tilfælde, hvor der ikke er behov for visitation til en regional behandlingsindsats, bør borgeren informeres om muligheden for anden relevant hjælp, fx kontakt til almen praksis, kommunale tilbud eller rådgivningstilbud i civilsamfundet.

I *Figur 1* illustreres indsats, der bør kunne visiteres eller henvises til. Der bør også være mulighed for korrespondance til kommuner, herunder kommunale kontaktpersoner. Herudover bør visitationen understøtte kontakt med rådgivningstilbud i civilsamfundet, med henblik på at styrke samarbejde og hjælp til borgerne, men uden at overtage civilsamfundsorganisationers funktioner.

*Figur 1: Indsats, der kan visiteres og henvises til*



## **Bilag 4: Kvalitetsudvikling og opfølgning på styrket indgang til akutpsykiatrisk hjælp**

Regionerne anbefales systematisk at indsamle data fra den akutte psykiatriske telefonvisitation med henblik på at monitorere, analysere og sikre overholdelse af servicemål samt udvikling af kvalitet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne udvælger fælles parametre for en national evaluering af den telefoniske indgang. Eksempler på relevante parametre kan være antal opkald, manglende besvarelse, type og akutgrad af opkald, opkaldsvarighed, gennemsnitlig håndteringstid og ventetid. Der bør også gennemføres en analyse af visitation til behandlingsindsatser. Hertil er det oplagt at følge patientoplevet kvalitet og effekt.

I aftalen om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed er der opstillet mål, som skal følge de indsatser, der igangsættes i de kommende år. Det anbefales, at implementering og opfølgning drøftes løbende i det Nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed, som følger implementeringen af indsatserne under 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed. Herudover vil Rådet for Selvmordsforebyggelse også følge implementeringen ift. selvmordsforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen foretager en evaluering af den telefoniske indgang, når indsatsen er fuldt implementeret og har været i gang i en tilstrækkelig lang periode til at kunne vurdere indsatsen.

# Referenceliste

- (1) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed, 2023.
- (2) Nordic Healthcare Group. Afdækning af forudsætninger for etablering af en psykiatrisk akuttelefon, 2024.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats, 2020.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan – Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, 2022.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed, 2024.
- (6) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform, 2024.