NETE

NEtværk/Netzwerke - Transversal - Empowering



© Generative AI - stock.adobe.com

AI GENERATED

Sundhed og livskvalitet



IMPRESSUM

REDAKTION
Anke Rathert, Nicole Maas, Susanne Birck

Materialet bygger på mange års erfaring og viden inden for det dansk tyske-samarbejde. Teksterne er udarbejdet ved hjælp af de angivne kilder samt digitale opslagsværker som støtte til den sproglige og indholdsmæssige bearbejdning og strukturering.

KONTAKT
Region Sønderjylland-Schleswig
Interreg-Projekt NETE
Lyren 1, 6330 Padborg, Danmark
projektnete@region.dk
Tlf. +45 74670501
www.projekt-nete.eu

DESIGN
FRESHKONZEPT GmbH
Maike Liepolt
Mühlendamm 21, 24937 Flensburg, Tyskland
m.liepolt@freshkonzept.de
Tlf. +49 461 8405235
www.freshkonzept.de

NETE Interreg Kofinanziert von der Europäischen Union Medfinansieret af Den Europæiske Union

Deutschland – Danmark

09/2026

INDHOLDSFORTEGNELSE

4-5 ***Indledning***

6-13 ***Det danske sundhedssystem***
Faglig struktur, ansvarsfordeling, rettigheder og adgang, finansiering
Idealer og digitale løsninger
Det danske sundhedssystem i internationalt perspektiv
Andelen af arbejdstagere

14-17 ***Eksempler fra praksis i Danmark***
Baggrunden for Headspace
Hvad er et frivilligcenter?
Sundhedsstjernen – et didaktisk undervisningsværktøj

18-25 ***Det tyske sundhedssystem***
Højt forbrug af sundhedsydelser
Mangel på fagfolk, strukturproblemer og kvalitetsudfordringer
Myndighedsstruktur i det tyske sundhedssystem
Kommunale opgaver: Sundhedsforvaltninger i Tyskland

26-33 ***Eksempler fra praksis i Tyskland***
Sundhedsforvaltningen i Kreis Ostholstein
Sundhedsplanlægning
Den kommunale sundhedskonference
Virksomhedsrettet sundhedsmanagement i Kreis Ostholstein
Psykisk sundhed blandt børn og unge
Præventionsprogram: Psykisk sundhed i grundskolen
Præventionsprogram for psykisk sundhed i skolen: „Verrückt? Na und!"
KISS Lübeck – Kontakt- og informationssted for selvhjælpsgrupper

34-45 ***Interviews med fagfolk***
Erfaringer med begge sundhedssystemer: Interview med Christoph Arndt
Erfaringer fra praksis – Perspektiver på sundhed og livskvalitet
Interview med Florian Kliem, Klinikunterricht Lübeck
Interview med Oliver Soyka, Fachklinik für Junges Leben (børne- og ungdomspsykiatri)
junges schauspiel lübeck: Interview med Katja Leistert, Michael Fuchs og Tobias Horstmann

46-49 ***Rehabilitering i Tyskland***
Rehabiliteringsklinikker i Tyskland: Struktur og særlige kendetegn
Aktuelle fakta om rehabiliteringsklinikker i Tyskland
De største operatører af rehabiliteringsklinikker i Tyskland (2025)

50-51 ***Rehabilitation i Danmark***
Beskrivelse af kommunernes og regionernes
organisering af rehabiliteringsindsatsen

52-53 ***Kontaktoversigt***

54 ***Ordforklaring / Forkortelsesliste***



INDLEDNING

Sundhed og trivsel er grundlæggende byggesten i vores hverdag – de handler ikke kun om kroppen, men også om sind og sjæl. I en tid hvor stress, præstationskrav og samfundsmæssige udfordringer fylder mere, bliver fokus på en sund livsstil, forebyggelse og både individuelle og fælles veje til trivsel stadig vigtigere.

Dette temahæfte skal give indsigt i forskellige tilgange og perspektiver på emnekomplekset sundhed, livskvalitet og trivsel. Det skal fremme den tysk danske dialog og samtidig motivere til at opbygge og styrke tysk dansk-samarbejde.

Østersøen med sin friske havluft, lange sandstrande og åbne landskaber har i århundreder været kendt som et sted for rekreation og helbredelse – både i Tyskland og i Danmark. I Ostholstein er kurbadstradition, vandre- og cykelruter samt regionale sundhedstilbud som fx Kneipp-kure og moderne forebyggelseskoncepter i fokus.

refleksion over egen livsstil

I den sydlige del af Region Sjælland, er der et lignende syn på sundhed og trivsel. Her ses sundhed ikke blot som fravær af sygdom, men som en balance fysisk aktivitet, mental sundhed, socialt fællesskab og nærhed til naturen. De mange cykelstier, strande og skove giver rig mulighed for udeliv med bevægelse.

I den regionale politik spiller forebyggelse en central rolle. Programmer for sund kost, daglig bevægelse og mental sundhed er væsentlige elementer i Region Sjællands sundhedsstrategier. Hertil kommer det danske hygge-begreb, der symboliserer en livsform, hvor ro, fællesskab og nærvær går hånd i hånd og bidrager til livskvalitet.



Trods disse fællestræk er der markante forskelle mellem det tyske og det danske sundhedssystem, som vi ser nærmere på i det følgende. I Tyskland bygger systemet i høj grad på bidragsfinansiering gennem lovpligtige og private sygeforsikringer, hvor borgerne er dækket gennem eget valg af selskabet. I Danmark er sundhedssystemet skattefinansieret og giver alle borgere gratis adgang til de fleste sundhedsydelser.

Det danske hygge-begreb

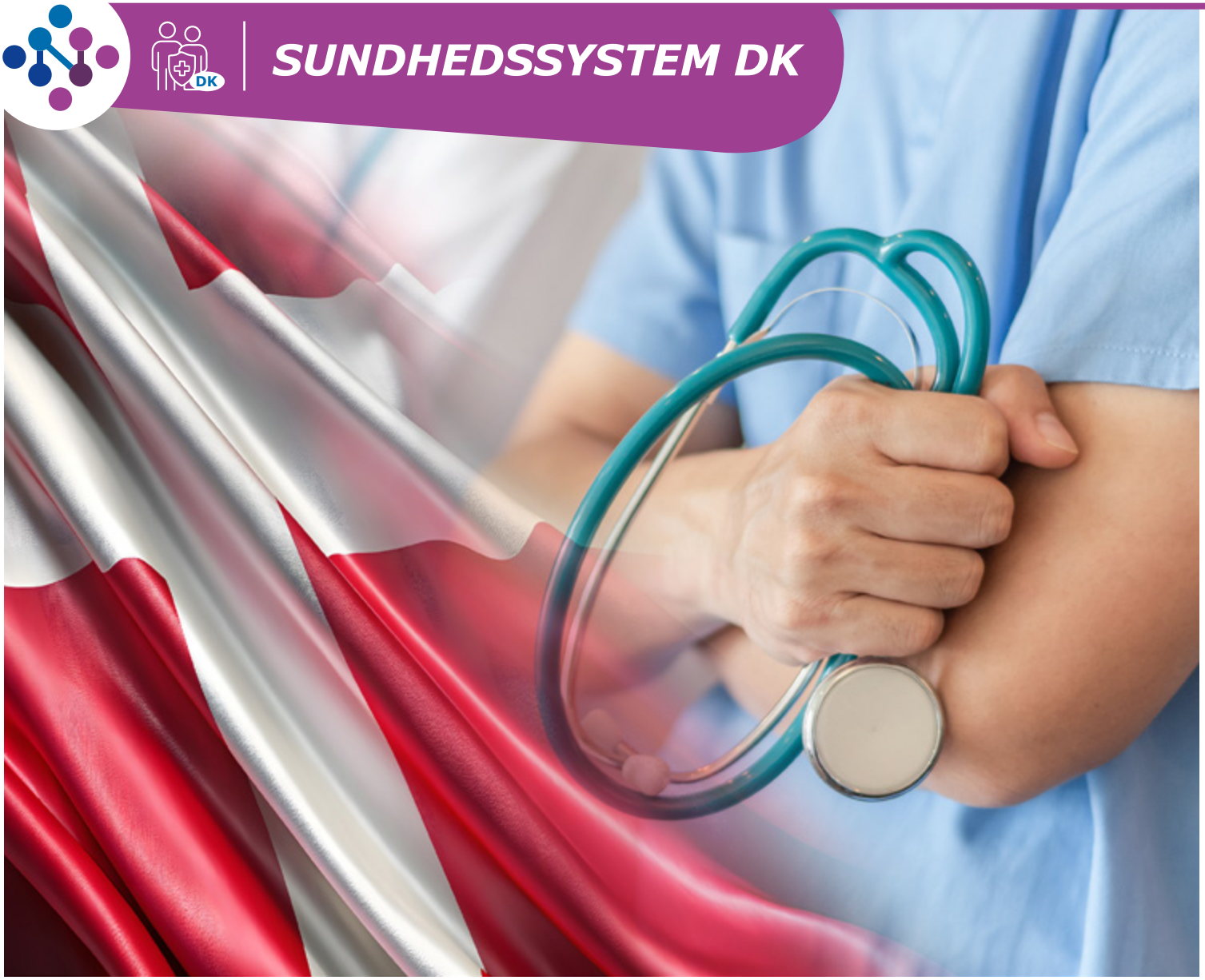
Dette temahæfte er udviklet som led i delmål 3 i det dansk-tyske Interreg-projekt NETE (NEtwork Transversal Empowering). Hæftet skal støtte og inspirere deltagerne på de studieture, der i 2025 gennemføres for medarbejdere i forvaltninger samt andre relevante aktører med interesse for det grænseoverskridende samarbejde mellem Tyskland og Danmark.

I 2026 vil det opdaterede materiale blive brugt i netværksmøder med andre civilsamfundsaktører. Vi håber, at deltagerne i studieturene vil bidrage aktivt til at videreudvikle materialet.

Dette temahæfte er udarbejdet som en del af delmål 3 i det dansk-tyske Interreg-projekt NETE (NEtwork– Transversal – Empowering).

Det skal støtte og inspirere aktører i det tysk-danske samarbejde.

Formålet er at informere om forskelle og ligheder mellem de to sundhedssystemer og dermed bane vejen for en udveksling.



© MD - stock.adobe.com (Flagge) + Chinnapong - stock.adobe.com (Personen)

Det danske sundhedssystem

Faglig struktur

Det danske sundhedssystem er bygget op i to niveauer:

- Primærsektoren er borgernes første kontakt med sundhedsvæsenet uden for hospitalerne og rummer blandt andet praktiserende læger, apoteker, hjemmepleje, plejehjem og sundheds- og forebyggelsestilbud.
- Sekundærsektoren dækker de regionale hospitaler og psykiatrien, hvor der gives specialiseret udredning og behandling.

Ansvarsfordeling

Sundhedssystemet er organiseret på tre forvaltningsniveauer:

- Staten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) fastlægger de overordnede rammer og politiske mål.
- Regionerne driver og administrerer hospitalerne samt den specialiserede psykiatri og har ansvar for at udvikle den faglige sundhedskompetence.
- Kommunerne tilbyder de lokale sundhedsydelser tæt på borgerne, fx hjemmepleje, tandpleje, genoptræning, behandling af alkoholafhængighed og forskellige forebyggelsestilbud.

Rettigheder og adgang

I Danmark har alle, der akut bliver alvorligt syge, ret til gratis behandling på et hospital, dette gælder også gæster fra udlandet.

Alle med opholdstilladelse og fast adresse i Danmark har fri adgang til sundhedsvæsenet. De fleste undersøgelser og behandlinger er gratis. Alle får udstedt et sundhedskort fra kommunen, som giver adgang til ydelserne.

Almen praksis og henvisning

I Danmark gælder princippet om egen læge. Alle borgere vælger en praktiserende læge i nærheden af deres bopæl. Denne læge fungerer som det første kontaktpunkt, både ved sygdom, vaccinationer og forskellige former for forebyggelse.

Den praktiserende læge vurderer, om der er behov for en henvisning til en speciallæge eller til behandling på hospitalet.



© Anke Rathert

Staten	Regioner	Kommuner	Private
Folketinget	Regionsråd	Kommunalbestyrelse	Faglige organisationer (fx PLO)
Folketingets sundhedsudvalg	Sundhedsudvalg	Fagudvalg (fx sundheds- og ældreudvalg)	Interesseorganisationer, herunder patientforeninger mv.
Regeringen	Regionsrådsformand	Borgmester	Private virksomheder, fx praktiserende læger mv.
Sundhedsministeren mv.	Udvalgsformand	Udvalgsformand	Drift af de private virksomheder
Administrativ myndighed:	**Sundheds- og Ældreministeriet**	**Sundheds- og Ældreministeriet**	
Sundheds- og Ældreministeriet	Forvaltning	Social- og sundheds-forvaltning	
Regulering og tilsyn	Drift af hospitaler og andre institutioner	Drift af kommunale sundhedstilbud og sundhedsinstitutioner	
Patientsikkerhed	Administration af sygesikringsområdet		
Rådgivning, metodeudvikling mv.	Forskning og undervisning	Uddannelse	
Forskning og undervisning			

Politiske og administrative myndigheder pa sundhedsområdet (inspireret af Vallgärda & Krasnik 2016: 164).
https://sundhedsvaesenetpaatvaers.digi.munksgaard.dk/?id=150



© Jenny Sturm - stock.adobe.com

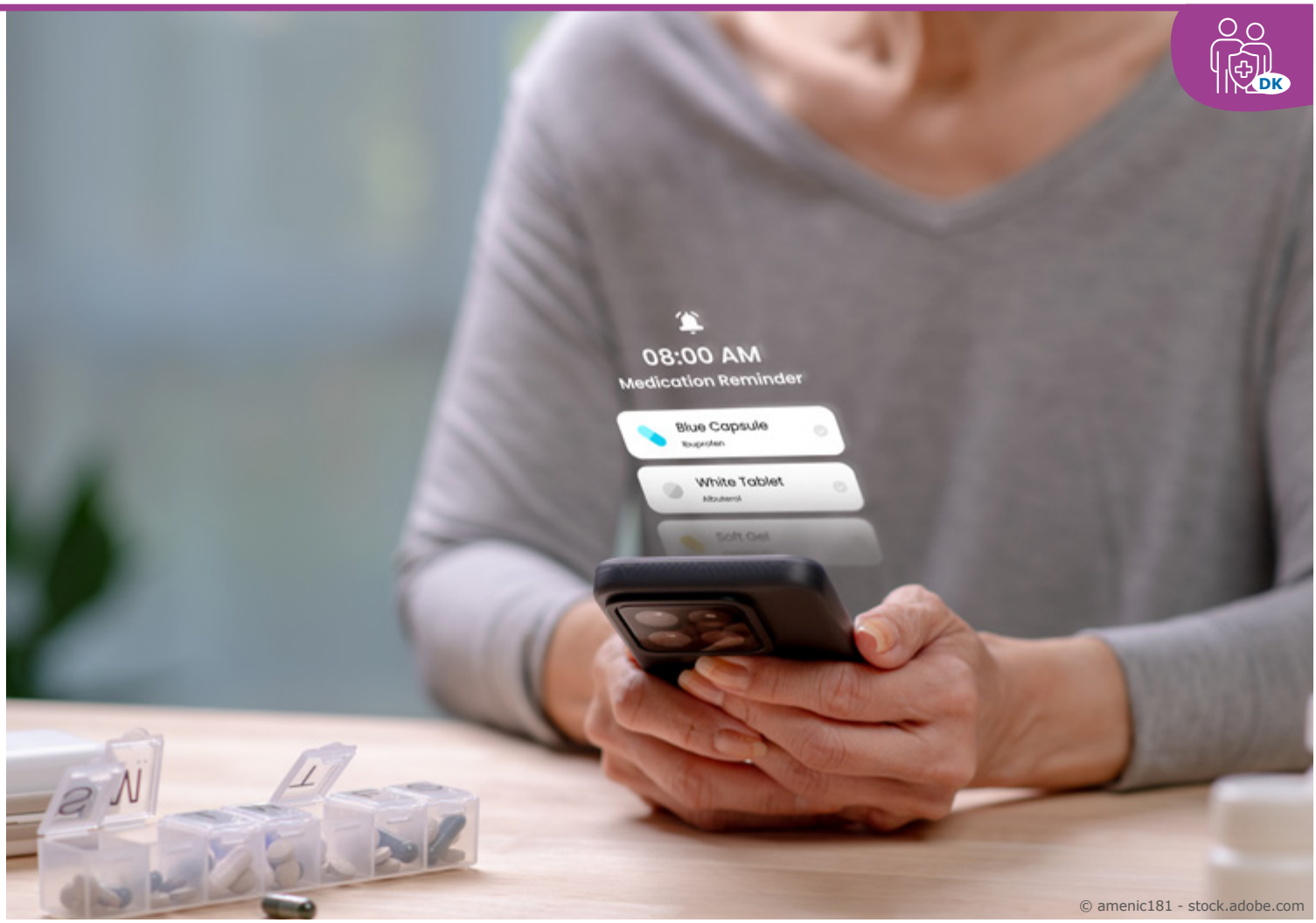
Finansiering

Sundhedssystemet er hovedsageligt skattefinansieret. Hvert år forhandler Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne om den økonomiske ramme. Her indgår blandt andet befolkningsudvikling, sygdomsbilleder og nye medicinske muligheder. Budgettet er dog stramt reguleret, og finansieringen er centralt styret.

Danmarks interesse i befolkningens sundhed går tilbage til midten af 1700-tallet, hvor man så en sund og stærk befolkning som forudsætning for landets velstand. Netop fordi sundhedssystemet i dag er en hjørnesten i velfærdsstaten, skaber det stor debat, når systemet opleves at svigte.

Mangel på læger og sygeplejersker er stigende, og sygeplejerskernes lange strejke i sommeren 2021 forværrede manglen yderligere. Samtidig udfordres systemet af en aldrende befolkning samt stigende udgifter til nye teknologier, som er dyr at anskaffe, og som stiller krav til personalet.

I 2023 udgjorde sundhedsudgifterne 7,9 % af BNP, svarende til ca. 102 mia. DKK årligt eller omkring 18.000 DKK pr. indbygger. Hospitalerne stod for den største del med ca. 82 mia. DKK. Hvert år startes der 600.000–700.000 behandlingsforløb for somatiske sygdomme, herunder mange strukturerede kræftforløb. Sundhedsudgifterne stiger på grund af flere ældre borgere og nye teknologier, hvilket øger efterspørgslen på ydelser.



© amenic181 - stock.adobe.com

Idealer og digitale løsninger

Det danske sundhedssystem bygger på tanker om lighed, nærhed og effektiv ressourceudnyttelse. I de senere år er digitale løsninger blevet en vigtig del af udviklingen. Målet er at skabe mere direkte kontakt mellem borgere og sundhedsvæsenet, at sikre bedre kommunikation, og at give sundhedspersonalet adgang til patienternes samlede sygdomshistorik.

Et eksempel er **Medicinkortet.dk**, en app der samler oplysninger om recepter og medicin, og giver både patienter og sundhedspersonaler overblik over de sidste to års ordinationer.

Et andet eksempel er IT-systemet **Sundhedsplatformen**, som skulle give bedre indsigt i patientforløb og effektivisere hospitalsdriften. Systemet har dog mødt hård kritik, blandt andet fordi der har været fejl i medicindoser, problemer med patientsikkerhed og øget dokumentationsbyrde for personalet.

På trods af udfordringerne betragtes digitale løsninger som en del af svaret på sundhedsvæsenets store udfordringer: bedre koordinering af behandling og bedre udnyttelse af ressourcer. Det er særlig vigtigt i dag, hvor mange patienter lever med flere sygdomme samtidig og derfor er i kontakt med forskellige dele af systemet.



Det danske sundhedssystem i internationalt perspektiv

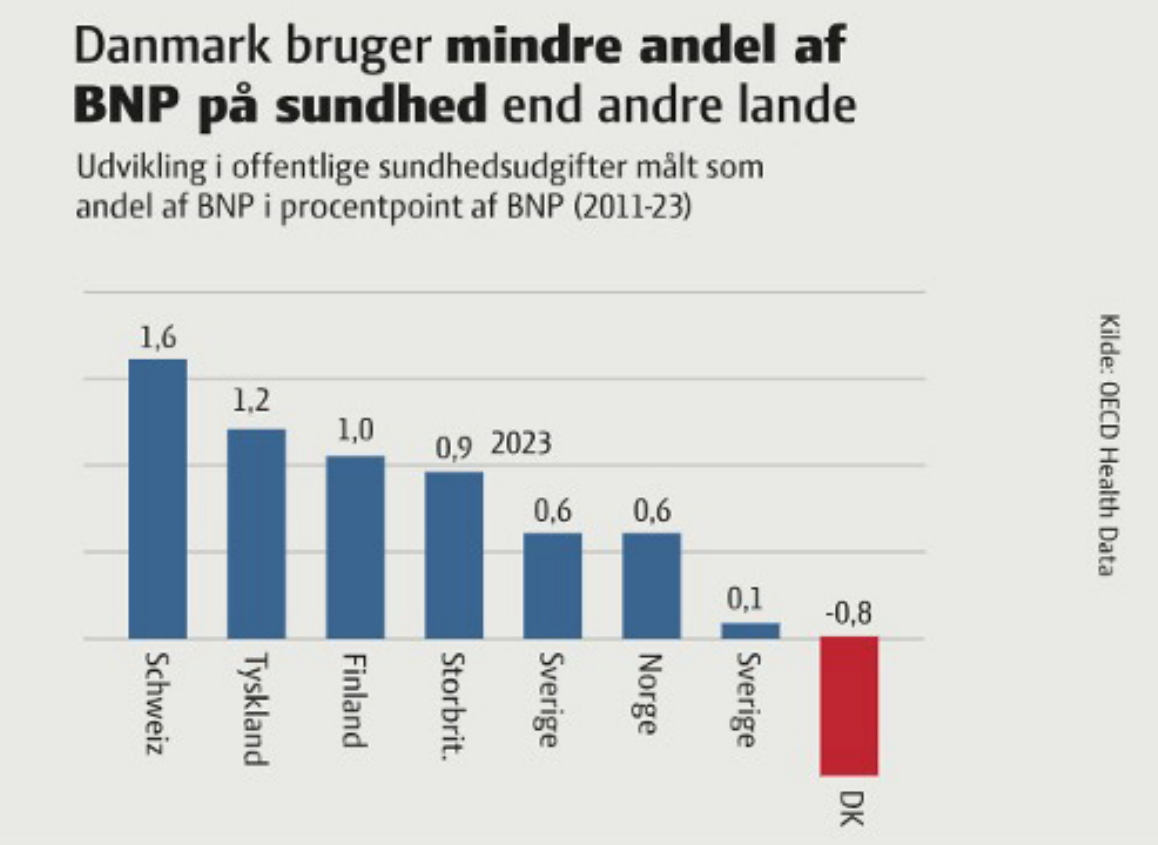
Internationalt vurderes det danske sundhedssystem som stærkt, især når det gælder patientrettigheder og adgang til information. Der er dog udfordringer, f.eks. ventetider på visse behandlinger sammenlignet med mange andre OECD-lande.

Sundhedsudgifterne er relativt høje, især den offentlige andel, men ressourcerne bruges ofte mere effektivt end i andre lande. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospitalet er f.eks. markant lavere end OECD-gennemsnittet.

Danmark har generelt god adgang til sundhedsydelser og en høj tæthed af læger og sygeplejersker. Alligevel er det fortsat vanskeligt at fastholde og rekruttere personale, hvilket er blevet et centralt politisk indsatsområde.

Udviklingen 2011–2023

I international sammenhæng bruger Danmark en mindre andel af BNP på sundhed end flere andre lande. Set over perioden 2011–2023 har de offentlige sundhedsudgifter målt som andel af BNP dog været stigende.



https://www.regioner.dk/services/nyheder/2025/april/danmark-bruger-mindre-paa-sundhed-end-andre-lande/

Andelen af arbejdstagere

I Danmark betaler lønmodtagere ikke sociale bidrag, men til gengæld høje skatter.
I 2021 gik i gennemsnit 36 % af bruttolønnen til skat, hvilket svarer til det højeste niveau i EU og markant højere end i f.eks. Tyskland eller Østrig. Staten dækker heraf størstedelen af sundhedsudgifterne. Derudover betaler borgerne selv en del af udgifterne, især til medicin, tandlæge og fysioterapi.

For receptpligtig medicin ligger egenbetalingen typisk mellem 15 og 50 %, afhængigt af hvor meget man samlet bruger om året. Op til et beløb på 1.075 DKK (ca. 144 euro) får voksne ingen refusion. Private tillægsforsikringer bliver derfor stadig mere udbredte: 42 % af befolkningen har nu en police, oftest gennem den almennyttige sygeforsikring Danmark. De mest populære dækninger er tilskud til medicin og tandlæge.



Arbejdsgivernes rolle

I modsætning til mange andre europæiske lande er det i Danmark ikke sygekassen, men arbejdsgiveren, der betaler sygedagpenge i begyndelsen af en sygdomsperiode. Arbejdsgiveren dækker de første 30 dages fravær, hvorefter kommunen overtager udbetalingen.

Kommunernes rolle i sundhedsvæsenet

Kommunerne spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen. De står for en bred vifte af velfærdsopgaver, herunder forebyggelse, genoptræning, hjemmepleje og behandling af f.eks. alkohol- og stofmisbrug samt tandpleje. Kommunerne skal sikre, at pleje, behandling og omsorg foregår tæt på borgerne og inddrager dem aktivt i deres sundhedsforløb.

Med den seneste sundhedsreform har kommunerne fået mere indflydelse gennem nye sundhedsråd, som styrker samarbejdet med regionerne om at udvikle den nære sundhed.

De nære sundhedstilbud i kommunerne hænger ofte tæt sammen med sociale indsatser og leveres af mange forskellige faggrupper – herunder læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter m.fl.



Kommunale opgaver	Beskrivelse
Genoptraening	Kommunerne har ansvaret for al genoptræning, der ikke foregär under indlaggelse på sygehus.
Kommunal sygepleje	Kommunerne har ansvar for at tilbyde sygepleje til alle borgere i kommunen efter henvisning fra en læge
Kommunaltandpleje	Den kommunale tandpleje omfatter børne og ungdomstandpleje, omsorgstandspleje samt specialtandpleje
Forebyggelse	Kommunerne står for konkrete forebyggelsesind-satser indenfor en lang råkke områder
Alkoholbehandling	Hvis man har et alkoholmisbrug, er det kommunens opgave at tilbyde alkoholbehandling
Behandling af stofmisbrug	Hvis man har et stofmisbrug, er det kommunens opgave at tilbyde lagelig behandling.

https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver


© Katecat - stock.adobe.com

Eksempler fra praksis i Danmark

Headspace

Headspace er Danmarks største landsdækkende civilsamfundstilbud, der arbejder med forebyggelse og fremmelse af unges mentale sundhed. Tilbuddet henvender sig til unge mellem 12 og 25 år, som oplever udfordringer i forhold til deres psykiske trivsel.

Her kan unge henvende sig anonymt og gratis, uden henvisning og uden lange ventetider. De møder frivillige rådgivere og fagfolk, som lytter, støtter og hjælper med at finde vej til relevante muligheder for hjælp og behandling.

Headspace er til stede i mange kommuner og fungerer som et lavtærskeltilbud, hvor fokus er at forebygge, at små problemer udvikler sig til store. Samtidig bidrager organisationen til at nedbryde tabuer om psykisk sundhed og skabe en kultur, hvor det er naturligt at søge støtte.

Baggrunden for Headspace

Headspace kom til Danmark i 2013, inspireret af en australsk model.

De første skridt blev taget på Psykiatritopmødet i 2011, hvor temaet var "Unge og mental trivsel". Her deltog Nick Prendergast, leder af Headspace i Melbourne, og præsenterede konceptet for omkring 1.000 deltagere. To år senere blev Headspace Danmark etableret som en del af foreningen Det Sociale Netværk, og de første seks Headspace-centre åbnede i 2013.

Hvert center ledes af en lokal centerleder, der ofte har ansvar for 2–3 centre. Centrene bemandes af et lille team af ansatte ungdomsrådgivere, som får støtte af mange frivillige. Alle frivillige gennemgår et internt uddannelsesforløb. Kommuner, der medfinansierer Headspace, stiller en medarbejder til rådighed, og de fleste regioner bidrager med en medarbejder fra psykiatrien. Denne konstruktion sikrer, at der altid er en kommunal eller regional medarbejder til stede, som kan bygge bro til andre tilbud, når det er nødvendigt.

„Headspace er et samtaletilbud, der tager udgangspunkt i dig og det, du har brug for at tale om. Vi er ikke psykologer, men tror på, at du selv bedst ved, hvad du har brug for, og vi hjælper dig ved at stille de rette spørgsmål. De fleste rådgivere er frivillige i alle aldre, der brænder for at hjælpe og lytter fordomsfrit.

Alle rådgivere får undervisning i samtaleteknik og lovgivning, og vi støtter brobygning til andre tilbud, hvis nødvendigt. headspace er akkrediteret af Rådgivnings-Danmark, og vi følger samtaleforløb tæt for at sikre, at det virker. Rådgivningen er sundhedsfremmende og forebyggende – vi er her for at lytte." (Hvad er headspace?: https://headspace.dk)

Headspaces værdier

Vi er at tale med	Unge kommer frivilligt til headspace for at dele deres udfordringer, og vores rådgivning er drevet af frrivillige. Den dobbelte frivillighed skaber et unikt møde mellem mennesker.
Vi arbejder på de unges præmisser	De unge bestemmer, hvad samtalen skal handle om. Vi møder dem med nysgerrighed, respekt og omsorg og tager os den tid, de har brug for
Intet er for stort eller smat	Alle unge er volkomme, uanset hvad de kæmper med. Vi hjælper med at bygge bro til andre tilbud, hvis de har behov for mere end samtaler hos os.
Vi arbejder på tværs og handler i fællesskab	Vi samarbejder med kommuner, regioner, virksomheder og foreninger for at styrke unges trivsel og sikre, at de hurtigt får den rette hjælp.
Vores arbejdsgange er til gavn for unge	Alt fra indretningen af centrene til administrationen af rådgivningen skal gøre det nemt og hurtigt for unge at få hjælp.
Fokus på sparring og supervision	Alle samtaler har to rådgivere for at sikre kvalitet og støtte. Rådgiverne modtager løbende sparring og supervision for at lære, udvikle sig og reflektere over deres arbeijde.
Fokus på uddannelse	Alle i headspace får undervisning i fx samtaleteknik og lovgivning. Via vores læringsportal, *headspace academy*, opdateres vi løbende og deler erfaringer.
Fokus på brobygning	Når unge har brug for mere end headspace, hjælper vi dem videre. Mange centre samarbejder tæt med kommunale og regionale tilbud samt frivillige organisationer

Set den 02.10.2025: https://headspace.dk/hvad-er-headspace/



© aFotostock - stock.adobe.com

Hvad er et frivilligcenter?

Et frivilligcenter er et lokalt knudepunkt for frivilligt socialt arbejde. Det fungerer typisk som en non-profit forening eller selvejende institution, der tilbyder kurser, sparring og ofte fysiske lokaler. De har en særlig rolle, fordi deres fokus er frivillighed, og fordi de arbejder på tværs af sektorer. Dermed kan de samle forskellige aktører, skabe dialog og erfaringsudveksling samt støtte nye initiativer.

Et frivilligcenter arbejder blandt andet for at:

- støtte, synliggøre og inspirere eksisterende frivilligt engagement og samtidig starte nye initiativer,
- mobilisere flere frivillige og gøre det lettere at deltage i frivilligt arbejde,
- skabe helhedsorienteret socialt arbejde gennem bedre netværk og samarbejde på tværs af foreninger, kommuner og andre partnere,
- sætte fokus på frivilligt socialt arbejde og styrke rammerne for engagement.

Frivilligcentre tilbyder fx:

- rådgivning til foreninger om ledelse, udvikling, fundraising og rekruttering af frivillige,
- støtte til nye initiativer, f.eks. med lokaler og hjælp til vedtægter og ansøgninger,
- formidling af frivillige jobs og synliggørelse af frivilligt arbejde,
- mødelokaler og praktisk hjælp, f.eks. til tryksager, flyers, hjemmesider og projektansøgninger,
- kurser og workshops på tværs af emner som fundraising og kommunikation,
- Koordinering af netværk foreninger og aktører.

Frivilligcentre finansieres af staten og får kommunale tilskud. Som frivillige, sociale foreninger kan de også søge midler fra fonde og puljer.

Sundhedsstjernen – et didaktisk undervisningsværktøj

Sundhedsstjernen er en pædagogisk model, der illustrerer et bredt og positivt sundhedsbegreb. Den giver både elever og undervisere et fælles sprog og et klart udgangspunkt, når der arbejdes med sundhed i skolen.

I centrum af stjernen står individet, den enkelte elev. Yderst findes rammevilkårene, dvs. livsbetingelser, som er afgørende for sundheden, men som især børn ofte har begrænset indflydelse på, fx boligforhold eller adgang til fritidsaktiviteter.

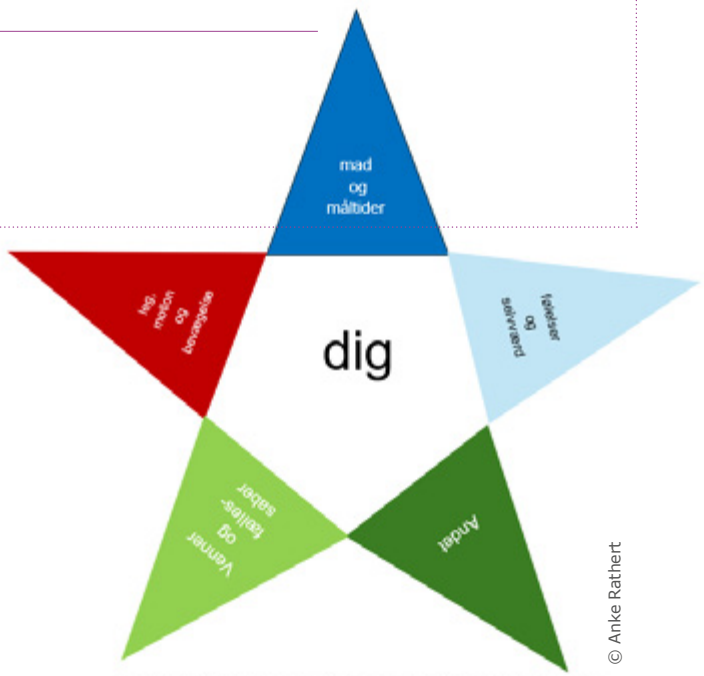
Stjernens fem takker symboliserer livsstilsfaktorer, der alle påvirker sundheden og spiller sammen::

- ★ **Venner og fællesskaber –** hvordan vi er sammen med andre, og hvordan vi har det med hinanden.
- ★ **Leg, bevægelse og motion –** hvordan kroppen påvirkes, når vi er fysisk aktive.
- ★ **Mad og måltider –** hvad vi spiser og drikker, alene eller sammen med andre.
- ★ **Følelser og selvværd –** vigtigheden af at have det godt med sig selv for at kunne trives.
- ★ **Andet –** faktorer som ikke passer i de andre kategorier, f.eks. søvn, hygiejne eller naturoplevelser.

Kilde: Sundhedsstjernen – en didaktisk model til sundhedsundervisningen - Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab - GRUNDSKOLE | Emu.dk

https://emu.dk/grundskole/sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab/sundhed-og-trivsel/sundhedsstjernen (zuletzt gesehen: 02.10.2025)

Sundhedsstjernen giver dermed et helhedsorienteret billede af sundhed og kan bruges som afsæt til dialog, undervisning og refleksion i skolerne.



Levevilkår; noget er svært at ændre: fx bopæl og fritidstilbud

© Anke Rathert

Kilder:

https://www.bundestag.de/resource/blob/1009972/d007f86fa1d5f44d68e477d47890e60a/WD-8-034-24-pdf.pdf
https://www.aok.de/pp/hintergrund/europa/daenemark/
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/Det-danske-sundhedsvaesen
https://faktalink.dk/emner/det-danske-sundhedsvaesen
https://socialogsundhedshjaelperensrolle.ibog.gyldendal.dk/?id=144
https://sundhedsvaesenetpaatvaers.digi.munksgaard.dk/?id=150
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/Det-danske-sundhedsvaesen-i-internationalt-perspektiv
https://www.regioner.dk/services/nyheder/2025/april/danmark-bruger-mindre-paa-sundhed-end-andre-lande/
https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver
https://www.sst.dk/~/media/854AC8DAC16A4D3BBF2F177F691BA798.ashx: sundhed i kommunen – nye opgaver og muligheder
https://headspace.dk/hvad-er-headspace/
https://frivilligcentret.dk/aktiviteter/nyhedsarkiv.html?view=article&id=844:hvad-er-et-frivilligcenter&catid=8
https://emu.dk/grundskole/sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab/sundhed-og-trivsel/sundhedsstjernen



© MD - stock.adobe.com (Flagge) + Chinnapong - stock.adobe.com (Personen)

Det tyske sundhedssystem

Det tyske sundhedssystem regnes i europæisk sammenhæng for at være et af de mest tilgængelige og velfungerende, men står samtidig over for store strukturelle udfordringer. Intet andet EU-land investerer så meget i behandling, personale og infrastruktur. Med mere end 4,5 læger og 12 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere samt næsten 8 hospitalssenge pr. 1.000 borgere ligger Tyskland langt over gennemsnittet. Grundprincippet bygger på et todelt forsikringssystem bestående af den lovpligtige sygeforsikring (GKV) og den private sygeforsikring (PKV), som tilsammen dækker næsten hele befolkningen.

Højt forbrug af sundhedsydelser

Frit lægevalg, et bredt ydelseskatalog og egenbetaling fører til et højt forbrug af sundhedsydelser: Tyskere går næsten dobbelt så ofte til læge som franskmænd og bliver også hyppigere indlagt. Adgangen til behandling vurderes generelt som god. Selvforvaltningen gennem sygeforsikringer, læger og hospitaler sikrer standarder og et vist råderum, mens staten primært fastlægger rammerne.

Mangel på fagfolk, strukturproblemer og kvalitetsudfordringer

Systemet er dog presset:

- Den strikte adskillelse mellem ambulant og stationær behandling vanskeliggør sammenhængende forløb, især for kronisk syge.
- Regionale forskelle fører til uligheder i forsyningen, bl.a. mangel på praktiserende læger og pleje i landområder. Mange speciallægepraksisser optager ikke nye patienter.
- Mangel på fagpersonale og høj arbejdsmængde mærkes tydeligt. Tyskland er førende i rutineoperationer som hofte- og knæudskiftninger, men halter bagefter i behandlingskvalitet ved komplekse diagnoser.
- Det nuværende afregningssystem med faste takster sætter hospitalerne under økonomisk pres, hvilket kan gå ud over kvaliteten.

Borgerforsikring som alternativt model?

Spørgsmålet om en gennemgribende reform af sygeforsikringen har længe været genstand for politisk debat. Særligt koeksistensen af GKV og PKV samt finansieringen af GKV er omstridt.

Centrale kritikpunkter:

- **Manglende solidaritet:** Privatforsikrede bidrager ikke til det solidariske udligningssystem, selvom de gennemsnitligt har højere indkomster.
- **Risiko og social skævhed:** Personer med kroniske sygdomme eller familier vælger typisk GKV, da PKV kræver risikotillæg og separat forsikring af hvert familiemedlem.
- **Bidragsgrundlag:** I GKV beregnes bidrag udelukkende af lønindkomst. Andre indtægter, fx fra kapital eller leje, indgår ikke.

En borgerforsikring kunne dermed reducere uligheder i både finansiering og adgang. En hævelse eller afskaffelse af bidragsloftet kunne desuden sænke bidragssatserne for mange forsikrede, dog afhængigt af den konkrete udformning.

Modstandere fremhæver, at PKV allerede i dag aflaster GKV og dermed har en stabiliserende effekt. Desuden ses PKV ofte som et udtryk for individuelle frihedsrettigheder og et pluralistisk samfund.

Reformbehov for et fremtidssikret system

Det tyske sundhedssystem står for sikkerhed, bredde og næsten garanteret adgang, men skal tilpasses fremtidens krav. Den dobbelte forsikringsstruktur, behovet for mere forebyggelse, manglen på fagfolk og bedre integration af behandlings-sektorerne kræver reformer, hvis balancen mellem høj kvalitet og retfærdighed skal bevares.

Som løsning diskuteres ofte en borgerforsikring, der bygger på to hovedelementer:

- Alle borgere omfattes af samme ordning, uden særlige regler for højtlønnede, selvstændige eller embedsmænd.
- Udover lønindkomst indgår også andre indkomsttyper (fx kapital- og lejeindtægter) i bidragsberegningen.



© Brian Jackson - stock.adobe.com

Sammenligning af sundhedsudgifter i Tyskland og Danmark

- **Tyskland brugte i 2022 omkring 12,7 % af sit BNP på sundhed, mens Danmark lå på cirka 9,5 %.**
- **Tyskland har de tredjehøjeste sundhedsudgifter i verden – kun USA og Canada ligger højere.**
- **I Danmark spiller private sygeforsikringer en væsentligt mindre rolle end i Tyskland.**

Kilder:
https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2024/heft/8/beitrag/die-lage-im-deutschen-gesundheitswesen.html
https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/hilfe-und-ansprechpartner/gesundheitssystem
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf
https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html
https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/549730/ausgaben-und-finanzierung-des-gesundheitssystems/



Område	Tyskland	Danmark
Finansiering	Socialforsikring (bidrag, GKV & PKV)	Skattefinansieret - ingen sociale bidrag
Forsikring	Obligatorisk eller frit valg af kasse	Automatisk statslig ved bopæl
Adgang	Alle forsikrede; PKV tilbyder ekstra ydelser	Alle registrerede inkl. immigranter; akutbehandling via særskilt program
Hospitaler/Klinikcentre	Mange forskellige hospitaler	18 koncentrerede centre efter reform
Digitalisering	Middel - ofte isolerede løsninger	Central digital patientjournal, høj digitalisering
Behandlingsforløb	Frit lægevalg, ingen pligt til egen læge	98 % vælger egen lage, henvisning til specialister almindelig
Tillægsforsikringer	Mange udbydere, fx tand, hospital, overlæge mv.	Oftest én non-profit (Danmark); 42 % med tillægsforsikring
Egenbetaling	Tand, briller, medicin, alternativ behandling ifolge takst	Tand, briller, medicin - oftest frivilligt forsikret
Sygedagpenge	Arbejdsgiver betaler 6 uger, derefter via sygekasse	Arbejdsgiver betaler dag 1-30, derefter kommunen
Gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. person	4.931 EUR	4.365 EUR
Forventet levealder (nyfødte)	81,1 år	80,7 år
Børnedødelighed (<5 år)	4 pr. 1.000	4 pr. 1.000

Tal fra 2021, ChatGPT genereret oversættelse: https://wise.com/de/blog/gesundheitssystem-daenemark

Myndighedsstruktur i det tyske sundhedssystem

Myndighederne i det tyske sundhedssystem varetager centrale opgaver indenfor styring, tilsyn, lovgivning og forebyggelse for at sikre og udvikle befolkningens sundhed.

Sundhedsministeriets (BMG) opgaver:

- **Udarbejdelse af lovforslag og bekendtgørelser:** BMG fastlægger rammerne og reglerne for den lovpligtige syge- og plejeordning samt for sundhedsfremme og forebyggelse.
- **Patientbeskyttelse og økonomisk ansvarlighed:** Sikring af sundhedssystemets effektivitet og finansierbarhed, fremme af patienternes interesser, kvalitetssikring og omkostningseffektivitet.
- **Tilsyn og koordinering:** Ministeriet fører tilsyn med underordnede føderale myndigheder som Robert Koch-Institut (RKI), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) og Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Opgaver på delstats- og kommunalt niveau

- **Delstatsministerier og delstatsmyndigheder:** I hver delstat er sundhedsministeriet den øverste myndighed – under dette ligger delstatskontorer for sundhed, som varetager regional overvågning og koordinering af sundheden.
- **Sundhedsforvaltninger:** På kommunalt niveau fører de tilsyn med hygiejne i offentlige og private institutioner (f.eks. skoler og plejehjem), udfører forebyggende undersøgelser og rådgiver borgere om sundhedsspørgsmål såsom infektioner, epidemier og forebyggende tiltag.

Kontrol og overvågning

- **Oplysning, forebyggelse og rådgivning:** Opgaverne omfatter vaccinationsprogrammer, miljømedicin, misbrugsrådgivning, netværksarbejde og skoleprojekter. De uddanner f.eks. personalet i restaurationsbranchen, overvåger overholdelse af hygiejnestandarder og udsteder helbredscertifikater.
- **Infektionsbeskyttelse og hygiejnetilsyn:** Sundhedsforvaltningerne er ansvarlige for infektionsbeskyttelse (f.eks. håndtering af udbrud, rapporteringssystemer, hygiejneforanstaltninger) samt tilsyn med drikkevand, fødevarer og medicinske faciliteter.
- **Erhvervstilsyn:** Myndighederne (Medizinischer Dienst) fører tilsyn med godkendelse af sundhedsfaglige erhverv og overvåger medicinske faciliteter samt håndtering af lægemidler og farlige stoffer.

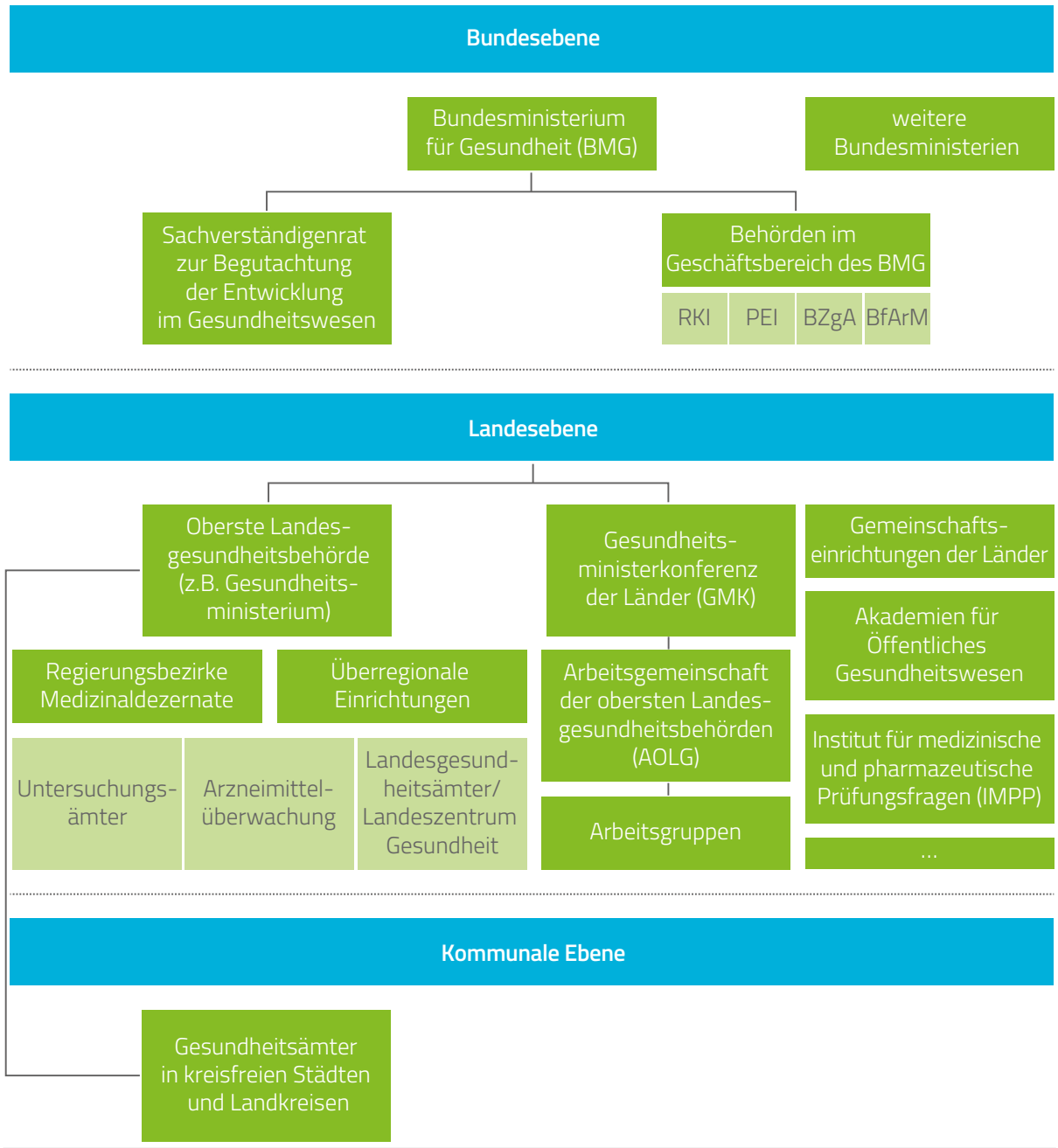
Samlet set omfatter myndighedssystemet i det tyske sundhedssystem lovgivning, tilsyn, forebyggelse, rådgivning og oplysning på nationalt, delstats- og kommunalt niveau, med klare ansvarsområder for alle dele af folkesundhed og individuel behandling – komplekse, indviklede ansvarsområder.

Kilder:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html
https://reimbursement.institute/glossar/bmg-bundesministerium-fuer-gesundheit/
https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251818/wichtige-akteure-im-deutschen-gesundheits-wesen-teil-1-staat-und-politik/
https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/Beta-Buch/docs/readydocument-5.html.html
https://www.sgd.de/magazin/leben-lernen/ratgeber/gesundheit-und-soziales/gesundheitsamt-bundesamt-fuer-gesundheit-lageso-welches-amt-macht-eigentlich-was.html


© Andy Dean - stock.adobe.com

Sundhedsvæsenet i dag 2026 – Struktur i det tyske sundhedsvæsen: nationalt, delstatsligt og kommunalt niveau –

af Dagmar Starke og Laura Arnold:



Anmerkung: eigene erweiterte Darstellung nach Nagel 2013

Kilde:
https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2021/GWA%202021%20Starke.pdf



© Garun Studios - stock.adobe.com

Kommunale opgaver: Sundhedsforvaltninger i Tyskland

Den offentlige sundhedstjeneste (ÖGD) er forankret på nationalt, delstats- og kommunalt niveau. På kommunalt niveau findes omkring 400 sundhedsforvaltninger, som i princippet kunne spille en central rolle i lokal sundhedsfremmelse. I praksis udnyttes dette potentiale dog ofte ikke fuldt ud, da ÖGD kun begrænset fungerer som bærer af sundhedsfremmende indsatser.

Med Forebyggelsesloven (2015), retningslinjerne for et moderne ÖGD (2018) samt Pakt for ÖGD (2020), der blev vedtaget i forbindelse med Coronapandemien, åbner der sig nye muligheder for at styrke ÖGDs sundhedsfremmende rolle på kommunalt niveau. Kommunale sundhedsforvaltninger i Tyskland har mange forskellige opgaver, som alle skal sikre det offentlige sundhedsvæsen. Centrale opgaver omfatter infektionsbeskyttelse, herunder rapportering, udbrudseftersøgning og kontaktpersonshåndtering, samt hygiejnisk tilsyn med institutioner som hospitaler, skoler og svømmehaller. Sundhedsforvaltninger udarbejder desuden embedslægeerklæringer og vurderinger for sociale, juridiske og medicinske myndigheder.

Derudover er sundhedsforvaltningerne meget aktive inden for sundhedsfremmelse og forebyggelse, f.eks. gennem vaccinationsprogrammer, rådgivning om børns sundhed, misbrug og mental sundhed samt gennemførelse af lokale sundhedsprojekter og kampagner. De overvåger og vurderer også miljømæssige påvirkninger på sundheden og deltager i netværk om misbrugsforebyggelse, mental sundhed og andre emner. Desuden rådgiver sundhedsforvaltninger politiske organer om sundhedsrelaterede spørgsmål og bidrager til den kommunale sundhedsplanlægning. Samlet set dækker de både befolkningsrettede forebyggende opgaver samt individuelle og myndighedsrelaterede opgaver for at beskytte og fremme befolkningens sundhed.

Kilder:

https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/OeGD/chapter_5.html
https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/
https://www.sgd.de/magazin/leben-lernen/ratgeber/gesundheit-und-soziales/gesundheitsamt-bundesamt-fuer-gesundheit-lageso-welches-amt-macht-eigentlich-was.html
https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/OeGD/chapter_2.html
https://www.bioeg.de/was-wir-tun/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd/
https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Gesundheitsamt



Eksempler fra praksis i Tyskland

Sundhedsforvaltningen i Kreis Ostholstein

Sundhedsforvaltningen i Kreis Ostholstein, også kaldet Fachdienst Gesundheit, har mange forskellige opgaver, der sigter mod at fremme sunde levevilkår, beskytte mod sundhedsrisici og beskytte befolkningen mod helbredsmæssige skader.

Centrale opgaver omfatter:

- Gennemførsel af embedslægelige undersøgelser, inkl. skolestartsundersøgelser af børn og unge.
- Tilsyn med badevandskvalitet samt overvågning af drikkevand.
- Rådgivning og forebyggelse inden for infektions-beskyttelse, inkl. bekæmpelse af anmeldelsespligtige sygdomme og infektionsbeskyttelsesvejledning.
- Rådgivning om vaccinationer og gennemførsel af vaccinationer.
- Rådgivning og støtte inden for seksuelt overførte infektioner og HIV.
- Tilsyn og tilladelsesprocedurer i sundhedssektoren, fx tilladelse til udøvelse af helbredende virksomhed og overvågning af arbejde med smitsomme agenser.
- Socialpsykiatriske tjenester med rådgivning og hjælp ved psykiske sygdomme, misbrugsproblemer og indkvartering af psykisk syge.
- Ungdomslægetjeneste med helbredsundersøgelser, vaccinationsrådgivning og vurdering af børn og unge.
- Tilsyn med plejehjem med fokus på pleje, hygiejne, lægelig behandling, personale og bygningsforhold.
- Sundhedsfremme og sundhedsrapportering inden for Kreis Ostholstein.
- Miljørelateret sundhedsbeskyttelse, især overvågning af klinikker, plejeinstitutioner, svømmehaller, kursteder, campingpladser og lignende faciliteter.

På denne måde sikrer sundhedsforvaltningen en omfattende sundhedspleje og -overvågning i Kreis Ostholstein og arbejder forebyggende til beskyttelse af befolkningen.

Sundhedsplanlægning

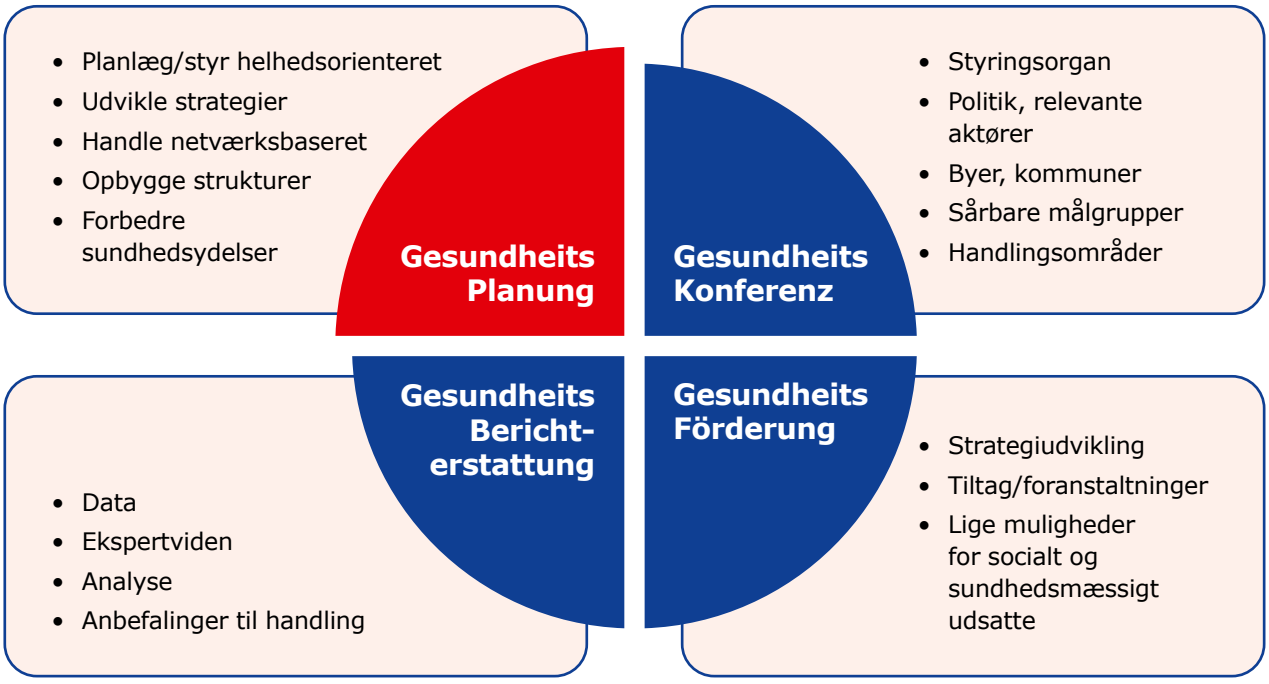
Opgaven med sundhedsplanlægning er at forbedre den sundhedsmæssige og sociale forsyning for bestemte befolkningsgrupper, fx børn, gennem øget koordinering og samarbejde lokalt. Dette kræver opbygning eller udbygning af bæredygtige strukturer.

Opgaven med sundhedsfremme er lovfæstet. Loven om den offentlige sundhedstjeneste (GDG – Gesundheitsdienstgesetz) fastlægger, at distrikter og byer skal sikre, at målene for den offentlige sundhedstjeneste inddrages i planlægning og tiltag på områder som byudvikling, bolig, skole, ungdom, ældre, trafik, miljø, arbejdsliv og sociale forhold.

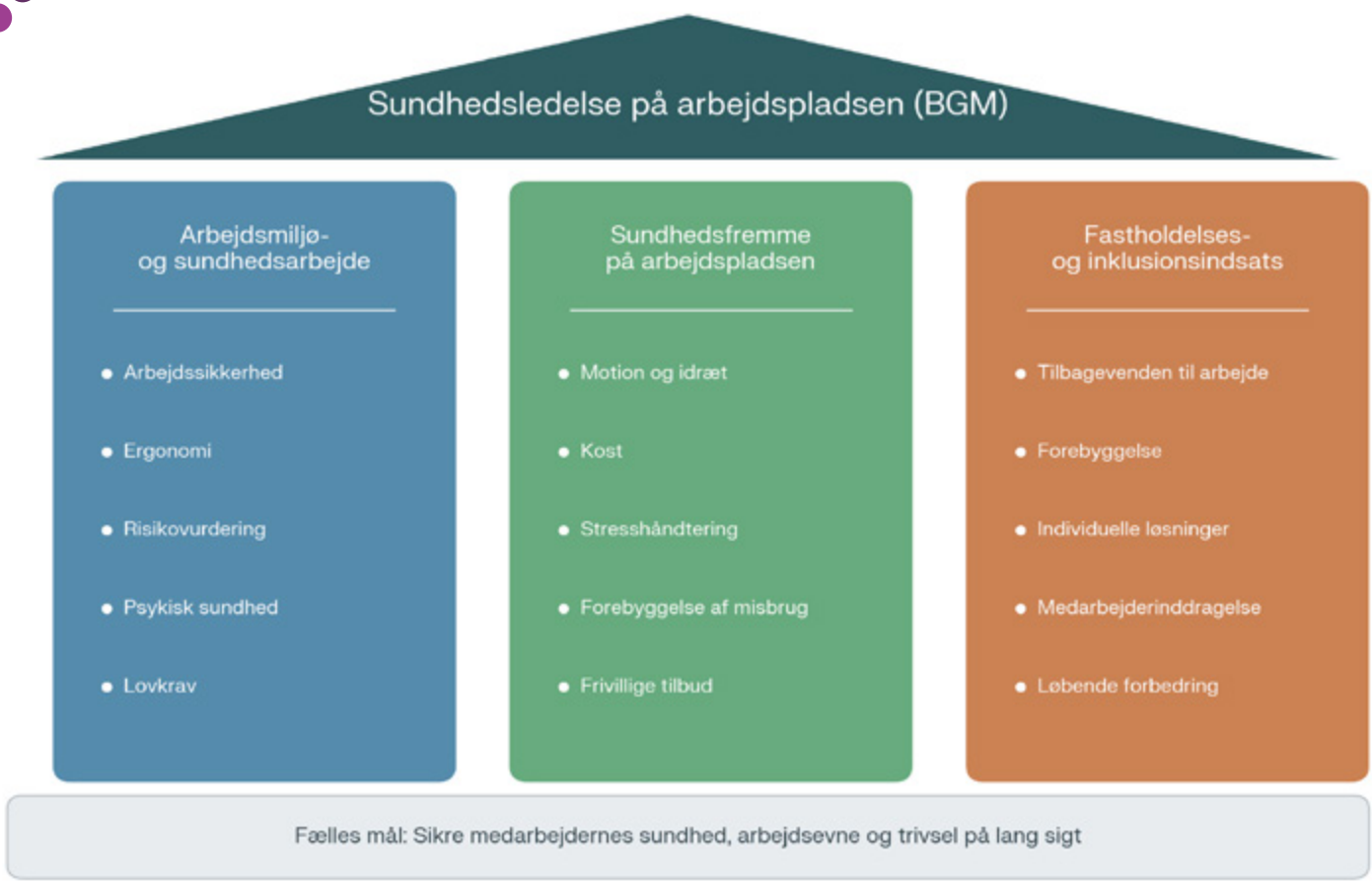
Den kommunale sundhedskonference

Sundhedskonferencen fungerer som en "alliance for sundhed". Den fungerer som et styrings- og koordineringsorgan, hvor relevante aktører samt beslutnings- og omkostnings-ansvarlige i Kreis Ostholstein udvikler strategier, mål, anbefalinger og handlingsprogrammer for sundhedsfremme, som implementeres via „princippet om selvforpligtelse. Anbefalingerne bringes videre til de politiske organer i distriktet (Kreistag og fagudvalg).

Baseret på data og fakta samt ekspertunders-øgelser træffer sundhedskonferencen beslutninger. Derfor lægges der vægt på en grundig kortlægning med præsentation og analyse af problemstillingen. Fokus er på sundhedsbehovene hos de respektive befolkningsgrupper. For at implementeringen kan forløbe relativt gnidningsfrit og ikke fejle på grund af for ambitiøse mål, implementeres kun idéer, som kan realiseres med aktørernes eksisterende ressourcer. Tiltagene koordineres, tilpasses målgruppens behov og gøres lavtærskel. Erfaringer, især i den landligt strukturerede nordlige del af distriktet, viser, at tilbud, som kommer til målgruppen, bliver taget bedre imod end tilbud, som målgruppen aktivt skal opsøge.



Kilde: Kreis Ostholstein
Kontakt: Sundhedsplanlægning og Sundhedskonference i Kreis Ostholstein: Maren Rohr, m.rohr@kreis-oh.de
ChatGPT gereneret oversættelse



Virksomhedsrettet sundhedsmanagement i Kreis Ostholstein

Den virksomhedsrettede sundhedsmanagement i Kreis Ostholstein består af 3 søjler.

Søjle 1: Arbejdsmiljø / sikkerhed og sundhed

Emnet arbejdsmiljø omfatter følgende områder: arbejdssikkerhed, sundhedsbeskyttelse, ulykkesforebyggelse, analyse af arbejdsrelaterede ulykker og sundhedsfarer samt risikovurderinger.

Søjle 2: Virksomhedsrettet fastholdelsesindsats (BEM)

Den virksomhedsrettede fastholdelsesindsats er arbejdsgiverens opgave og har til formål at overvinde medarbejderes uarbejdsdygtighed, forebygge gentagne sygefravær og i det enkelte tilfælde bevare den berørte medarbejders arbejdsplads.

Søjle 3: Virksomhedsrettet sundhedsfremme (BGF)

Virksomhedsrettet sundhedsfremme omfatter alle forebyggende tiltag, der forbedrer medarbejdernes sundhed og trivsel på arbejdspladsen. Målet er at have sunde medarbejdere i en sund virksomhed. Indsatsområder er f.eks. bevægelse, ernæring, stress mm.

I Kreis Ostholstein koordinerer sundhedsmanagement forskellige tilbud til medarbejderne, f.eks. progressiv muskelafspænding, yoga, Evermood (ekstern platform for mental sundhed), mobil massage, systemisk sundhedscoaching og nordic walking. Derudover samarbejder Kreis Ostholstein med eksterne sports- og sundhedscentre som f.eks. fitnesscentre.

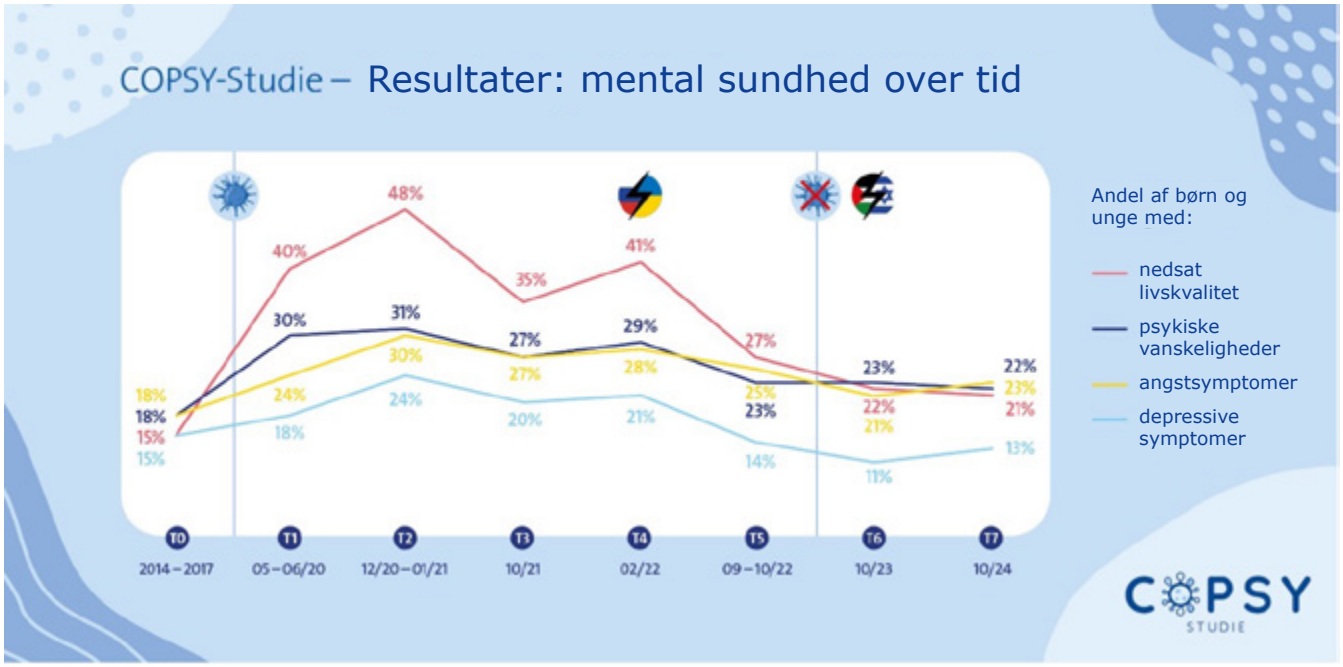
Kontakt: Virksomhedsrettet sundhedsmanagement i Kreis Ostholstein:
Kirsten Karrock, k.karrock@kreis-oh.de

Psykisk sundhed blandt børn og unge

Siden coronapandemien har behovet for at styrke børn og unges psykiske sundhed vist sig endnu tydeligere.

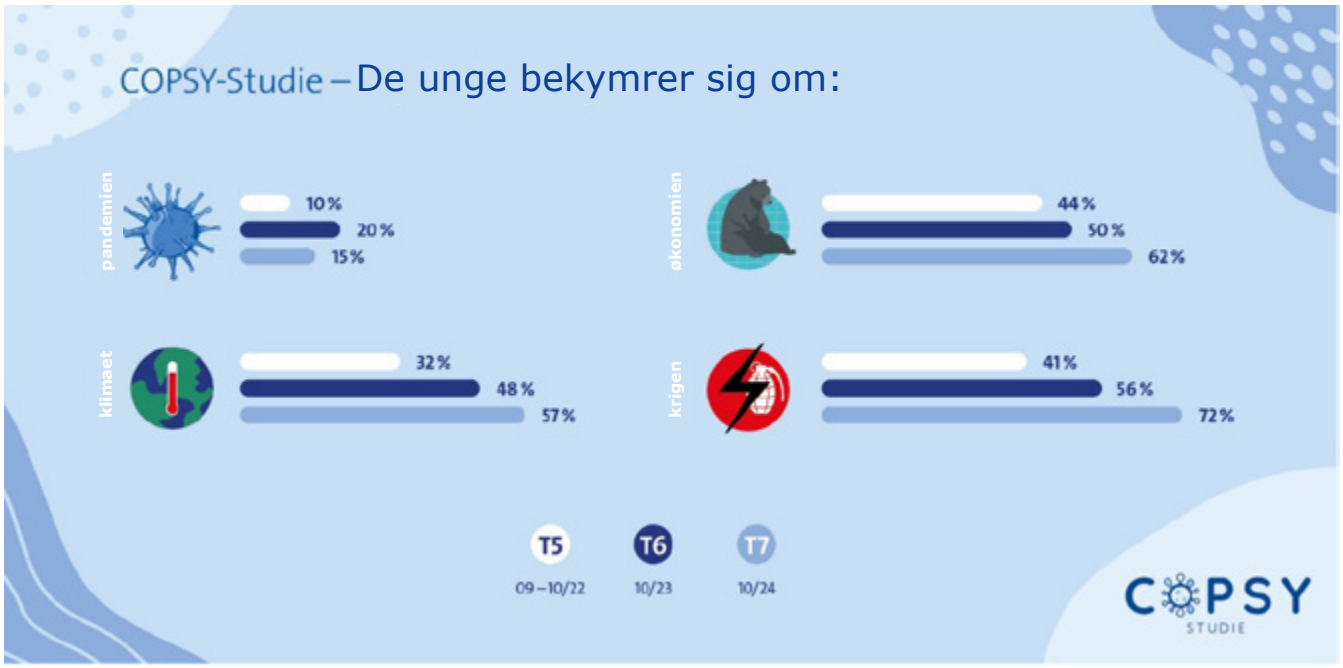
De begrænsede sociale kontakter og skolenedlukningerne under pandemien har forstærket risikofaktorer for udviklingen af psykiske lidelser i skolealderen. Faktorer, som ifølge aktuelle resultater fra COPSY (COrona og PSYke) -undersøgelsen 2024 ved Universitetsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stadig gør sig gældende.

Efter en mindre forbedring af børns og unges psykiske trivsel i 2023, er udviklingen igen gået tilbage i efteråret 2024. Hele 21 procent af de unge – fem procent flere end før Corona krisen – oplever en vedvarende forringelse af deres livskvalitet, og 22 procent kæmper fortsat med psykiske problemer. Særligt krigen i Ukraine og Mellemøsten, økonomisk usikkerhed og klimaforandringer vækker bekymring blandt børn og unge.



© COPSY-Studie (COrona und PSYche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Kilde:
COPSY-Studie, Pressemeddelelse UKE, 04.12.2024:
https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_160448.html



© COPSY-Studie (COrona und PSYche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Unges Sundhedsrapport 2024: Fokus på skole og sundhed

I Unges Sundhedsrapport 2024 står temaet Skole & Sundhed i centrum. Der behandles emner som bevægelse, ernæring, psykosomatiske symptomer, psykisk sundhed, tandsundhed, sundhedsfaglige medarbejdere i skolen samt diskussionen om at indføre faget „Sundhed" i skolen.

I Slesvig-Holsten findes der allerede sundhedsfaglige medarbejdere på de danske skoler samt som forsøgsordning på enkelte Startchance-skoler. (Startchancen-programmet er det største uddannelsesprogram i Tysklands historie. Det er målrettet skoler med en høj andel af socialt udsatte elever og har til formål at skabe mere lighed / retfærdighed på uddannelsessektoren.)

Næsten en fjerdedel af alle elever har for lidt viden om sundhed. Netop skolen udgør et vigtigt miljø for en bæredygtig og effektiv styrkelse af børns sundhedskompetencer.

Præventionsprogram: Psykisk sundhed i grundskolen (klassetrin 1-4)

Det Lübeck-baserede projekt "Psykisk sundhed i grundskolen" sætter tidligt ind for at støtte børns sunde udvikling.

Målet er at styrke børns og familiers psykosociale sundhed og forebygge psykiske lidelser og afhængighed af alkohol og euforiserende stoffer. Børnenes personlige og sociale kompetencer fremmes, og deres modstandskraft styrkes gennem positive fællesskabsoplevelser.

Et andet vigtigt mål er antistigma-arbejdet i skolen: ved at tage fat på tabuet omkring psykisk sygdom mindskes fordomme hos både elever, forældre og skolens personale.

Kontakt: Hansestadt Lübeck, Område Skole og Idræt, Afdeling for Uddannelsesmanagement: Nicole Maas, nicole.maas@luebeck.de
Kilder: https://www.kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte/Kindergesundheitsbericht_2024.php



Målgruppen er især børn af forældre med psykisk sygdom eller afhængighedsproblemer samt børn, der er udviklingsmæssigt udfordrede eller socialt isolerede. Desuden henvender programmet sig til forældre, pårørende og de tværfaglige teams på skolen.

Projektet gennemføres af **DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein gGmbH, KinderWege gGmbH** og Hansestadt Lübeck. Det finansieres i fire år af en alliance af sygesikringer og Sundhedsministeriet i Slesvig-Holsten.

Præventionstilbuddet består af fem indsatser:

1. Stressresiliens i klassen –

hvert år besøges 5 skoler, hvor alle 3. klasser deltager i en hel temadag. I alt ca. 15 skoledage årligt, og over 4 år nås 20 skoler.

2. Gruppeforløb for elever –

rettet mod børn med ringe støtte i hjemmet eller svag tilknytning til institutioner. Fokus er fælles fritidsaktiviteter, positive sociale oplevelser og individuel rådgivning i belastede familiesituationer.

3. Informations- og rådgivningstilbud til forældre –

herunder forældremøder, temaaftener om fx medier eller opdragelse, i samarbejde med skolens socialrådgivere.

4. Efteruddannelse og temadage for skolens tværfaglige personale –

gennemføres årligt på ca. 3 skoler og omfatter skoleledelse, lærere, socialrådgivere, pædagoger og skoleassistenter.

5. Netværksarbejde i Lübeck –

tid afsættes til samarbejde med lokale aktører i netværket **"Psykisk sundhed på Lübecks skoler"** og i styregruppen PsyGeSchuL (psykisk sundhed i grundskolen)

Kontakt: Hansestadt Lübeck, Område Skole og Idræt, Koordinering af overgangen skole–arbejde:
Diana Bauder, diana.bauder@luebeck.de



Præventionsprogram for psykisk sundhed i skolen: "Verrückt – na und!"

„Verrückt? Na und!" er et præventionsprogram udviklet af Irrsinnig Menschlich e.V. og fungerer som modelprojekt til at realisere de nationale sundhedsmål "Sund opvækst" og "Forebyggelse af depression". Programmet har eksisteret i mere end tyve år og tilbydes på over 80 steder i 12 tyske delstater – samt i Østrig, Tjekkiet og Slovakiet.

I Lübeck tilbydes programmet af **DIE BRÜCKE** Lübeck und Ostholstein, med finansiering fra bl.a. Hansestadt Lübeck. Målgruppen er elever fra 8. klasse og opefter samt deres lærere. Formålet er at skabe opmærksomhed omkring psykisk sundhed i tide: at nedbryde frygt og fordomme, vise veje ud af kriser, skabe håb og fremme trivsel og resiliens.

Skoleprogrammet gennemføres af et team bestående af en fagperson med psykologisk baggrund og en person, der selv har oplevet psykisk sygdom. Sammen besøger de skoleklasser og taler åbent med elever og lærere om psykisk sundhed. Eleverne lærer, hvordan en depression eller psykose kan føles, hvor man kan søge hjælp, og hvad de selv, deres venner, forældre og lærere kan gøre. Den stærke effekt ligger især i mødet med mennesker, der har overvundet psykiske kriser.

Typiske temaer er præstationspres, mobning, skilsmisse, sygdom i familien, afhængighed og fremtidsangst. Skoleforløbene forberedes og følges op i samarbejde med lærere og skolens socialrådgivere, så indholdet tilpasses den enkelte klasse.

Kilder:
https://www.die-bruecke.de/familienhilfe/angebot-fuer-schulen/
https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/
Kontakt: DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein gGmbH, Ledelse af familiehjælp: Wiebke Sonnenberger, w.sonnenberger@die-bruecke.de



KISS Lübeck – Kontakt- og informationssted for selvhjælpsgrupper

KISS Lübeck tilbyder rådgivning og information om selvhjælpsgrupper i Lübeck og samarbejder med andre kontaktsteder i Slesvig-Holsten. Målet er at udbrede og fremme selvhjælpsidéen inden for det sociale og sundhedsmæssige område, herunder gennem oplysningsarbejde og aktiviteter, der skaber et selvhjælpsvenligt samfundsklima.

Målgruppen er selvhjælpsgrupper, initiativer, borgere samt fagfolk inden for det psykosociale og sundhedsmæssige felt. KISS vejleder om de eksisterende grupper i Lübeck og omegn og støtter både nye og etablerede selvhjælpsgrupper.

I samarbejde med andre kontaktsteder i Slesvig-Holsten er app'en "Selbsthilfe Schleswig-Holstein" udviklet for at styrke selvhjælpsarbejdet yderligere.

En kort introduktion til selvhjælp kan ses i denne biografspot
https://www.youtube.com/watch?v=H23e9_BBTqc

Om selvhjælpsgrupper: http://www.selbsthilfe-sh.info/
App: https://appack.de/portal/advertise/embed-frame-v2/selbsthilfe-sh
KISS: https://kiss-luebeck.de/
Kontakt: Dr. Kirstin Hartung, kiss-luebeck@kinderwege.de



Interview med Christoph Arndt, overlæge

En samtale om sundhedssystemerne i Tyskland og Danmark, set fra en læges perspektiv, der har indgående kendskab til begge systemer og er i stand til at vurdere sundhedssystemernes udvikling i en større sammenhæng.

Christoph Carl Arndt gennemførte sit medicinstudie ved Universitetet i Lübeck og uddannede sig til speciallæge i ortopædkirurgi og håndkirurgi i Kiel. Efter at have været ansat i Flensburg fik han for 19 år siden job som overlæge på Slagelse Sygehus. Her arbejder han i håndsektionen på ortopædkirurgisk afdeling. Takket være sin mangeårige erhvervserfaring i begge lande har han førstehåndskendskab til forskellene mellem det tyske og det danske sundhedssystem.

Du har læst medicin i Tyskland, hvor du også gennemførte din speciallægeuddannelse og derefter fik du en stilling som overlæge i Danmark. Hvad var den udslagsgivende årsag til, at du tog det skridt dengang?

Der var to årsager til, at jeg i sidste ende traf beslutningen om at tage til Danmark: Efter omstruktureringen og sammenlægningen af to afdelinger på begge hospitaler i Flensborg blev arbejdsforholdene mindre og mindre attraktive. Jeg havde knap nok tid at være sammen med min nystiftede familie med tre døtre; jeg var allerede taget af sted om morgenen, før de vågnede, og kom først hjem sent om aftenen, lige inden de skulle puttes. Og tit havde jeg en 12-timers vagt hver anden weekend, både lørdag og søndag, Jeg var bange for, at vores familie ville gå i opløsning pga. de omstændigheder. Den anden grund var, at vores børn gik i dansk børnehave, og vi ville fortsat gerne give vores børn en tosproget opvækst og en åbenhed over for forskellige kulturer. Kombinationen af de to årsager gjorde, at jeg begyndte at søge job i Danmark.

Du har boet og arbejdet i Danmark i 19 år. Hvordan holder du dig opdateret mht. udviklingen i det tyske sundhedssystem, så du er i stand til at sammenligne de to systemer?

Jeg har stadig god kontakt med mine tyske venner fra studietiden. De arbejder bl.a. som praktiserende læge, som overlæge på et hospital og som professor ved et forskningsinstitut. På den måde har jeg et godt indblik i, hvad der foregår inden for det tyske

sundhedsvæsen. Og jeg holder mig selvfølgelig også ajour via de tyske medier om de politiske beslutninger, der træffes vedrørende sundhedsvæsenet i Tyskland.

Når du tænker på, hvordan din arbejdsdag er: Hvad synes du er den største forskel mellem tyske og danske hospitaler?

På hospitalerne i Danmark arbejder man papirløst og fuldstændig digitalt. Takket være den digitale infrastruktur mellem hospitalerne i det offentlige er det muligt at få adgang til røntgenbilleder og patientjournaler over hele landet og drøfte dem med sine kolleger. Ingen papirrod. Jeg blev virkelig overrasket, da jeg for nylig var på et tysk hospital og så, at man stadig kører rundt med en journalvogn på stuerne og skriver notater i hånden.

Hvor oplever du de største forskelle i behandlingen af patienterne – f.eks. med hensyn til beslutningsveje, kommunikation og forventninger?

Den tilgang, der anvendes i forbindelse med behandling af patienten. Patienten bliver i højere grad "taget i hånden", og ansvarsfordelingen er klar med hensyn til, hvem der tager sig af den enkelte patient, og hvordan det skal foregå. I Danmark ser man på, hvordan man kan behandle patienten på den mest effektive måde, så han eller hun modtager tilstrækkelig behandling, uden at patienten nødvendigvis får tilbudt den mest omfattende behandling. For at sikre en fagligt kvalificeret behandling henviser man også gerne patienten til andet hospital i nærheden eller spørger det pågældende hospital til råds, for hospitalerne i det offentlige sundhedsvæsen taler jo sammen digitalt, dvs. de samarbejder og er ikke i konkurrence med hinanden. De enkelte specialafdelinger er indstillet på at samarbejde med kollegerne på de andre hospitaler. Den manglende konkurrence mellem de enkelte hospitalskoncerner giver nogle fordele, både for patienterne og for lægestanden. Men dette fokus betyder også, at behandlingerne i Danmark kun udføres på det niveau, som man har fastsat inden for sundhedsvæsenet. Denne metode sikrer en stort set ensartet behandling i hele landet, men det betyder også, at patienten samtidig fratages muligheden for at modtage ny eller alternativ behandling, som endnu ikke er en del af det officielle tilbud, men som måske allerede tilbydes på privathospitaler. På det område har patienterne i Tyskland flere muligheder.

Patienten bliver i højere grad taget i hånden

Hvilken forskel er der på arbejdsforholdene for læger? Med hensyn til hierarkier, ansvar, bureaukrati og balancen mellem arbejde og privatliv.

Fladere hierarkier reducerer den tøven, der kan opstå, når yngre medarbejdere skal spørge ældre kolleger til råds. I Danmark lægger man desuden stor vægt på medarbejdernes trivsel på arbejdspladsen. Man forsøger så vidt muligt at imødekomme medarbejdernes individuelle ønsker til arbejdstid. I Danmark er der større fokus på at nå de opgaver, der skal udføres, inden for arbejdstiden. Ingen kigger skævt, hvis opgaver, der ikke haster, eventuelt bliver liggende til næste dag.

I begge lande taler man om mangel på arbejdskraft og stigende udgifter. Hvor mener du, at det danske og det tyske system hver især har deres største styrker og svagheder?

Danmarks styrker: "Opgaveglidning", uddelegering af ansvarsområder. Lægefaglige opgaver overtages i stigende grad af sygeplejersker og røntgenassistenter med specialuddannelse, så lægerne kan afsætte tid til andre opgaver. Og det fungerer? Ja! En god balance mellem arbejde og privatliv gør det lettere at rekruttere medarbejdere, der arbejder engageret med skræddersyede arbejdstider, i stedet for at de risikerer helt at forlade sundhedssektoren. For cirka 15 år siden omstrukturerede Danmark desuden hospitalssektoren med en helhedsorienteret, landsdækkende hospitalsplan og store investeringer i nye hospitaler. Dermed har man skabt en fremtidssikret struktur med moderne hospitaler, der matcher det forventede behov.

Danmarks svagheder: Der opstår ofte udfordringer, når internationale eksamensbeviser skal anerkendes. En finsk kollegas speciallægeuddannelse blev for eksempel ikke godkendt i Danmark, fordi uddannelsesforløbet for den pågældende specialisering er anderledes i Finland end her. Desværre er man i Danmark ikke indstillet på at finde mere ubureaukratiske løsninger i sådanne situationer. Det bliver endnu mere kompliceret, når det drejer sig om eksamensbeviser fra lande uden for EU. Det fører til den paradoksale situation, at slovenske og kroatiske speciallæger har lettere ved at få deres

Interview med Dr. Christoph Arndt: Fortsættelse fra side 35

uddannelse godkendt end serbiske og bosniske kolleger, selvom de i sin tid gennemførte identiske uddannelsesforløb i det tidligere Jugoslavien. Den nye hospitalsplan betyder, at hospitalerne er koncentreret omkring de større byer, hvilket ofte betyder lange afstande til det nærmeste hospital for de folk, der bor uden for byerne.

Tysklands svagheder: De nuværende arbejdsforhold i den tyske sundhedssektor

Tysklands styrker: Større åbenhed i befolkningen over for udenlandske medarbejdere. I Tyskland er der en større vilje til at finde ubureaukratiske løsninger i forbindelse med udstedelse af arbejdstilladelser til medarbejderne.

Tysklands svagheder: De nuværende arbejdsforhold i den tyske sundhedssektor gør, at internationale ansøgere i stigende grad vælger Tyskland fra. Den tyske sundhedspolitik drukner i partipolitiske stridigheder i stedet for at løse de mest presserende problemer. Når et kompromis endelig falder på plads, bliver det ofte udvandet, og der går lang tid, før beslutningerne bliver omsat til konkret handling. Her udviser den danske regering - uanset hvem der sidder ved magten -

en mindre ideologisk og mere praktisk tilgang, der fører til løsninger, der så også bliver gennemført inden for kort tid. En gennemgribende omstrukturering og omkostningsbesparende konsolidering af hospitaler bliver i Tyskland ofte bremset af lokalpolitisk lobbyvirksomhed. Hvis man baserer hospitalssektoren på selvregulering gennem konkurrence og markedsmekanismer, mister man samtidig muligheden for strategisk at tilrettelægge en optimal fordeling af den medicinske behandling.

Var der noget i det danske sundhedsvæsen, som du i starten blev overrasket eller endda irriteret over – og som du i dag tager for givet?

Der kan jeg med det samme nævne to ting: Den første er visiteret akutmodtagelse. "Visiteret" betyder, at man i tilfælde af en skade ringer til et centralt nummer, hvor man får at vide, hvilken skadestue man skal tage hen til, eller om man kan nøjes med at henvende sig til den praktiserende læges vagtordning. Nogle gange bliver mindre problemer også løst direkte over telefonen. Det aflaster akutsystemet helt enormt. Hotlinen er bemandet af erfarne sygeplejersker, som sørger for, at patienterne bliver ledt det rigtige sted hen. Hvis skadestuen i én by er overbelastet, og der er ledig kapacitet i den næste, bliver patienter, der befinder sig mellem de to byer, nogle gange sendt den ene vej og andre gange den anden. Man kan også henvise patienter med mere specielle problemstillinger direkte til det hospital, hvor de relevante specialafdelinger findes, så den optimale behandling kan sættes i gang med det samme. En akutpatient har jo ikke selv denne viden. I Tyskland opsøger patienter typisk det nærmeste hospital, men ikke nødvendigvis det hospital, der er bedst egnet til netop deres akutte tilfælde. Mange møder op på skadestuen med problemer, som den praktiserende læges vagtordning sagtens kunne have håndteret.

I Danmark møder man en gensidig tillid mellem mennesker, som kan virke næsten overraskende for en tysker: Den aktuelle debat i Tyskland om krav om lægeerklæring fra første sygedag afspejler en grundlæggende kulturel forskel. I Danmark behøver man ikke en lægeerklæring, man ringer blot til sin arbejdsgiver og siger, at man er syg. Når man føler sig rask igen, giver man typisk blot besked dagen før om, at man er tilbage næste dag. Hvis arbejdsgiveren ønsker en lægeerklæring, kan han anmode medarbejderens praktiserende læge om at udstede den, men det sker på arbejdsgiverens egen regning. Men det sker ikke tit, for man stoler på hinanden. Ved længere tids sygefravær er det kommunen, der står for både kontrol og udbetaling af sygedagpenge til arbejdsgiveren. Tyskland er derimod i færd med at forstærke en kultur præget af gensidig mistillid og tøver heller ikke med at lægge endnu større pres på det i forvejen overbelastede system med praktiserende læger. I den forbindelse er det i øvrigt værd at hæfte sig ved, at sygefraværet i Danmark er lavere end i Tyskland, trods de liberale regler.

I Danmark møder man en gensidig tillid mellem mennesker

Hvis Tyskland skulle lade sig inspirere af Danmark inden for et eller to områder – hvad skulle det så være? Og er der omvendt noget, hvor Danmark kunne lære noget af Tyskland?

Danmark kunne lære følgende af Tyskland: Man bør gøre det nemmere for danske patienter at indhente en anden læges vurdering. Et mere frit lægevalg og

mindre stive strukturer med obligatoriske henvisninger gør det i Danmark muligt for lægerne at stoppe en patients behandlingsforløb, uden at patienten har mulighed for at vælge eller afprøve andre behandlingsformer.

Omvendt kunne Tyskland lære følgende af Danmark: I Danmark har alle lige adgang til sundhedsvæsenet. Det var først i Danmark, at det gik op for mig, hvor forældet og asocial en arv fra forrige århundrede den tyske opdeling mellem privatforsikrede og offentligt forsikrede patienter egentlig er. På dette område har Tyskland et presserende behov for en grundlæggende omlægning af sygesikringssystemet. Det kræver et solidarisk samfund, hvor alle bidrager, og hvor alle modtager de samme ydelser. Der findes ganske vist også privathospitaler i Danmark, men de samarbejder med de offentlige hospitaler og aflaster dermed det offentlige sundhedsvæsen. I Danmark findes der også private sygeforsikringer, der dækker særlige tillægsydelser. Private sygeforsikringer er ofte et medarbejdergode, som arbejdsgivere tilbyder deres medarbejdere. I Danmark forhindrer en række lovbestemmelser, at der kan opstå den samme skarpe opdeling mellem privatpatienter og offentligt forsikrede, som det er tilfældet i Tyskland.

Og så kan Tyskland selvfølgelig lære, hvordan man digitaliserer sundhedsvæsenet og skaber sammenhæng på tværs af alle niveauer - fra praktiserende læger og kommunale medarbejdere til de store hospitaler, så alle aktører kan kommunikere effektivt med hinanden om patienterne. I Tyskland derimod stopper den fælles kommunikation allerede, når en patient overgår fra ét hospital til et andet. Patientjournaler og dermed vigtige oplysninger om patienten deles ikke.

Hvis en ung speciallæge i dag spurgte dig, om Danmark var et godt sted at tage hen, hvad ville du så svare?

Det kommer an på speciallægens ambitioner. Hvis han eller hun lige har stiftet familie og lægger vægt på en god balance mellem arbejde og privatliv, bør vedkommende helt klart tage til Danmark. Som holdspiller vil man også trives bedre i Danmark. Men hvis du har rundsave på albuerne, prioriterer egen karriere over alt andet og gerne vil til tops i tydelige hierarkier, så er du formentlig bedre stillet i Tyskland. Jeg tror dog, at denne type mennesker langsomt er ved at forsvinde - i hvert fald ser man dem sjældnere i dagens Danmark end jeg gjorde i Tyskland dengang for 20 år siden, da jeg stadig arbejdede der.

Tyskland har helt klart brug for mere digitalisering

Med den erfaring du har fra begge lande: Hvordan kunne du så godt tænke dig, at sundhedssystemerne i Tyskland og Danmark udvikler sig i løbet af de næste ti år?

Tyskland har helt klart brug for mere digitalisering og et langt mere smidigt informationsflow mellem sundhedsvæsenets aktører. Tyskland bør fremover spille en langt mere aktiv rolle i at tilrettelægge, hvor og hvordan den medicinske behandling fordeles og koncentreres, i stedet for at lade markedskræfterne, lobbyarbejde og tilfældige udviklinger bestemme.

Danmark bør skabe et mere fleksibelt sundhedsvæsen. Der bør være færre stive regler, f.eks. kravet om, at man skal have en henvisning, som speciallægen kan afvise, og situationer hvor én læge som eneste instans kan afslutte et helt behandlingsforløb, uden at patienten har mulighed for at indhente en vurdering fra en anden læge også.

På længere sigt ser jeg gerne, at Europa bevæger sig mod et fælles sundhedssystem, der forener de enkelte landes styrker og samtidig skaber mulighed for at rette op på uheldige tendenser i de enkelte lande.

Kontakt: Dr. Christoph Carl Arndt, Oberarzt, Mail: ccar@regionsjaelland.dk
Krankenhaus Slagelse, Orthopädchirurgische Abteilung, Handchirurgie



Erfaringer fra praksis – Perspektiver på sundhed og livskvalitet

Emnet sundhed og livskvalitet kommer ikke kun til udtryk i teoretiske koncepter, men også i menneskers personlige forhold til deres arbejdsområde. De følgende interviews giver et personligt indblik i emnet sundhed og sætter gang i nye tanker om livskvalitet i den dansk-tyske grænseregion.

Vi har interviewet tre forskellige aktører: Florian Kliem, leder af Klinikunterricht Lübeck (hospitalsundervisningen i Lübeck), Dr. Oliver Soyka, cheflæge og leder af afdelingen for børne- og ungepsykiatri i Lübeck og teatergruppen for børne og unge "das junge schauspiel Lübeck" og deres team bestående af Katja Leistert, Michael Fuchs og Tobias Horstmann.

Interview med Florian Kliem, Klinikunterricht Lübeck

Florian Kliem er specialpædagog med stor erfaring fra sit tidligere arbejde på en skole i et socialt udsat boligkvarter i Hamborg og har de seneste fem år har varetaget ledelsen af Klinikunterricht Lübeck. Ifølge ham er skolen en meget vigtig grundsten i barnets psykiske udvikling. Skolen skal være et rart sted et være, for børn tilbringer rigtig mange timer her, og de oplever en masse gode ting, men nogle gange også mindre sjove ting.

Hvad går hospitalsundervisning ud på?

Hospitalsundervisningen i Lübeck har ansvaret for undervisningen af børn og unge på specialklinikken "Junges Leben" (JuLe) for børne- og ungdomspsykiatri under Diakonie NordNordOst samt på børne- og ungdomsafdelingerne på Universitetshospitalet i Slesvig-Holsten (UKSH), primært på dagafsnittet, den psykosomatiske afdeling og den onkologiske afdeling. Hos os er der ansat 20 lærere med baggrund i forskellige skoleformer. De underviser børn fra Lübeck og de omkringliggende kommuner i blandede læringsgrupper fra 1. til 13. klasse.

Hvem går i skole på hospitalet, og hvad undervises der i?

Eleverne i hospitalsskolen har ofte været væk fra skolen i flere uger, måneder eller endda år, fordi de af helbredsmæssige og/eller psykiske årsager ikke har været i stand til at gå i skole. For mig er det vigtigt at genopbygge elevernes motivation for regelmæssig skolegang og sikre, at undervisningsstoffet formidles på en forståelig måde.

Undervisningen på hospitalet tilrettelægges i tæt samarbejde med terapeuter, lærere, elever, eksterne organisationer, forældre og socialforvaltningen. Det



tværfaglige team analyserer de konkrete problemstillinger og finder i fællesskab de løsninger, der bedst hjælper barnet.

Hvad motiverede dig til at deltage i studieturen?

For vores elever er sundhed og livskvalitet helt centrale problemområder. Jeg synes, at det er vigtigt at styrke og synliggøre hospitalsundervisningen i Slesvig-Holsten, at indgå i dialog og løfte blikket og se ud over sin egen næsetip. Jeg blev virkelig imponeret, da jeg modtog dagsordenen for turen. Så mange forskellige og vigtige indlæg fra både tysk og dansk side, fordelt over to dage, med god tid til at netværke og indgå i dialog. Fantastisk.

Det tværfaglige team analyserer de konkrete problemstillinger.

Hvilke emner inden for sundhedsområdet ligger dig mest på sinde?

Gennem en positivt udformet barndom og – i tæt sammenhæng hermed – skolemiljøet kan man i høj grad bidrage til de kommende generationers sunde udvikling og udøve en forebyggende indsats. Antallet af børn med psykiske lidelser er højt og har, særligt siden coronaepidemien, gentagne gange været omtalt i medierne.

Børn og unge, der har det svært, er ramt af sygdom eller er socialt udsatte, har behov for sundhedsfremmende miljøer. I Tyskland er reglerne for hospitalsundervisning forskellige fra delstat til delstat. Men det kan jo ikke være rigtigt, at et barn, der f.eks. rammes af depression i Hessen, har adgang til bedre forhold på hospitalsskolen end et barn med samme diagnose i Slesvig-Holsten.

Hvilke muligheder findes der for at genoprette sundheden og forbedre livskvaliteten?

I skolemæssig kontekst er der lige nu gang i mange spændende projekter, som vender den vante skolehverdag på hovedet: Individuelle studietider, understøttende undervisningsbånd (UUV-bånd), "Dalton-timer" (skemalagte moduler, hvor elever arbejder selvstændigt), "Lykke" som undervisningsfag, åben heldagsskole som inspirationskilde til fritidsinteresser og meget mere.

Desværre er mange skolebygninger og skolegårde nedslidte, og det har en negativ indvirkning på både sundhed og livskvalitet. Jeg ser det som en væsentlig mulighed for at forbedre elevernes livskvalitet, hvis vi afsætter flere midler til området og i samarbejde med kollegerne udvikler skoler, hvor eleverne virkelig trives.

Hvordan forestiller du dig, at dit arbejdsområde ser ud i 2036?

Hospitalsundervisningen i Lübeck opnår status som skole og kan undervise eleverne før og efter deres indlæggelse og om nødvendigt følge dem helt frem til deres afsluttende eksamen. Som det er nu, sender vi mange børn tilbage til deres normale skole efter 3-4 måneders behandling, selv om de i virkeligheden har brug for mere tid til reintegrering. Her kunne jeg godt tænke mig en tilpasning med større fokus på barnet



og et skånsomt skolereintegrationsforløb, som vi kender det fra erhvervslivet med reintegrationsforløb efter længere tids sygefravær.

Hvilke muligheder ser du i et tysk-dansk samarbejde inden for sundhed og livskvalitet?

Vi fik et godt indblik i sundhedssystemet i vores naboland. Sundhedscentrene er en god model for, hvordan vores sundhedssystem kunne indrettes. Overalt mødte vi en ekstraordinær åbenhed, en kultur hvor man mødes i øjenhøjde, og en omsorgsfuld og hyggelig stemning, der kunne mærkes med det samme.

Med større fokus på barnet.

Ikke langt herfra findes der institutioner i et andet land, der beskæftiger sig med de samme problemstillinger. Det er spændende, og som forbillede bør der etableres mere gensidig afprøvning på tværs af grænserne.

Hvilke emner eller idéer ville du gerne arbejde videre med på tværs af landegrænserne?

Især præsentationerne fra de danske kolleger af projekterne STU Næstved, BørnUngeLiv og Headspace gjorde et stort indtryk på mig, både med hensyn til deres anvendelsesmuligheder i skolen og i forhold til hospitalsundervisning.

I den sammenhæng blev der etableret kontakter og udvekslet ideer.

Hvad er dine ønsker?

Der skal lægges langt større vægt på forebyggende sundhedsindsatser i barndommen. Følgende problemstilling bør have langt større opmærksomhed i det tyske sundhedssystem: Hvilke forebyggende indsatser i barndommen er med til at skabe et solidt fundament for sundhed og trivsel på længere sigt?

Når alle børnehavebørn og skoleelever bliver set og vi skaber et trygt læringsmiljø med plads til individuel udvikling i skolen, styrker det i høj grad deres robusthed, også ind i voksenlivet.

Citat:

Humor er den medicin, der koster mindst og er nemmest at indtage.

Kontakt: Klinikschule Lübeck, Skoleledelsen, Mail: florian.kliem@schule-sh.de
www.astrid-lindgren-schule-luebeck.de/klinikunterricht/klinikschule-uksh/



Interview med Oliver Soyka, Fachklinik für Junges Leben (børne- og ungdomspsykiatri)

Oliver Soyka har arbejdet inden for børne- og ungdomspsykiatri og -psykoterapi i over 30 år, heraf over 27 år som speciallæge, og har i næsten 24 år været overlæge på specialklinikken for børn og unge (Fachklinik für Junges Leben, „JuLe") Diakonie Nord.Nord.Ost in Holstein gGmbH i Lübeck. Han har haft afgørende indflydelse på den videre udvikling af specialklinikken og står for en moderne, tværfaglig og socialt orienteret børne- og ungdomspsykiatri i Lübeck, Østholsten, Stormarn og Hertugdømmet Lauenborg.

Hvad er vigtigt for dig i dit arbejdsliv?

Det var vigtigt for mig at have udsigten til og muligheden for at støtte børn tidligt i livet og fremme deres psykiske sundhed. Jeg er også tiltrukket af de mange muligheder for at præge ledelsesarbejdet og samarbejdet med skoler, børne- og ungdomsforvaltningen og det politiske niveau. Jeg tillægger forebyggelse stor betydning. Gennem mit medicinstudie i Aarhus fik jeg også mulighed for at stifte bekendtskab med børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark.

Hvilke tilbud har specialklinikken til børn og unge?

Specialklinikken for børn og unge i Lübeck hjælper børn og unge med psykiske og psykiatriske lidelser, især i akutte krisesituationer. Specialklinikken har fem behandlingsafsnit med hver ti sengepladser i Lübeck. Derudover er der tre dagklinikker i Lübeck, Büchen og Eutin samt tre store ambulatorier på de nævnte steder.

Indlæggelses- og dagbehandlingsperioderne er i dag betydeligt kortere og ligger på omkring 12 uger. Til sammenligning var behandlingsvarigheden for 10–20 år siden typisk 9–12 måneder. De relativt korte behandlingstider ved komplekse og til tider kroniske lidelser fører ofte til urealistiske forventninger hos forældre og eksterne samarbejdspartnere og skaber udfordringer i forbindelse med reintegrering, da teamet kun har begrænset tid til rådighed. Vi arbejder tæt sammen med både forældre og eksterne hjælpere. Det er dog vigtigt at understrege: „Vi kan ikke indfri alle forventninger – heller ikke forestillingen om, at man kan aflevere sit barn og få et helbredt barn retur." En central del af vores terapeutiske og pædagogiske arbejde er at hjælpe børnene med at vende tilbage til skolen, familien og hverdagen. Vores integrerede specialklinikskole er et vigtigt mellemled.

Hvad har børn og unge behov for?

Særligt bekymrende er de tilfælde, hvor børn i de helt små klasser bliver tabt i skolesystemet. Vi oplever, at syvårige børn med så alvorlige adfærdsmæssige problemer, at de allerede er blevet bortvist fra skolen, kommer i behandling hos os på dagafsnittet. Budskabet til barnet er: „Vi kan ikke lide dig, som du er." Vi ved, at lærerne i det nuværende uddannelsessystem er under massivt pres, og mange fortæller, at de – forståeligt nok – har nået deres grænse i klasser med 25 børn, herunder flere elever med særlige behov.

Mange af de kompetencer, som børn er nødt til at lære i de mindste klasser i dag – selvregulering,

konfliktløsning og følelsesmæssig stabilisering – burde allerede være grundlagt i hjemmet eller i børnehaven. Gode lærere yder en kæmpe indsats: „Det handler om at give tryghed og retning, sætte grænser, støtte og stille krav. Samregulering er en del af hverdagen i de mindste klasser, og det handler om at være en "sikker havn" i tilknytningsteoriens bedste forstand."

Mange adfærdsmæssige problemer er ikke sygdomme i egentlig forstand, men følger af manglende tilknytning, usikkerhed i tilknytningen eller uklare grænser. "I skolen handler det også om positive oplevelser med tilknytning. Uddannelse kommer nogle gange i anden række".

Hvilken betydning har diagnosticering?

Psykiatriske diagnoser er desværre alt for ofte stadig en forudsætning for at få hjælp. Man må dog ikke undervurdere de langsigtede konsekvenser, som en psykiatrisk diagnose kan have, f.eks. i forbindelse med tegning af livsforsikring i tilfælde af en depressionsdiagnose eller de begrænsede muligheder for at blive pilot, hvis man har fået diagnosen "ADHD". Hvis fraværet af klare koncepter og strukturer fører til, at børn unødvendigt får stillet diagnoser og bliver psykiatriseret, er det et tegn på, at samfundet ikke formår at løfte sin opgave.

Et andet fokusområde i vores ambulante arbejde er tidlig diagnosticering og iværksættelse af støtteforanstaltninger. Det bidrager til forebyggelse og tidlig indsats. Modtagelsen oplever „stadig yngre børn, efterhånden også helt ned til to år".

Ventetiderne på psykiatrisk og psykoterapeutisk behandling af børn og unge bliver desværre stadig ved med at vokse. For børn mellem seks og otte år er et års ventetid en stor belastning, da denne periode udgør en stor del af deres liv.

Hvordan forholder samfundet sig til børn?

Desværre må man spørge sig selv, om børn i Tyskland overhovedet betragtes som en naturlig del af samfundet. Tag f.eks. Italien, hvor børn fylder mere i det offentlige rum og gerne må "være højlydte", uden straks at blive betragtet som "larmende". Spørgsmålet er: "Hvad er egentlig normalt, hvad udspringer af mangler i opdragelsen, og hvad kan overhovedet betegnes som en sygdom?"

Hvordan ser hverdagen ud for familier? Den tid, som mange forældre reelt kan tilbringe med deres børn hver dag, er begrænset. På grund af heldagsskole, ekstern pasning og eftermiddagsaktiviteter er der tit kun begrænset tid tilbage til samvær med familien: „Den faktiske tid sammen er nede på 3,5 - 4 timer om dagen." På trods af de mange ydre og uundgåelige krav, som arbejdsliv og hverdagslogistik stiller, forbliver børns grundlæggende behov uændrede: „De fleste vil hellere lege med mor og far eller få læst højt end at være alle mulige andre steder." Mange forældre længes også efter mere tid sammen med deres børn – men det er ofte svært at få til at lykkes. Det er et dilemma.

Hvilken betydning mener du, at de fysiske rammer har?

Opførelsen af den nye døgnklinik i Lübeck blev planlagt i samarbejde med arkitekter over en periode på ti år, hvor man indgående drøftede rummenes betydning som terapeutisk faktor. Målet var at skabe rum, der udstråler tryghed og tydelig retning, men samtidig åbenhed. Det centrale spørgsmål var: „Hvordan kan man arkitektonisk udforme rum, der afspejler og understøtter indre psykiske processer og behov?" Vigtige elementer i specialklinikkens arkitektur er en stor, åben forhal, der bevidst ikke er sikret med net eller gitter, små afskærmede rum på gangene, vindueshøjde fra gulv og generelt bare masser af lys. En reaktion vi tit oplever fra folk, når de ankommer til klinikken: „Man træder ind og får følelsen af blive omfavnet."

> ***Den faktiske tid sammen er nede på 3,5 - 4 timer om dagen.***

Hvordan har den psykiske sundhed i samfundet ændret sig:

Som følge af coronaepidemien oplevede klinikken en markant stigning i symptomer på depression, angstlidelser og akut eksistentiel mistrivsel blandt unge, især blandt piger. Senest i efteråret 2025 offentliggjorde "Bundesschülerkonferenz" (landsdækkende interesseorganisation for tyske skoleelever) tal, der viste, at hver femte elev har psykiske problemer. „Tallene er ikke nye; det er blot mørketallet, der nu belyses på en anden måde."

Som reaktion på tilstrømningen af mange uledsagede mindreårige flygtninge til Tyskland blev der i 2016 iværksat et projekt i samarbejde med tre andre klinikker i Slesvig-Holsten. Dengang blev unge

flygtninge ofte indkvarteret uden faglig støtte, og mange endte i akutte krisesituationer, der krævede indlæggelse. Vi besluttede derfor: „I stedet for at alle kommer ind til os, tager vi ud til dem og yder hjælp på stedet." På den baggrund blev der indført "konsultationstider" på opholdssteder for unge flygtninge. Denne forbedring af samarbejdet mellem døgninstitutioner for børn og unge og klinikkerne har vist sig så vellykket, at vi i forlængelse heraf og nu i flere år har etableret et tæt samarbejde mellem børne- og ungdomsforvaltningen og de fire projektklinikker. Projektet, der modtager støtte fra Socialministeriet, hedder i dag Consilium. Projektet tilbyder regelmæssige online-efteruddannelser, teamrådgivning og sagsrelateret støtte til døgninstitutioner for børn og unge i hele landet via fire afdelinger i hhv. Kiel, Slesvig, Elmshorn og Lübeck.

Hvilken forskel er der på Tyskland og Danmark?

Så vidt jeg ved, er der i Danmark betydeligt færre døgnpladser inden for børne- og ungdomspsykiatri, men langt flere skolepsykologer. Man hører ofte om meget lange ventetider til første konsultation og diagnosticering i Danmark, og jeg formoder, at det i bestemte dele af landet endda tager længere tid at få en tid hos en børnepsykiater end hos os. Jeg har indtryk af, at det danske skolesystem og den kommunale tilrettelæggelse af sundheds- og børne- og ungdomsforvaltningen aflaster og supplerer psykiatrien i højere grad end hos os. I Tyskland forekommer det mig, at sundhedsvæsenet, børne- og ungdomsforvaltningen, rådgivningstjenesterne og skolesystemet stadig ikke er tilstrækkeligt integreret med hinanden.

Sammenligningen med Danmark viser et system, der er organiseret på en anden måde: Tilbuddene er organiseret på kommunalt plan, og skolepsykologer og socialrådgivning er tættere på familierne. Samtidig er Danmark meget konsekvent, når det gælder beskyttelse af børn, og griber hurtigere ind, hvis barnets tarv vurderes at være i fare. Det forlyder, at Danmark har planer om at reducere antallet af elever i de mindste folkeskoleklasser til ca. 15 elever, bl.a. for at styrke tilknytningen. Det synes jeg lyder som en god ide. Efter min mening bør grundskoleklasserne i Tyskland ikke have flere end 20 børn, og alle klasser bør som udgangspunkt have to lærere. Jeg begriber ikke, hvorfor man ikke investerer massivt i netop infrastruktur, udstyr og fagligt kvalificeret personale på skolerne.

Hvilken interesse har du i vidensdeling med Danmark?

Vidensdeling med Danmark er vigtig og det ville være fint med flere netværksmøder, hvor emner som psykisk sundhed og sund opvækst var på dagsordenen. Specialklinikken tager gerne til Danmark sammen med sine medarbejdere for at udveksle erfaringer direkte med de institutioner, der arbejder på området. At vi også gerne inviterer den anden vej er naturligvis en selvfølge. "Netop inden for børne- og ungdomspsykiatri tror jeg, at vi kan lære noget af hinanden."

Et kig frem mod år 2036

I 2035 håber jeg, at systemerne, herunder skoler og døgninstitutioner for børn og unge, står stærkere, både med hensyn til faglighed, økonomi, behandlingspersonale og fysiske rammer. Især hvad skolen angår. Den skal repræsentere et trygt og positivt læringsmiljø, der byder på de bedste vilkår. Det er vigtigt, at vores lærere forbliver arbejdsdygtige. Med hensyn til børne- og ungdomspsykiatrien ser jeg især følgende behov: tidligere inddragelse, let tilgængelige behandlingstilbud og tilstedeværelse lokalt. Vi bør have modet til at udvikle langt mere fleksible behandlingsmuligheder tæt på borgerne.

Hvis vi voksne behandlede de børn, vi har ansvaret for, på en ikke-voldelig, imødekommende, beskyttende og kærlig måde, ville behovet for psykiatri være meget mindre! Og det ville være en fantastisk investering i fremtiden!

"Citat:

Børn har brug for en stærkere interesseorganisation: "Det er jo vores allesammens børn, det handler om."

Kontakt:: Oliver Soyka, Fachklinik Junges Leben, Diakonie Nord-NordOst Cheflæge / afdelingsleder,
Mail: Oliver.Soyka@diakonie-nordnordost.de
www.diakonie-nordnordost.de



© Ariestia - stock.adobe.com

junges schauspiel lübeck: Interview med Katja Leistert, Michael Fuchs og Tobias Horstmann

Hvad er junges schauspiel lübeck?

Teatergruppen junges schauspiel lübeck blev oprettet i 2023/24 af Katja Leistert (pædagogisk leder) og Michael Fuchs (kunstnerisk leder, skuespiller ved Theater Lübeck) som et professionelt, mobilt teater for det unge publikum. Gruppen kombinerer kunstnerisk ambitiøse opsætninger med et pædagogisk formål. Teamet består af Tobias Horstmann (teaterpædagog), der sammen med Katja Leistert er ansvarlig for formidling af teatergruppens tilbud, kontakten til skoler og børnehaver samt skræddersyet tilpasning af formaterne til institutionerne samt Felix Zettier - Jindra (teknisk leder) og Sven Jenkel (administrativ leder for junges schauspiel Lübeck)

Hvordan får junges schauspiel lübeck bragt kulturen ud i de forskellige bydele?

Repertoiret omfatter stykkerne "Raus aus dem Haus" for vuggestue- og børnehavebørn fra 2 år „Hey, hey, hey, Taxi" for børn fra 5 år, „Mädchenschrift" for unge fra 13 år og „Empfänger unbekannt" for unge fra 15 år.

Alle teaterproduktioner er bevidst udformet som mobile forestillinger for at bringe kulturen ud til skolerne og daginstitutionerne. Teaterstykkerne suppleres af specielt udviklede aktiviteter før og efter stykket. Ud over selve forestillingerne har vi også et samarbejde med skoler og andre uddannelsesinstitutioner, f.eks. teaterklubber på skolerne, workshops, projektuger og efteruddannelsestilbud.

Hvilke metoder er karakteristisk for junges schauspiel lübeck?

For os har børnenes og de unges mening om stykket stor betydning. „Det er faktisk børnene og de unge selv, der er eksperter inden for det pågældende emne." (Tobias Horstmann) Både før og efter stykket taler vi med børnene om indholdet og om, hvordan de forstår og oplever de emner, stykket handler om.

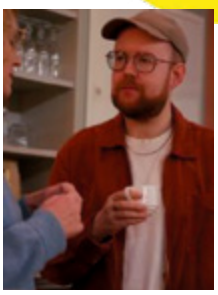
Skoleklasser eller børnehavegrupper inddrages i produktionen ved aktivt at deltage i prøverne og give feedback. På baggrund af denne feedback tilpasses stykkerne, så indhold, forståelighed og relevans fortsat afspejler børnenes og de unges egne erfaringer.



Katja Leistert



Michael Fuchs



Tobias Horstmann

© Fotos: junges Schauspiel Lübeck

Hvilken forskel gør teater på stedet rundt om i byen?

Vi ser vores teater som et bidrag til kulturelt engagement og lige muligheder. "Jeg tror, at vi som ordteater for det unge publikum i Lübeck er noget særligt, fordi vi er mobile og ikke kun spiller teater i klasseværelset. Vi sætter en rigtig teaterforestilling op i de dele af byen, hvor man normalt ikke møder kultur: Scenografi, skuespillere, professionelle teaterpædagoger og et teknisk team – og det sætter både skoler, daginstitutioner og børn og unge stor pris på." (Michael Fuchs).

Samtidig ønsker vi at præsentere teatret som en mulig fremtidig karrierevej ved, at børn og unge f.eks. møder skuespillere, instruktører eller sceneteknikere og på den måde lærer forskellige teatererhverv at kende.

Hvordan bliver junges schauspiel finansieret?

Projektet støttes af forskellige fonde, herunder Possehl-Stiftung, Kiwanis-Club, Rose-Stiftung og Michael-Haukohl-Stiftung har været med fra starten og hjulpet med at bygge det hele op. Derudover ydes der kommunal støtte fra "Kulturbüro" og området for skole og sport i Lübeck samt fra forskellige skoler og daginstitutioner.

Hvad er det, at jeres teater kan?

"Vores primære mål er forebyggelse: Vi vil gerne være med til at styrke børns selvfølelse, deres tro på egne evner og deres kreativitet." (Katja Leistert) Teaterstykket „Hey, hey, hey Taxi" handler om kreativ udvikling, hvor børn skriver eller tegner deres egne historier og derigennem kan udfolde deres evner og styrke troen på sig selv.

Et vigtigt tilbud er "skoleteaterklubberne": Børnene vælger selv emne, sted og roller og tager beslutninger i fællesskab. Dette er også med til at styrke børnenes demokratiske dannelse. Børnene bliver taget alvorligt i deres rolle som eksperter, og de får plads til at tænke kreativt, også som et alternativ til den mere vidensorienterede skole.

Et vigtigt tilbud er „skoleteater-klubberne"

Hvilken betydning har det tysk danske-samarbejde?

Studieturen har medført, at vi har indgået et samarbejde med Kompagni 47 i Næstved. Gennem udveksling på tværs af landegrænserne åbner der sig nye perspektiver for os, når elementer som dans, street art og hiphop kombineres med vores mere klassiske ordteater. „Vi har fundet et fælles sprog." (Tobias Horstmann). Vi er i gang med at planlægge en kulturel udveksling med skoleelever fra Tyskland og Danmark. „Det ville være fantastisk, hvis dette projekt førte til venskaber mellem tyske og danske skoleelever på tværs af den dansk-tyske grænse." (Katja Leistert).

Vores mål er en premiere i 2027 på teaterfestivalen i Næstved i Danmark, efterfulgt af en premiere i Lübeck. Det spændende for os er, at teater for børn og unge i Danmark normalt foregår uden teaterpædagogisk opfølgning, og det er her, vi kommer ind i billedet.

Hvor ser I junges schauspiel Lübeck om 10 år?

Vi ser os selv som supplement til byteatret og ønsker gennem vores tilbud til børn og unge at få flere folk til at gå i teater. En mulig vision er at skabe et teaterhus for børn og unge, altså for et ungt publikum, som også kunne benyttes af familier og turister som et kulturelt tilbud.

Men det mobile koncept ønsker vi på ingen måde at opgive: Vi vil fortsat at tage ud til de daginstitutioner, specialskoler og integrationsskoler, der ikke har mulighed for at tage på teaterudflugt, og spille teater dér. Vi vil gøre det muligt at tilbyde kulturel dannelse lokalt.

Kontakt: Katja Leistert, Carolin Mosler, Michael Fuchs, Tobias Horstmann, Et forebyggende teaterstykke "Mädchenschrift"
Mail: info@junges-schauspiel-luebeck.de
www.junges-schauspiel-luebeck.de



Rehabilitering i Tyskland

Asklepios Klinik Am Kurpark, Bad Schwartau

Asklepios Klinik am Kurpark i Bad Schwartau er et specialiseret center inden for ortopædi, gynækologi og psykosomatisk medicin.

Det terapeutiske tilbud omfatter både ambulante og stationære efterbehandlinger efter operative indgreb samt rehabiliteringsforløb inden for de tre områder: ortopædi, gynækologi og psykosomatik. Klinikken råder desuden over pladser til ambulant muskuloskeletal rehabilitering (AMR) og tilbyder også intern medicinsk behandling. Som en del af den supplerende faglige indsats behandles blandt andet luftvejssygdomme, hjerte-kar-sygdomme, stofskifteforstyrrelser og psykosomatiske udmattelsestilstande.

Kilde:
https://www.asklepios.com/bad-schwartau/
Kontaktperson: Stefan Meiser, direktion, Mail: s.meiser@asklepios.com



Rehabiliteringsklinikker i Tyskland: Struktur og særlige kendetegn

Lovgrundlag

Rehabiliteringsforanstaltninger i Tyskland er fastlagt i Sociallovbogen (SGB IX) samt i andre dele af sociallovgivningen. Det sikrer alle borgere en lovfæstet ret til medicinsk og erhvervsrettet rehabilitering, når behovet opstår.

Mangfoldighed og specialisering

Tyskland har omkring 1.600 rehabiliteringsinstitutioner, hvoraf cirka 1.000 er stationære klinikker under offentlig, non-profit eller privat drift. De er ofte specialiserede i forskellige sygdomsområder som ortopædi, kardiologi, onkologi eller psykosomatik. Mange er placeret i naturskønne, rolige omgivelser, der skal understøtte helingsprocessen.

Flere finansieringskilder

Udgifterne dækkes af forskellige instanser såsom sygesikringer, pensionsforsikring, ulykkesforsikring eller socialforvaltningen, afhængigt af hvilken type rehabilitering og hvilket behov der er tale om. Dette komplekse system gør det muligt at tilbyde en differentieret og individuelt tilpasset indsats.

Helhedsorienteret tilgang

Rehabilitering omfatter både medicinsk behandling, social støtte og hjælp til at vende tilbage til arbejdslivet. Målet er en helhedsorienteret genskabelse af helbredet og fuld deltagelse i samfunds- og arbejdslivet.

Ambulant og stationær behandling

Størstedelen af rehabiliteringen i Tyskland foregår stationært (ca. 80 %), men der findes også ambulante og delvist stationære tilbud samt mobile rehabiliteringsteams.



Aktuelle fakta om rehabiliteringsklinikker i Tyskland

- Der findes omkring 1.079 forebyggelses- og rehabiliteringsinstitutioner med i alt ca. 161.430 sengepladser (2023).
- Belægningsprocenten er ca. 81,5 %, og mere end 1,8 mio. patienter blev behandlet i 2023.
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. 25,5 dage.
- I alt er omkring 117.000 personer er beskæftiget inden for forebyggelse og rehabilitering, heraf ca. 10.600 læger.

De største operatører af rehabiliteringsklinikker i Tyskland (2025)

Operator	Antal klinikker	Antal senge	Faglige hovedområder
Deutsche Renten-versicherung	99	19.615	Intern medicin, onkologi, ortopædi, psykosomatik, pneumologi
MEDIAN Unternehmensgruppe B.V.	97	15.626	Ortopædi, neurologi, kardiologi, psykisk rehabilitering
Asklepios Kliniken GmbH	47	9.091	Psykiatri, neurologi, intern medicin, ortopædi
VAMED Care Holding Deutschland	18	3.455	Ortopædi, neurologi, intern medicin, onkologi, psykiatri

Deutsche Rentenversicherung er den største operatør med et bredt udbud af specialer og klinikker fordelt over hele landet.



Kilder:

- https://www.dasrehaportal.de/ratgeber/rehakliniken-zahlen-daten-fakten
- https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland
- https://www.klinikgruppe-drv-bund.de
- https://www.median-kliniken.de/de/
- https://www.familienratgeber.de/rechte-leistungen/gesundheit-und-reha/welche-reha-traeger-gibt-es
- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html
- www.access-platform.eu/wp-content/uploads/2020/07/Health-Care-Systems_de.pdf
- https://www.gesundheitsmarkt.de/liste-top-betreiber-rehakliniken-2025/
- https://www.bar-frankfurt.de/themen/zahlen-daten-fakten/branchenueberblick-medizinische-rehabilitation.html
- https://www.dasrehaportal.de/presse/auszeichnung-fuer-qualitaet-248-rehakliniken-erhalten-premium-siegel
- https://www.dasrehaportal.de/presse/das-rehaportal-veroeffentlicht-trendreport-2025-so-waehlen-patient-innen-ihre-rehaklinik
- https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2025/reha-info-012025/traegerue-bergreifende-ausgabenstatistik-2025.html
- https://klinikradar.de/rehakliniken



Rehabilitering i Danmark

I Danmark står kommunerne for den primære rehabilitering og genoptræning efter en operation, men det er lægen på hospitalet, der udarbejder en genoptræningsplan. Planen angiver, om patienten har brug for almen genoptræning, specialiseret genoptræning (på hospitalet) eller specialiseret rehabilitering (i kommunen), som derefter tildeles og visiteres til af kommunen.

Den 12. maj 2009 blev der mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og KL (Kommunernes Landsforening) aftalt en fælles strategi for udbredelse af initiativer, der kan bidrage til målrettede, veltilrettelagte og sammenhængende forløb for patienter med behov for rehabilitering.

Rehabilitering handler om at hjælpe mennesker med nedsat funktionsniveau, som følge af sygdom eller en ulykke mv., til bedst muligt at genetablere hverdagen med størst mulig selvhjulpenhed.

Rehabilitering er et kompliceret område, da indsatsen ofte involverer mange lovområder, sektorer og faggrupper. Man er blevet enige om, at udfordringerne skal løses i fællesskab ved at tage udgangspunkt i patientens behov frem for i sektorgrænser og faggrupper, så patienten oplever et sammenhængende forløb og får den rehabiliteringsindsats, patienten har behov for.

Rehabilitering drejer sig ikke om én enkelt indsats eller ét tiltag, men om sammenhæng på tværs af flere indsatser, f.eks. genoptræning, personlig og praktisk hjælp, hjemmehjælp, sygedagpengeopfølgning, specialundervisning mv., i et forløb tilpasset borgerens behov, ressourcer og målsætninger. Indsatserne ydes således efter forskellig lovgivning på sundhedsområdet, på beskæftigelsesområdet, på det sociale og på undervisningsområdet.

Samarbejde er derfor centralt indenfor rehabilitering, hvor flere faggrupper og sektorer kan have et ansvar for at identificere, visitere og følge op på hver sin del af patientens behov. Derfor er det afgørende, at der er et velfungerende og systematisk samarbejde mellem de relevante aktører og instanser om patienten, og at patienten inddrages aktivt.

Behovet for rehabilitering vil som udgangspunkt være meget forskelligt og vil f.eks. kunne afhænge af patientens sygdom og behandlingsforløb, af patientens sociale, psykiske, beskæftigelsesmæssige situation osv. Patientens evne til aktivt at tage hånd om sit liv, har også betydning for patientens behov for rehabilitering.

Nogle patienter vil derfor have behov for en omfattende rehabiliteringsindsats, hvor andre patienter slet ikke vil have behov for en rehabiliteringsindsats.

Derfor er det centralt, at rehabiliteringsindsatsen planlægges og gennemføres ud fra borgerens individuelle behov, og med borgeren som en aktiv medspiller.

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, 2010, Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen – organisering af indsatsen i kommuner og regioner: Forord og Indledning, s.3-4)



Beskrivelse af kommunernes og regionernes organisering af rehabiliteringsindsatsen

I det følgende beskrives centrale indsatsområder for en målrettet og sammenhængende rehabilitering:

- Vurdering af patientens behov, så patienten tilbydes relevant rehabilitering
- Samarbejde og koordination i patientens forløb på tværs af sygehus, almen praksis, og kommune, så patientens tilbydes et rettidigt og sammenhængende forløb
- Samarbejde og koordination mellem sektorer i udskrivelsesforløbet, så patienten ikke tabes i overgange
- Regionale og kommunale tiltag til at støtte patienten i at leve med sin sygdom og deraf følgende funktionsnedsættelse gennem patientrettet forebyggelse.
- Samarbejde og koordination i den kommunale indsats, så patienten oplever en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger i kommunen.

(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, 2010, Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen – organisering af indsatsen i kommuner og regioner: Beskrivelse af kommunernes og regionernes organisering af rehabiliterinsindsatsen, s.10)

Kommunernes hovedopgaver inden for rehabilitering omfatter tilbud om genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset, tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb for borgere med behov for pleje, samt tværfaglig koordination og borgerinddragelse for at sikre en sammenhængende indsats og forbedre borgerens funktionsevne. Kommunerne varetager også myndighedsansvaret og koordinerer indsatsen med regioner og sygehuse.

Kilder:

https://www.ism.dk/Media/7/D/rehabiliteringsindsatsen.pdf
https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationer/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf
https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver

KONTAKTOVERSIGT



Kontaktoversigt "Sundhed og Livskvalitet"

Danmark

Stine Torp Rehn, Mie Majgaard, Susanne Nicolaisen	Sundhedscenter Næstved Folkesundhed, konsulenter	✉ anktre@naestved.dk ✉ mimaj@naestved.dk ✉ snicol@naestved.dk
Annitta Nordkvist	Center for Sundhed og Ældre (CSA), Næstved Kommune, Centerchef	✉ annnpe@naestved.dk 🌐 www.naestved.dk/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud
Bithiah Egeberg Kiel	Sundhedscenter Maribo, Team Træning, Teamleder	✉ beki@lolland.dk 🌐 www.lolland.dk/borger/sundhed-og-stoette/hjaelp-og-pleje/genoptraening-og-vedligeholdelsestraening
Thomas Nielsen	Frivilligcenter Lolland, Maribo daglig leder	✉ thomas@frivilliglolland.dk 🌐 www.frivilliglolland.dk
Martin Løf Krøyer	Guldborgsund Kommune Sundhedskonsulent, Folkesundhed	✉ mlc@guldborgsund.dk 🌐 https://www.guldborgsund.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud
Mette Eskekilde	STU Næstved Undervisert	✉ meskek@naestved.dk 🌐 www.stuinaestved.dk
Cecilie Louise Stabell, Marie Sundstrøm	Headspace Lolland og Næstved, rådgiver	✉ cels@headspace.dk ✉ masn@headspace.dk 🌐 www.headspace.dk
Dr. Christoph Carl Arndt	Slagelse Sygehus Ortopædkirurgisk Afdeling, Håndkirurgisk Afsnit Overlæge	✉ ccar@regionsjaelland.dk



Tyskland

Maren Rohr	Sundhedsforvaltningen – Sundhedsplanlægning – Koordinator for Ostholstein Kommunale Sundhedskonference	✉ m.rohr@kreis-oh.de 🌐 www.kreis-oh.de/Soziales-Familie-Gesundheit/Gesundheitsamt/
Dr. Franziska Noll	Hansestaden Lübeck, Sundhedsforvaltningen, Afdelingsleder	✉ frankziska.noll@luebeck.de 🌐 www.luebeck.de/de/rathaus/verwaltung/gesundheitsamt/kinder-und-jugendaerztlicher-dienst/kinder-und-jugendaerztlicher-dienst
Kirsten Karrock	Kreis Ostholstein, Personaleafdelingen – Arbejdspladsens sundhedsfremme	✉ k.karrock@kreis-oh.de
Diana Bauder	Hansestaden Lübeck – Området for skole og idræt Koordinator	✉ Diana.Bauder@luebeck.de 🌐 www.luebeck.de/de/stadtleben/familie-und-bildung/schule/schule
Wiebke Sonnenberger	DIE BRÜCKE, Lübeck – Leder af den socialpædagogiske familiehjælp	✉ w.sonnenberger@die-bruecke.de 🌐 www.die-bruecke.de
Florian Kliem	Klinikskolen i Lübeck – Skoleleder	✉ florian.kliem@schule-sh.de 🌐 www.astrid-lindgren-schule-luebeck.de/klinikunterricht/klinikschule-uksh
Oliver Soyka	Specialklinikken Junges Leben, Diakonie Nord-NordOst ledende overlæge	✉ Oliver.Soyka@diakonie-nordnordost.de 🌐 www.diakonie-nordnordost.de/angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/fachklinik-jule
Dr. Kirstin Hartung	KISS-Lübeck: Kontakt- og Informationscenter for selvhjælpende grupper i Lübeck og Schleswig-Holstein, leder	✉ kiss-luebeck@kinderwege.de 🌐 www.kinderwege.de
Katja Leistert **Carolin Mosler**	Teaterstykket med forebyggende karakter: "Mädchenschrift" (Pigeskrift)	✉ info@junges-schauspiel-luebeck.de 🌐 www.junges-schauspiel-luebeck.de
Stefan Meiser	Asklepios Klinik Am Kurpark Bad Schwartau leder	✉ s.meiser@asklepios.com 🌐 www.asklepios.com/bad-schwartau/

ORDFORKLARING



Ordforklaring / Forkortelsesliste

AG	Arbejdsgiver
AMNOG	Loven om ny regulering af lægemiddelmarkedet
AN	Arbejdstager
AOLG	Arbejdsfællesskab for de højeste regionale sundhedsmyndigheder
AWMF	Arbejdsfællesskab for videnskabelige medicinske fagforeninger
AWO	Arbejdernes velgørenhedsorganisation
BAK	Forbundsapotekerkammer
BEM	Virksomhedsbaseret reintegrationsstyring
BfArM	Forbundsinstitut for lægemidler og medicinske produkter
BGF	Virksomhedsbaseret sundhedsfremme
BIP	Bruttonationalprodukt
BMG	Forbundsministerium for sundhed
BNP	Bruttonationalprodukt
BPA	Forbundsforening af private sociale serviceudbydere
BPI	Forbundsforening af den farmaceutiske industri
BZgA	Forbundscenter for sundhedsoplysning
COPSY	Corona og Psyke
DKG	Tysk sygehusforening
DRK	Tyske Røde Kors
EMA	European Medicines Agency
GKV	Lovpligtig sygeforsikring
GMK	Sundhedsministerkonference i delstaterne
HIV	Humant immundefektvirus
IMPP	Institut for medicinske og farmaceutiske eksamensspørgsmål
InEK	Institut for sygehusafregningssystemet
IQTIG	Institut for kvalitetssikring og transparens i sundhedsvæsenet
IQWiG	Institut for kvalitet og økonomi i sundhedsvæsenet
KBV	Forening af sygekasselæger
KHEntgG	Lov om afregning for fuld- og delstationære sygehusydelser
KHG	Sygehusfinansieringslov
KISS	Kontakt- og informationscenter for selvhjælpsgrupper
KV	Sygekasseforeninger
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation for økonomisk samarbejde og udvikling)
ÖGD	Offentlig sundhedstjeneste
p. P.	per person
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Privat sygeforsikring
PLO	Praktiserende lægers organisation (DK)
PsyGeSchuL	Fremme af psykisk sundhed i skoler i Lübeck
Reha	Rehabilitering
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sociallovbog
UKE	Universitetsklinikken Hamburg-Eppendorf

Sygehus / Hospital / Klinik
I Danmark bruges betegnelsen sygehus eller hospital typisk om offentlige institutioner, mens klinik anvendes om private enheder.