



POLITIKKATALOG:

Kommunal- og regionsvalg 2025



LÆGEFORENINGEN



POLITIKKATALOG:

Kommunal- og regionsvalg 2025

I november 2025 bliver der afholdt kommunal- og regionsvalg i Danmark. Især regionsvalget har afgørende betydning for udviklingen af sundhedsvæsenet – særligt i lyset af den nye sundhedsreform. Men også på det kommunale område vil der være stort behov for at løfte sundhedsområdet i de kommende år. Derfor har Lægeforeningen udarbejdet dette katalog med konkrete forslag, der kan styrke sundhedsområdet i hele landet.

Sundhedsvæsenet står over for store udfordringer, og det er afgørende, at der tages hånd om både landsdækkende og regionale problemstillinger. Geografisk ulighed i sundhed er en realitet, der rammer både borgere og sundhedspersonale. Adgangen til speciallæger, ventetider i psykiatrien og tilknytning af sundhedspersonale vari-

erer markant mellem regionene. Manglende fokus på forebyggelse belaster sundhedsvæsenet. Det skaber uhensigtsmæssigt forbrug af ressourcer og skævheder i sundheden, der kræver politisk handling i den enkelte region.

Vælgerne har sundhed i toppen af den politiske dagsorden

[Danskernes Sundhedspolitiske Barometer 2024](#) viser, at de temaer, som optager danskerne mest, er: personalemangel, psykiatri, ulighed i sundhed, omsorg og pleje til ældre og ventelister.

Det er altså de sundhedspolitiske temaer, som danskerne mener, at politikerne skal gøre noget ved. Målingen, som blev foretaget før, regeringen fremlagde en ny sundhedsreform, viser også, at danskerne grundlæggende har tillid

til sundhedsvæsenet. Kun 1 ud af 3 tror på, at sundhedsvæsenet er bedre om fem år.

I dette katalog fokuseres der på seks centrale områder, hvor regionale og kommunale løsninger kan gøre en forskel. Vi har inddraget både nationale og regionale data (se bilag) for at sikre, at forslagene er relevante og målrettede de udfordringer, som regioner og kommuner står overfor.

Lægeforeningen har udarbejdet kataloget, så partier og kandidater kan lade sig inspirere af forslagene i valgprogrammer og i debatten om fremtidens sundhedsvæsen.

INDHOLD

1. Bedre lægedækning	3
2. Styrket psykiatri	4
3. Flere sundhedstilbud tæt på borgerne	5
4. Stærke lokale sygehuse	6
5. Forebyggelse skal lette presset på sundhedsvæsenet	7
6. Styrkelse af palliationen	8
7. Bilag – nøgletal for de fire regioner	9
Noter	13



1. BEDRE LÆGEDÆKNING

Der mangler 2000 speciallæger i Danmark i 2024,¹ og samtidig er der stor regional forskel på patienters adgang til læger. For eksempel er der 24 speciallæger pr. 10.000 personer i Nordjylland, mens der er 32 speciallæger pr. 10.000 personer i Region Hovedstaden.² Samme mønster ses inden for praksissektoren, hvor der f.eks. i Region Nordjylland er 1,6 praktiserende speciallæger pr. 10.000 personer, mens der i Region Hovedstaden er 3,8.³ Det betyder, at borgere i nogle områder må vente længere på at blive udredt, få behandling eller rejse langt for at få den rette hjælp, f.eks. ift. sygdomme som gigt, demens og psykiske lidelser. Hvis man skal mindske den geografiske ulighed i sundhed og nedbringe ventetider, er det afgørende at styrke lægedækningen, der hvor manglen er størst.

Opret flere uddannelsesstillinger

Med sundhedsstyrelsens plan for flere speciallæger bliver der oprettet 130 ekstra speciallægeuddannelsespladser.⁴ Heraf er de 30 pladser ekstraordinære uddannelsesforløb, der skal tilrettelægges i samarbejde med søgende læger, for at gøre det mere attraktivt for den enkelte læge. De nye forløb vil sikre en bedre geografisk lægedækning, og erfaringerne skal bruges til udvikling af nye fastholdelsesstrategier i regionerne. Det kan derfor være attraktivt for de enkelte regioner at oprette ekstraordinære forløb i områder, hvor der mangler speciallæger inden for trængte specialer.

Skab attraktive arbejdspladser

Regionerne skal udarbejde strategier for rekruttering og tilknytning af speciallæger og uddannelseslæger i de mest pressede områder samt for, hvordan de vil sikre stærkere tilknytning af speciallæger, der nærmer sig pensionsalderen (gælder såvel sygehuse som almen praksis). Fokus skal være på gode faglige miljøer og uddannelsesmiljøer. Der bør afsættes en pulje til rekruttering og tilknytning, herunder mulighed for fleksible uddannelsesforløb for yngre læger og bedre balance mellem arbejdsliv og familieliv for både uddannelses- og speciallæger. Puljen skal også understøtte tilknytning af erfarne speciallæger, bl.a.

gennem muligheder for faglig udvikling og tiltag for at tilknytte nærpensionerede speciallæger.

Styrk kapaciteten og opret nye ydernumre

Der er mangel på alment praktiserende læger. Derfor står mange danskere uden egen læge. Ifølge PLO er der tale om 267.000 danskere,⁵ der ikke har deres egen læge. Det er politisk besluttet, at der i 2035 skal være mindst 5.000 alment praktiserende læger, dvs. ca. 43 pct. flere end i dag.⁶

Uddannelsen af flere speciallæger i almen medicin bør gradvist følges op af etableringen af flere ydernumre. Regionalt bør man gøre en aktiv indsats og gøre det mere attraktivt at nedsætte sig som praktiserende læge i områder, hvor det pt. er svært at rekruttere almenmedicinske speciallæger. Desuden bør regionerne etablere flere licensklinikker, så der sikres flere reelle almenmedicinske tilbud, der med tiden kan blive reelle almene praksisejerskaber.

Få flere praktiserende speciallæger til at løse flere opgaver

Der er store huller på landkortet, som med fordel kan fyldes med ydernumre til praktiserende speciallæger. Det er erfaringen, at de bliver besat, hvis de bliver oprettet. En styrkelse af speciallægepraksis vil give borgerne lettere adgang til behandling tættere på hjemmet, aflaste sygehuse og sikre almen praksis mulighed for bedre samarbejde med specialister inden for de enkelte sygdomsområder. Det vil kunne sikre bedre patientforløb og skabe mere kapacitet i sundhedsvæsenet.

Speciallægepraksis åbner også mulighed for at varetage speciallægeopgaver, der i dag løses på sygehuse, inden for en række områder. Det gælder f.eks. børne- og ungepsykiatri, neurologi samt psykiatri.



2. STYRKET PSYKIATRI

I 2024 var danskernes tillid til psykiatrien i bund: 63 pct. mente ikke, at personer med psykisk sygdom kan få den nødvendige hjælp i det offentlige sundhedssystem, og kun 8 pct. troede på, at systemet faktisk leverer.⁷ Lange ventetider, mangel på speciallæger og hyppige genindlæggelser har længe udfordret psykiatrien.

I maj 2025 blev den tredje og afsluttende delaftale om 10-årsplanen indgået. Det er et tiltrængt løft – men vi mangler endnu at se, at det fører til mærkbare forbedringer. Det bliver afgørende, at regioner og kommuner løfter deres del af ansvaret. Ellers risikerer psykiatrien at miste både faglig og folkelig opbakning.

Frihold psykiatrien fra besparelser og ansættelsesstop

Regionerne skal droppe besparelser på psykiatriområdet, mens 10-årsplanen bliver udrullet.

På trods af de afsatte midler til 10-årsplanen, er der gennemført besparelser og ansættelsesstop på de enkelte afdelinger ude i regionerne. Det går ud over kapaciteten og skaber ventetider i psykiatrien. Samtidig går det ud over kvaliteten.

Opret flere sengepladser

Der skal etableres flere sengepladser for at imødekomme det stigende behov. I perioden fra 2019 til 2025 er antallet af disponible sengepladser faldet med 2,1 pct., mens der i perioden 2019 til 2023 har været en stigning i patienter på 5 pct.

Opret flere ydernumre til praktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Flere ydernumre vil lette presset på den regionale psykiatri og styrke fastholdelsen af børne- og ungdomspsykiatere i den enkelte region.

Opslåede ydernumre trækker ikke ressourcer fra den offentlige psykiatri, da de kan besættes af læger, der i dag allerede arbejder i det private, men uden for sygesikringen. Nationalt er der tale om minimum 36

børne- og ungdomspsykiatere og 79 voksenpsykiatere, som arbejder privat uden ydernummer. Flere ydernumre forventes samtidig ikke at medføre en større økonomisk omkostning, da regionerne allerede i dag – og frem til 2027 – betaler refusion ifm. udredning og behandling af børn og unge i privat regi. I 2027 afskaffes sygesikringsgruppe 2 helt, hvorefter midler vil blive frigjort, og dermed fortsat kan gå til oprettelsen af flere ydernumre

Tidsfrist i ”det lettilgængelige kommunale tilbud til børn og unge”

Ifølge de faglige rammer for det kommunale behandlingstilbud er målet med tilbuddet, at alle børn og unge i psykisk mistrivsel får hurtig og ensartet adgang til behandling. Men uden en bindende tidsfrist falder intentionen bag tilbuddet til jorden.

Tilbuddet skal have en bindende tidsfrist fra første screeningssamtale til, at behandlingen er påbegyndt, for at sikre barnet/den unges ret til hurtig behandling. Det kan f.eks. være 30 dage.

Stil krav om regionale strategier for rekruttering og fastholdelse

Regionerne skal arbejde målrettet med tilknytning og rekruttering af sundhedspersonale i psykiatrien. Derfor skal regionerne hver især udarbejde konkrete og målrettede rekrutterings- og tilknytningsstrategier.

Ift. læger er det bl.a. vigtigt at oprette flere (intro) stillinger samt fokus og tiltag rettet mod gode faglige miljøer og gode uddannelsesmiljøer i områder, hvor det er sværere at rekruttere.



3. FLERE SUNDHEDSTILBUD TÆT PÅ BORGERNE

Adgangen til sundhedsydelser afhænger i høj grad af, hvor man bor. Mange borgere i yderområder har langt til specialiseret udredning og behandling. Flere sundhedsopgaver kan med fordel rykkes tættere på borgerne, men det kræver en politisk indsats for at sikre, at speciallægekompetencerne bliver tilgængelige, hvor behovet er størst. Det kan ske ved at udbygge kapaciteten af praktiserende speciallæger og ændre opgavevaretagelsen fra sygehuse til speciallægepraksis.

Opret flere ydernumre til praktiserende speciallæger

Der skal prioriteres flere midler til at oprette flere ydernumre til praktiserende speciallæger. Det er afgørende for, at mere behandling kan foregå tæt på borgerne. De skal placeres dér, hvor der er langt til sygehuset og gerne i sundhedshuse med mange forskellige fagligheder. På den måde samles indsatsen for borgere med flere sundhedsproblematikker, og der kan ske sparring mellem forskellige speciallæger og andre sundhedsprofessionelle.

Med aftale om sundhedsreform af 15. november 2024 blev der afsat midler til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger fra 2026 og frem.⁸ Forudsætningen for en sådan rettighed er først og fremmest udbygning af kapaciteten i speciallægepraksis. Det er regionerne, der i forbindelse med budgetaftaler afsætter midler til nye ydernumre. Feks. afsatte Region Syddanmark med budgetaftalen for 2025 3,9 mio. kr. til oprettelse af et ydernummer inden for psykiatri på Sydfyn.⁹

Omstil opgaver fra sygehus til speciallægepraksis

Flere patienter skal håndteres hos praktiserende speciallæger frem for på sygehusene. Med tiden vil flere patienter kunne få behandling tæt på deres hverdag i takt med, at flere praktiserende speciallæger nedsætter sig i områder, hvor der er langt til sygehuset. Det vil også frigøre ressourcer til den højt specialiserede behandling på sygehusene.

Indfør rådgivende udvalg med sundhedskompetencer

Omstillingen af opgaveløsningen fra sygehuse til speciallægepraksis skal foregå koordineret og i regi af rådgivende udvalg under sundhedsrådene. I de rådgivende udvalg skal der være relevante sundhedsfaglige kompetencer og repræsentation fra de sundhedspersoner, der er ansvarlige for den konkrete omstilling af opgaveløsningen. På den måde kan man sikre, at omstillingen bliver gennemført efter hensigten, og at den på længere sigt viser sig bæredygtig i sundhedsvæsenet.

Skab bedre adgang til medicin i almen praksis og speciallægepraksis

I dag er der lovgivningsmæssige barrierer for, at behandling kan foregå i speciallægepraksis og almen praksis frem for på sygehusene. Det skyldes, at det ikke er muligt for praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger at rekvirere medicin fra sygehusapotekerne, der får leveret medicin via indkøbsordningen hos Amgros. Det har betydning for, at behandlinger bevares på sygehusene pga. forskellen på medicinprisen.

Barriererne i lovgivningen for, at flere opgaver løses i almen praksis og speciallægepraksis i stedet for på sygehusene, skal nedbrydes.

Udnyt digitale muligheder i det nære sundhedsvæsen

For at lykkes med at rykke flere opgaver ud i det nære sundhedsvæsen er digital understøttelse – fx hjemmebehandling, telemedicin og bedre datadeling – afgørende. Digitale løsninger skal udvikles og implementeres på tværs af sektorer, så de frigør ressourcer til den højt specialiserede behandling og sikrer bedre sammenhæng i patientforløbene.



4. STÆRKE LOKALE SYGEHUSE

Et velfungerende sundhedsvæsen kræver stærke lokale sygehuse, der kan levere behandling af høj kvalitet tæt på borgerne. Udfordringen er dog, at flere sygehuse uden for de større byer kæmper med rekruttering og tilknytning af sundhedspersonale og opretholdelse af stærke faglige miljøer. Lægeforeningen har 12 konkrete [forslag til bedre lægedækning](#).

Boost udfordrede faglige miljøer

De faglige miljøer på sygehuse, der har rekrutterings- og tilknytningsudfordringer, skal have en saltvandsindsprøjtning. Det skal ansættelse af hold af erfarne speciallæger (boostteams), der får til opgave at bygge de faglige miljøer op på udfordrede sygehuse. Indsatsen kan ses i sammenhæng med tilknytning af læger, der ellers ville være gået på pension. Det skal samtidig medvirke øget uddannelseskapacitet og gode uddannelsesmiljøer for læger, der potentielt senere vælger ansættelse på sygehuset, når de er uddannet speciallæger.

Brug håndholdt rekruttering og tilknytning af læger

KBU-læger tilbydes ansættelse på alle landets sygehuse efter lodtrækning. I overgangen mellem KBU-forløb og introduktionsuddannelse er der potentiale for at tilknytte lægerne til det sygehus, hvor de er i KBU-forløb. Også i overgangen fra introduktionsuddannelse til hoveduddannelse og fra afsluttet hoveduddannelse til fastansættelse som speciallæge er der potentiale for tilknytning af læger.

I forbindelse med ansættelse i introduktionsstilling, som er en lokal proces, skal den ansættende afdeling i højere grad nuancere tilgangen til ansættelse af den enkelte læge og indgå i forhandlinger med lægen om ansættelsesvilkår. I forbindelse med ansættelse i hoveduddannelsesstillinger, hvor uddannelsesregionernes ansættelsesudvalg beslutter, hvem der tilbydes ansættelse, skal der efterfølgende være en lokal dialog mellem første uddannelsessted og lægen om vilkår.

I forbindelse med ansættelse til hoveduddannelsesstillinger, der har vist sig at være særligt svære

eller umulige at besætte, skal der i langt større udstrækning gøres brug af konkret dialog om vilkår for ansættelse mellem arbejdsgiver og ansøgere af hoveduddannelsesforløb. Det kræver et formaliseret samarbejde mellem den enkelte region og Yngre Læger om at tilpasse f.eks. forløb, arbejdstid og arbejdsform til de konkrete ansøgere og dermed at gøre lige præcis de forløb så attraktive og individuelt tilpassede, at de bliver besat.

Opbyg fyrtårnssygehuse

Sygehuse kan med fordel have en særlig profil og være fyrtårnssygehus inden for forskellige udviklingsområder. Det kan f.eks. være inden for innovation, hvor et sygehus specialiserer sig i at udvikle og afprøve teknologiske sundhedsløsninger og behandlingsformer, eventuelt i samarbejde med private aktører, der bringer indsatsen tæt på borgerne. Det skal gøre sygehuse uden for de større byer attraktive og medvirke til at øge rekruttering og tilknytning af sundhedsprofessionelle.



5. FOREBYGGELSE SKAL LETTE PRESSET PÅ SUNDHEDSVÆSENET

For at skabe en sundere befolkning og mindske presset på sundhedsvæsenet, skal der være langt større fokus på forebyggelse. Ved at investere i tidlige indsatser undgår vi en lang række sygdomme og unødvendige indlæggelser. Forebyggelse er nødvendig - uanset om det handler om at reducere risikofaktorer som tobak, nikotin og alkohol eller nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre.

Røg- og nikotinfrie arbejdspladser

Passiv rygning udgør en veldokumenteret sundhedsrisiko, og nikotinprodukter kan bidrage til afhængighed. Ved at gøre regionale og kommunale arbejdspladser, samt arbejdspladser, som arbejder i regi af kommuner og regioner, fri for både røg og nikotin, sendes der et klart signal om, at sundhed og trivsel prioriteres højt. Dette tiltag vil samtidig understøtte rygestop blandt medarbejdere og forbedre folkesundheden. Flere kommuner har allerede røgfri arbejdstid, men det er vigtigt, at alle kommer med, og at nikotin også frigøres fra arbejdstiden.

Røg- og nikotinfrie miljøer for børn og unge

Børn og unge skal kunne lege, dyrke sport og færdes i offentlige områder uden at blive udsat for påvirkning fra tobaksrøg eller nikotinprodukter. Tobaksforurenet luft øger risikoen for sygdomme i luftvejene, og nikotinposer udgør en fare, hvis børn sluger dem. Røg- og nikotinfrie zoner bør udvides til alle offentlige legepladser, sportsanlæg og andre områder, hvor børn og unge færdes.

Styrk behandlingen for personer med alkoholproblemer

Alt for mange danskere med alkoholproblemer får ikke den nødvendige hjælp, og kvaliteten af behandlingen varierer meget mellem kommunerne. 469.000 danskere har tegn på alkoholproblemer, men kun 25.000 danskere var i 2022 i offentligt finansieret alkoholbehandling.¹⁰ Effektiv alkoholbehandling kan gøre en stor forskel for både individet, de pårørende og samfundet som helhed. Der bør indføres kvalitetsstandarder for alkoholbehandling, der sikrer en ensartet og høj kvalitet i hele landet.

Fjern alkohol fra ungdomsuddannelser

Overgangen til ungdomsuddannelser markerer ofte en stigning i unges alkoholforbrug. Alkohol skader ikke kun indlæringsevnen, men også den unge hjerne, som udvikles frem til 25-års-alderen. Derfor bør salg og servering af alkohol på alle ungdomsuddannelser forbydes. Samtidig bør der arbejdes med at skabe nye alkoholfrie måder at være sammen på for at sikre et trygt og inkluderende fællesskab.

Nedbring antallet af forebyggelige indlæggelser

Hvert år oplever vores sundhedsvæsen et betydeligt antal forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere. Det koster samfundet mere end 2 mia. kr. om året.¹¹ Med en voksende ældrebefolkning vil denne udfordring kun blive større, og udgifterne vil stige.

Der skal iværksættes initiativer, som kan nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, bl.a. ved styrket samarbejde på tværs af sektorer, tidlig opsporing samt opfølgende og forebyggende hjemmebesøg. Med ældreformen blev pligten til at gennemføre forebyggende hjemmebesøg afskaffet. Men da indsatsen kan reducere behovet for behandling og pleje, skal den prioriteres.

Forebyggelse af infektioner hos ældre

Alt for mange ældre på plejehjem får antibiotika mod urinvejsinfektion. For eksempel sker det, når infektionen kunne have været forebygget, når den ikke kræver behandling eller ved fejldiagnosticering. Bedre hygiejne, korrekt diagnostik og målrettede indsatser kan reducere både infektioner og antibiotikaforbrug. Det styrker ældres sundhed, forebygger resistens og aflaster sundhedsvæsenet.



6. STYRKELSE AF PALLIATIONEN

Palliation har længe været et underprioriteret område, og der er stor regional og kommunal forskel på, hvordan man behandler patienter med palliativt behov. Mange patienter med livstruende sygdomme får ikke den nødvendige hjælp i tide, og der er behov for at styrke både den basale og specialiserede indsats. Det skal sikre, at alle patienter – uanset sygdom, alder og bopæl – får den tilstrækkelige pleje og lindring, de har behov for.

Regionale handleplaner

Alle regioner skal udarbejde en handleplan for håndtering af patienter med palliativt behov.

Patienter kan eksempelvis få stillet et tværgående team, som fungerer hen over alle sektorer, til rådighed. Teamet skal bestå af en ansvarlig tovholder, som sikrer en helhedsorienteret indsats, hvor der samarbejdes mellem læger, sygeplejersker, psykologer og socialrådgivere.

Flere lægekræfter og specialiseret personale

Der er i dag ca. 100 læger, som arbejder med specialiseret palliation, hvoraf kun ca. 40 er uddannet som fagområdespecialister i palliativ medicin. Samtidig estimeres det, at der er behov for yderligere 50 lægestillinger på landsplan, herunder nogle på mindre sygehuse.¹² Kapaciteten i den specialiserede palliation kan løftes regionalt, bl.a. ved at tilbyde flere speciallæger efteruddannelse inden for palliation.

Etablering af sengepladser til specialiseret palliation

European Association For Palliative Care estimerer, at der er behov for 550 specialiserede sengepladser i Danmark. Lige nu er der 347 sengepladser, hvilket betyder, at der mangler ca. 200 specialiserede palliative sengepladser.¹³

Der er derfor behov for, at man regionalt undersøger, hvad behovet er for flere sengepladser på palliative afdelinger i de kommende år – så antallet af pladser bedre matcher det reelle behov.

Ret til palliativ pleje i hjemmet

De nye sundhedsråd skal etablere et tilbud om kvalificeret palliativ behandling og pleje i eget hjem – herunder ved hjælp af rådgivning til almen praksis og kommuner, samt styrkede udkørende teams og opgradering af telemedicinske løsninger.

Fokus på pårørende

Pårørende spiller en stor rolle i den palliative pleje. Derfor skal bl.a. kommuner sikre adgang til psykologisk støtte, praktisk hjælp og oplysning om sygdomsforløbet. Desuden skal pårørende, der tager plejeorlov, kunne fortsætte orloven uden afbrydelser – også ved patientens indlæggelse – så kontinuitet og støtte er sikret.

Palliativ støtte til børn og deres familier

Det skal sikres, at alle familier, som har behov, kan få adgang til både basal og specialiseret palliativ behandling. Derfor bør penge til området øremærkes i regionernes budgetaftaler, så finansiering af tilbuddene er sikret, uanset hvilken region man bor i. Et dedikeret børnepalliativt tilbud er afgørende for at støtte familier i en ekstremt sårbar livssituation og for at sikre, at børn og unge kan få tilstrækkelig lindring i en svær tid.

7. BILAG – NØGLETAL FOR DE FIRE REGIONER

Bilag 1

Region Østdanmark: Nøgletal ^{14 15 16}



- I **psykiatrien** bliver næsten **9 ud af 10 børn og unge ikke udredt** inden for 30 dage – værst står det til i hovedstadsområdet.
- **Patienttilfredsheden i børne- og ungdomspsykiatrien er lav** sammenlignet med landsgennemsnittet – særligt i **hovedstadsområdet**, hvor den patientoplevede tilfredshed er **10 pct. lavere end landsgennemsnittet**.
- Flere unge har mentale helbredsproblemer – **20 pct. flere 16-24-årige scorer lavt på en mental helbredsskala** sammenlignet med landsgennemsnittet. Vælgerne er opmærksomme på udfordringerne: **7 ud af 10** vælgere oplever, at **ventetiden i psykiatrien er for lang**.
- Flere **kræftpatienter oplever, at standardforløbstiderne ikke overholdes** sammenlignet med landsgennemsnittet.
- **Færre patienter overlever mindst 30 dage efter hjertestop** sammenlignet med landsgennemsnittet.
- **3 ud af 4** vælgere mener, at hvis **sundhedsvæsenet skal forbedres**, er vi nødt til at **forbedre medarbejdernes arbejdsvilkår** betydeligt. Det er flere end nogen andre steder i landet.
- Kun **3 ud af 10** vælgere tror, at **sundhedsvæsenet alt i alt vil være bedre om fem år**. Endnu færre tror at psykiatrien er bedre stillet om fem år.

Bilag 2**Region Nordjylland: Nøgletal** 17 18 19 20

- Halvt så mange **praktiserende speciallæger pr. indbygger** sammenlignet med Region Østdanmark - og **30 pct. færre** end landsgennemsnittet.
- Der bruges **færre midler på psykiatrien** sammenlignet med landsgennemsnittet, selvom **80 pct. af børn og unge ikke udredes til tiden**. Og vælgerne i regionen er opmærksomme på dette – **1 ud af 10** mener, at sundhedsvæsenet er i stand til at **håndtere børn og unge med psykiske udfordringer**.
- Den gennemsnitlige **ventetid til behandling** i børne- og ungdomspsykiatrien er **37 dage** (105 pct.) **længere** end landsgennemsnittet.
- Flere **vælgere i Region Nordjylland**, end andre steder i landet, mener, at der er **behov for at bruge væsentligt flere penge** på sundhedsvæsenet, hvis det skal fungere optimalt i fremtiden. Kun **3 ud af 10** tror, at **sundhedsvæsenet alt i alt vil være bedre** om fem år.
- Flere **vælgere i Region Nordjylland**, end andre steder i landet, mener ikke, at **politikerne gør nok** for at løse de **udfordringer**, der følger med, når der kommer **flere ældre med behov for sundhedsydelser**.
- Vælgerne i **Region Nordjylland** mener, at flere **beslutninger i sundhedssystemet skal overlades til medarbejderne**. Kun **1 ud af 20** vælgere er **uenig** heri.

Bilag 3**Region Midtjylland: Nøgletal** ^{21 22 23}

- Halvt så mange **praktiserende speciallæger pr. indbygger** sammenlignet med Region Østdanmark – og **30 pct. færre** end landsgennemsnittet.
- Den gennemsnitlige **ventetid til behandling i psykiatrien** er 20 dage (68 pct.) længere end landsgennemsnittet. Og vælgerne mærker det – **2 ud af 3** oplever, at **ventetiden i psykiatrien er for lang**.
- Flere personer i psykiatrien bæltefikseres – 36 pct. flere sammenlignet med landsgennemsnittet. Kun **1 ud af 10** vælgere i regionen mener, at **personer med psykisk sygdom har adgang til tilstrækkelig hjælp** fra det offentlige sundhedsvæsen.
- **7 ud af 10** mener, at der er **behov for at bruge væsentligt flere penge på sundhedsvæsenet**, hvis det skal fungere optimalt i fremtiden.
- Kun **3 ud af 10** tror, at **sundhedsvæsenet alt i alt vil være bedre** om fem år. Endnu færre tror, at psykiatrien er bedre om fem år.
- **6 ud af 10** har en opfattelse af, at politikerne ikke gør nok for at løse de udfordringer, der følger med, at der kommer **flere ældre** med **behov for sundhedsydelse**.

Bilag 4**Region Syddanmark: Nøgletal** ^{24 25 26}

- Kun godt halvt så mange **praktiserende speciallæger pr. indbygger** sammenlignet med Region Østdanmark – og **20 pct. færre** end landsgennemsnittet.
- Mange oplever, at **udredningsretten (30 dage) ikke overholdes** – 24 pct. flere bliver ikke udredt til tiden sammenlignet med landsgennemsnittet.
- Udfordringer med **rekruttering og fastholdelse af sygehuslæger** – 12 pct. færre sygehuslæger pr. indbygger sammenlignet med landsgennemsnittet.
- Flere personer i psykiatrien **bæltefikseres** – **50 pct. flere** end landsgennemsnittet. Kun **1 ud af 10** vælgere i regionen mener, at **personer med psykisk sygdom har adgang til tilstrækkelig hjælp** fra det offentlige sundhedssystem.
- **Færre vælgere** i regionen, end andre steder i landet, er **optimistiske** i forhold til fremtidens sundhedsvæsen. Kun **3 ud af 10** tror, at **sundhedsvæsenet alt i alt vil være bedre om fem år**. Endnu færre tror at psykiatrien er bedre stillet om fem år.



NOTER

1. Lægeforeningen: Efterspørgselsanalyse 2024
2. Sundhedsstrukturkommissionen hovedrapport
– bilag figur 4.52
3. Sundhedsstrukturkommissionen hovedrapport
– bilag figur 4.53
4. Lægeforeningen: Efterspørgselsanalyse 2024
5. Læger.dk: PLO faktaark 2025
6. Aftale om sundhedsreform 2024
7. Danskernes Sundhedspolitiske Barometer 2024
8. Aftale om sundhedsreform 2024
9. Region Syddanmarks budget for 2025
10. Sundhedsstyrelsen: fakta om alkohol
11. DI: Mange indlæggelser kunne være undgået 2025
12. Lægeforeningen: National plan for palliativ
behandling 2025
13. White Paper on standards and norms for hospice
and palliative care in Europe,
se også: Ugeskriftet: Specialiseret palliativ indsats
i Danmark mangler kapacitet og tilgængelighed
14. Esundhed.dk: Monitorering af udredningsretten i
psykiatrien
15. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2024
16. Danskernes Sundhedspolitiske Barometer. 2024
17. Esundhed.dk: Monitorering af udredningsretten i
psykiatrien
18. Esundhed.dk: Ventetid til behandling på sygehus
19. Danskernes Sundhedspolitiske Barometer. 2024
20. Danske Regioner: Om de fem regioner
21. Esundhed.dk: Monitorering af udredningsretten i
psykiatrien
22. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2024
23. Danskernes Sundhedspolitiske Barometer. 2024
24. Esundhed.dk: Monitorering af udredningsretten i
somatikken
25. Danskernes Sundhedspolitiske Barometer. 2024
26. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2024



LÆGEFORENINGEN