REHABILITERING OG CIVILSAMFUND

- SAMSPIL, ROLLER OG UDFORDRINGER



Rehabilitering og civilsamfund - Samspil, roller og Udfordringer
© 2026 Rehabiliteringsforum Danmark

Emneord: Rehabilitering, civilsamfund, funktionsevne, deltagelse, brobygning og fællesskaber
Sprog: Dansk
Versionsdato: Oktober 2026
Udgivet af: © Rehabiliteringsforum Danmark, oktober 2026
Arbejdet er støttet af: Rehabiliteringsforum Danmark
Layout: Company:k
Tryk: Tafdrup & CO ApS, Grafisk Design & Produktion
Sprogvask: Birgitte Vange
Bogen er sat med: Trade Gothic
Oplag: 1.000 stk.
Udgave: 1. udgave, 1. oplag
ISBN: ISBN 978-87-93657-62-51
Rehabilitering og civilsamfund. Trykt version
ISBN online: ISBN 978-87-93657-63-2
Rehabilitering og civilsamfund. Elektronisk version
Redaktion/forfattere: Randi Steensgaard og Britta Quistgaard
Medforfattere: Bodil Bjørnshave Noe, Bjarne Ibsen, Emilie Benn Østergaard, Julie W. Oscilowski, David Vincent Nielsen, Signe Mathilde Dalsgård, Diana Stentoft, Stine Bøgh Pedersen, Kristina Louise Bliksted, Jan Sau Johansen, Thomas Maribo, Norea E. Thomas, Birgitte Bjørkman, Bente Ovesen og Viggo Rasmussen

Denne publikation citeres således:
Steensgaard R, Quistgaard B, (red.). Rehabilitering og civilsamfund: Samspil, roller og udfordringer, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2026.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Rehabiliteringsforum Danmark
Evald Krogs Gade 9
8000 Aarhus C
Tlf. 7841 4440
E-mail: info@rehabiliteringsforum.dk
Hjemmeside: www.rehabiliteringsforum.dk

Udgivelsen kan bestilles og downloades ved www.rehabiliteringsforum.dk – under udgivelser

REHABILITERING OG CIVILSAMFUND

- SAMSPIL, ROLLER OG UDFORDRINGER

Rehabiliteringsforum Danmark



INDHOLD

Forord **6**

Indledning **7**

Et meningsfuldt liv med nedsat funktionsevne **8**
Klassifikation af helbredstilstand 8
Funktionsevne i hverdagslivet 10

Civilsamfundets rolle og betydning i rehabilitering **10**
Politiske visioner 10
Civilsamfundet som sektor, fællesskaber og relationer 11
En sektor med egen logik og organisatorisk ramme 12
Fællesskaber, relationer og deltagelse 13
Rehabilitering på tværs af sektorer og hverdagsliv 15

Civilsamfundet i praksis **16**
Fra kommunale sundhedsforløb til forenings- og fritidsfællesskaber 16
Systematisk brobygning understøtter fastholdelse 17
Geografisk nærhed styrker deltagelse 18
Når kommunen åbner døren til fællesskabet 20
Gradvis ind i fællesskabet 22
Fra afhængighed til øget selvstændighed 24
Foreningsliv, der forlænger rehabiliteringen 26
Peer-baseret støtte til et aktivt liv med synstab 28
Når levede erfaringer møder faglig ekspertise 30

Udfordringer i samspillet mellem rehabilitering og civilsamfund **33**
Gråzoner mellem ansvar og supplement 33
Hvor meget kan civilsamfundet forpligtes? 34
Hvem sikrer de gode overgange? 35
Hvem skal tilpasse sig - den enkelte eller fællesskabet? 36
Hvem får adgang til civilsamfundets muligheder? 36

Hvordan udvikler vi fremtidens rehabilitering **38**

Forfattere og redaktører **40**
Medforfattere 40
Øvrige bidragsydere 40

Referencer 41

FORORD

Rehabilitering handler om langt mere end de offentlige rehabiliteringstilbud. Om et rehabiliteringsforløb står sin prøve, kan først afgøres, når personen i rehabilitering møder hverdagen og skal fastholde aktivitet, deltagelse og livskvalitet i de fællesskaber, som giver livet mening.

Netop derfor er interessen for civilsamfundets rolle i rehabilitering vokset markant. Patientforeninger, idrætsforeninger, frivillige organisationer, lokale fællesskaber og peer-netværk kan bidrage med noget, som de offentlige rehabiliteringstilbud kun i begrænset omfang kan tilbyde: relationer, fællesskab, erfaringsbaseret støtte og muligheder for at deltage aktivt i hverdagslivet. Samtidig rejser udviklingen en række spørgsmål om ansvar, roller og samarbejde. Hvad er civilsamfundets særlige bidrag? Hvor går grænsen mellem offentligt ansvar og frivilligt engagement? Og hvordan udvikler vi samarbejder, der tager afsæt i både personens behov og civilsamfundets værdier og logikker?

Rehabilitering og civilsamfund - Samspil, roller og udfordringer er skrevet med ønsket om at kvalificere denne debat. Hæftet samler centrale perspektiver på civilsamfundets rolle i rehabilitering og illustrerer dem gennem en række eksempler fra kommuner, patientforeninger og andre civilsamfundsaktører. De viser, at civilsamfundet kan bidrage på mange måder – fra brobygning mellem kommunale tilbud og lokale fællesskaber til peer-støtte, erfaringsbaseret viden og sociale netværk.

Samtidig peger de på, at et godt samspil forudsætter tydelige roller, gensidig respekt og en forståelse for de forskellige tankegange, som præger henholdsvis rehabiliterings-systemet og civilsamfundet. Med afsæt i eksemplerne identificerer hæftet en række udfordringer, der knytter sig til samspillet mellem rehabilitering og civilsamfund: ansvar, overgange, deltagelse, ulighed, frivillighed og professionalisering.

Hæftet er ikke en håndbog med færdige løsninger og enkelte svar. Ambitionen er at skabe et fælles grundlag for refleksion, debat, dialog og videre udvikling blandt professionelle, ledere, studerende, beslutningstagere og civilsamfundets mange aktører. Vi håber, at hæftet kan inspirere til nye samarbejder og bidrage til en bredere forståelse af, at rehabilitering er en proces, der både foregår ved professionelle indsatser, men også i de fællesskaber og den hverdag, hvor mennesker lever deres liv.

Thomas Maribo
Formand Rehabiliteringsforum Danmark
Professor, Aarhus Universitet og forskningsleder,
DEFACTUM, Region Midtjylland

INDLEDNING

Hvordan kan civilsamfundet understøtte, at personer med behov for rehabilitering får et liv med meningsfulde aktiviteter og fællesskaber?

Dette temahæfte sætter fokus på samspillet mellem rehabilitering og civilsamfund. Formålet er at skabe et fælles grundlag for at forstå, drøfte og udvikle, hvordan civilsamfundets ressourcer kan indgå i rehabilitering. Hæftet samler centrale begreber, viden og erfaringer fra praksis for at understøtte dialog og samarbejde mellem aktører på tværs af de to områder.

Først beskrives rehabilitering og funktionsevne med udgangspunkt i Hvidbog om rehabilitering og WHO's beskrivelse af helbredstilstand (International Classification of Functioning, Disability and Health). Herefter belyses civilsamfundets rolle i rehabilitering med en række eksempler fra forskellige områder. Afslutningsvis drøftes de vilkår, udfordringer og perspektiver, der knytter sig til samspillet mellem rehabilitering og civilsamfund.

ET MENINGSFULDT LIV MED NEDSAT FUNKTIONSEVNE

Al rehabilitering bør tage afsæt i personens liv, behov og ønsker.

Hvidbog om rehabilitering (2022) tager udgangspunkt i følgende definition: *"Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation".*[1]

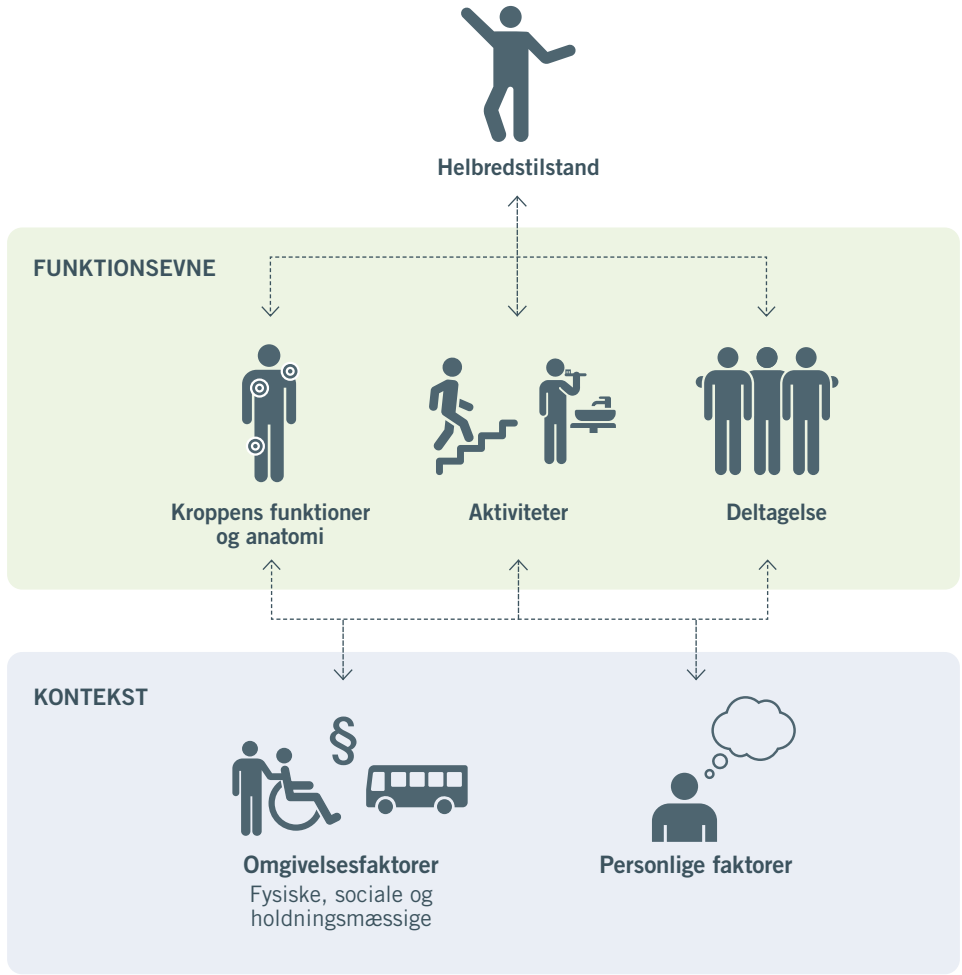
Dette indebærer, at rehabilitering ikke kun retter sig mod sygdom eller tab af funktion, men mod personens muligheder for at leve et liv i tråd med egne ønsker og mål. De indsatser, der ydes, skal understøtte et aktivt hverdagsliv.

Funktionsevne er et udtryk for, hvordan en person fungerer i hverdagen. Den afhænger af samspillet mellem kroppens funktioner og anatomi, samt personens handlinger, opgaver og deltagelse i sociale aktiviteter. Den betinges af de personlige forhold og omgivelser, der præger tilværelsen. Funktionsevne er altså ikke en statisk egenskab ved personen, men udvikles i samspil med omgivelserne.[2]

Personer med nedsat funktionsevne lever ofte komplekse og foranderlige liv. For nogle opstår behovet for rehabilitering som følge af en akut sygdom eller skade. Andre lever med kroniske eller progredierende lidelser, hvor behovet ændrer sig over tid. Fælles for dem er, at rehabilitering skal understøtte den enkeltes mulighed for at leve et meningsfuldt liv med størst mulig aktivitet, deltagelse, mestring og livskvalitet.

KLASSIFIKATION AF HELBREDSTILSTAND

WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) anvendes i *Hvidbog om rehabilitering* som en referenceramme for beskrivelse, forståelse og klassifikation af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til en persons helbredstilstand.[1]



Figur 1: Sammenhængen mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekst jf. WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-modellen).[1]

Det centrale er ikke de enkelte komponenter, men samspillet mellem dem. En begrænset deltagelse i hverdagslivet kan f.eks. skyldes en kombination af nedsat fysisk funktion, manglende mulighed for transport og usikkerhed om egen formåen. Omvendt kan støttende relationer, selvtillid og let adgang til meningsfulde aktiviteter styrke personens deltagelse og dermed også funktionsevnen.

ICF-modellen flytter således fokus fra sygdom til personens muligheder for at fungere og deltage i de aktiviteter og fællesskaber, der har betydning. To personer med samme diagnose kan derfor have forskellig helbredstilstand, muligheder for aktivitet og deltagelse afhængig af deres ressourcer, ønsker og omgivelser.

FUNKTIONSEVNE I HVERDAGSLIVET

Den professionelle indsats er en væsentlig del af rehabiliteringen, men funktionsevne udvikles og vedligeholdes ikke alene i mødet med de professionelle. Den udvikles i et konstant samspil mellem personen og de sociale fællesskaber, fysiske og organisatoriske rammer, som deres liv udfolder sig i. Derfor kan der være behov for støtte til at fastholde aktivitet, deltagelse og mestring både under, mellem og efter de formelle rehabiliteringsforløb.

Når et rehabiliteringsforløb afsluttes, fortsætter hverdagslivet. De mål og den funktionsevne, der er opnået, skal omsættes og vedligeholdes dér, hvor personen lever sit liv. Støttende omgivelser og mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter og fællesskaber har derfor stor betydning for, hvordan funktionsevnen udvikler sig over tid.

Denne forståelse af rehabilitering og funktionsevne er udgangspunkt for de følgende kapitler, som udfolder betydningen af personens omgivelser og samspil med civilsamfundet. Dette er i tråd med Hvidbogens fremhævelse af "andre relevante parter", herunder foreninger, netværk, frivillige og lokale initiativer, som har potentiale til at styrke sammenhængen i rehabilitering på tværs af sektorer og livsfaser.[1]

CIVILSAMFUNDETS ROLLE OG BETYDNING I REHABILITERING

POLITISKE VISIONER

I Danmark bygger politik på rehabiliteringsområdet på fire bærende principper: lighed, kompensation, sektoransvar og solidaritet.[3,4]

Disse principper udgør den værdimæssige og strukturelle ramme for, hvordan samfundet skaber lige muligheder for personer med nedsat funktionsevne.

Særligt princippet om kompensation understreger, at samfundet skal yde støtte og tilpasning, som gør det muligt for personer med nedsat funktionsevne at leve et liv på lige fod med andre. Dette ansvar rækker ud over den offentlige indsats og omfatter også omgivelser, fællesskaber og civilsamfund, som skal bidrage til social inklusion og deltagelse.

Solidaritetsprincippet skaber en forventning om, at civilsamfundet bidrager og tager medansvar for, at alle personer kan deltage i sociale, kulturelle og samfundsmæssige sammenhænge.

Civilsamfundet er en medskabende aktør i at gøre de politiske idealer til virkelighed ved:

- at vejlede om rettigheder og muligheder
- at tilbyde støtte, rådgivning og peer-erfaringer
- at støtte personer i at navigere i og skabe overblik over offentlige tilbud og systemer
- at skabe fællesskaber, hvor personer med nedsat funktionsevne kan deltage på egne præmisser.[5,6]

Flere undersøgelser og politiske initiativer fremhæver, at civilsamfundet spiller en rolle i at mindske social og geografisk ulighed i sundhed og styrke livskvalitet blandt personer med nedsat funktionsevne.

Danske Patienter beskriver i det politiske indspil: "*Civilsamfundet – en vigtig støtte i et liv med sygdom*", hvordan patient- og pårørendeforeninger tilbyder netværk, rådgivning og erfaringsudveksling.[5] Gennem frivilligt engagement, sociale aktiviteter og peer-støtte forventes civilsamfundet at mindske social isolation og styrke personers evne til mestring. Begge dele har væsentlig betydning for udbyttet af et rehabiliteringsforløb.[7]

Danske Regioner fremhæver i deres samarbejdsstrategi, at civilsamfundet skal inddrages aktivt i indsatsen mod social ulighed i sundhed. De påpeger, at frivillige organisationer og patientforeninger har specialiseret viden om livet med kronisk sygdom og kan bidrage til mere helhedsorienteret rehabilitering.[6]

Dansk forskning peger på, at lokale fællesskaber kan styrke sundhed og trivsel og fremme social inklusion.[8] Rapporten "*Lokalesamfundsbaseret sundhedsmobilisering: en nød at knække eller en glidebane*" belyser civilsamfundets voksende rolle i udviklingen af lokale løsninger. Den problematiserer samtidig, at et øget ansvar for velfærd og sundhed kan blive lagt over på lokalsamfundene.[9]

Civilsamfundets betydning understøttes således både af politiske ambitioner og af forskning, der peger på fællesskabers, frivillighedens og organisationers bidrag til social inklusion, deltagelse og sundhed.

Hvad Civilsamfundet omfatter, er imidlertid ikke klart defineret. Begrebet er bredt og omdiskuteret og forstås og anvendes forskelligt på tværs af forskning, politik og praksis. Det er derfor relevant at se nærmere på, hvordan civilsamfundet kan beskrives, og hvilke aktører og aktiviteter begrebet omfatter.

CIVILSAMFUNDET SOM SEKTOR, FÆLLESSKABER OG RELATIONER

Organisationer og aktører i Civilsamfundet har det til fælles, at de ikke er defineret af den offentlige sektors regler og logikker. De bliver typisk til på initiativ fra personer, som selv bestemmer organisationens formål og regler. Det er også karakteristisk, at de ikke har profit for øje, men anvender alle indtægter til at understøtte organisationens formål.

Endelig har frivilligt arbejde, medlemsdemokrati og det personlige engagement stor betydning i organisationerne. Civilsamfundet omfatter mange tusinde små foreninger, der primært drives af frivillig arbejdskraft, men også større foreninger og landsorganisationer. Til disse hører patientforeninger med høj faglig ekspertise og selvejende institutioner, hvor de fleste har driftsoverenskomst med det offentlige.

Civilsamfundet kan anskues ud fra både et organisatorisk og et relationelt perspektiv. På den ene side kan det forstås som en særskilt samfundssektor med egne institutioner, værdier og handlelogikker. På den anden side kan det forstås som fællesskaber og relationer, der understøtter personers deltagelse i samfundslivet. Perspektiverne er forskellige, men de supplerer hinanden og giver tilsammen en bredere forståelse af civilsamfundets rolle.

En sektor med egen logik og organisatorisk ramme

Civilsamfundet kan forstås som en sektor, der adskiller sig fra den offentlige sektor, markedet og den private sfære (familie og nære relationer).[10-12]



Figur 2: Samfundets sektorer og deres styrende logikker.[13]

I Figur 2 er samfundet inddelt i fire sektorer, som adskiller sig fra hinanden i deres styrende principper og logikker.

I den offentlige sektor er staten den dominerende aktør, og politisk bestemte regler og bureaukrati udgør den styrende logik. I den private sektor er markedet den dominerende aktør, hvor profit er den primære styrende logik. I den uformelle sektor er fællesskabet det bærende element, hvor sociale relationer og gensidighed er den styrende logik. Civilsamfundets foreninger og organisationer, som ofte bliver omtalt som den frivillige sektor, befinder sig i midten, fordi de hverken tilhører den offentlige sektor, den kommercielle sektor eller den uformelle sektor, selvom de i varierende grad er påvirket af de andre sektorers logikker.[11,12]

Civilsamfundet som sektor omfatter blandt andet:

> frivillige foreninger
> patientforeninger og landsorganisationer
> selvejende institutioner (fx frie skoler og sociale institutioner)
> almennyttige fonde
> andre organiserede fællesskaber.

Fællesskaber, relationer og deltagelse

En anden tilgang beskriver civilsamfundet som lokale fællesskaber, foreninger og netværk. Det omfatter både formelle foreninger og mere uformelle former for lokalt engagement, herunder lokale netværk, naboskab, sociale aktiviteter og fællesskaber, hvor borgere hjælper hinanden.[8,9,14]

Her handler civilsamfund ikke kun om organisationer, men også om:

> uformelle grupper
> lokale netværk
> erfaringsfællesskaber
> sociale aktiviteter og interessefællesskaber
> nabolag og hverdagsfællesskaber
> digitale fællesskaber.

Denne forståelse af civilsamfundet rækker ud over de formelle organisationer og omfatter også de relationer, netværk og fællesskaber, som indgår i personens hverdagsliv. Civilsamfundet forstås dermed bredt og omfatter både organiserede foreninger, frivillige organisationer og mere uformelle fællesskaber.

Netop denne brede forståelse er relevant i rehabilitering, fordi den tydeliggør den betydning, som fællesskaber, relationer og deltagelse har i hverdagslivet. Ved at inddrage både organiserede og uformelle fællesskaber åbnes der samtidig flere muligheder for at nå og støtte personer, som ikke selv opsøger eksisterende tilbud.

Mange civilsamfundsorganisationer gør en målrettet, ekstra indsats for at nå personer i en sårbar situation. Det sker ofte i samarbejde med kommuner, læger, det lokale erhvervsliv, boligforeninger, pårørende og naboer.

Selvom civilsamfundet ofte forbindes med ideelle værdier som frivillighed, uegennyttighed, fællesskab og demokratisk læring, er det samtidig vigtigt at være opmærksom på, at civilsamfundet ikke altid fungerer inkluderende. Foreninger og organisationer kan have et snævert interessefokus og dermed virke ekskluderende for personer, der ikke oplever sig som en del af det pågældende interessefællesskab.[11]

Set i et rehabiliteringsperspektiv rummer civilsamfundet således et væsentligt potentiale, men det er et potentiale, der ikke udfolder sig af sig selv. Ikke alle foreninger og frivillige organisationer har interesse i eller forudsætninger for at tilbyde aktiviteter til personer i en sårbar situation eller med nedsat funktionsevne. Et samarbejde med civilsamfundet må derfor tage afsæt i og tage højde for de involverede foreningers og organisationers formål, kultur, logikker og arbejdsvilkår.



REHABILITERING PÅ TVÆRS AF SEKTORER OG HVERDAGSLIV

Rehabilitering forbindes ofte med aktiviteter i den offentlige sektor (sygehuse og sundhedscentre) eller den kommercielle sektor (fx. fysioterapi), hvor ansatte med faglig ekspertise står for øvelser og træning. Rehabilitering og genoptræning finder imidlertid også sted i hjemmet, i foreninger eller i andre sammenhænge. Det viste en stor undersøgelse af voksne danskeres bevægelsesvaner, som Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund foretog i 2020. 163.000 personer besvarede et spørgeskema, som omhandlede forskellige former for fysisk aktivitet i hverdagen, under transport, i arbejdsliv og fritid. Her svarede respondenterne også på, om de inden for det seneste år havde deltaget i 'rehabilitering eller genoptræning', hvor ofte det skete og i hvilke sammenhænge.[16]

Undersøgelsen viste, at rehabilitering og genoptræning primært finder sted i privat eller kommercielt regi, hvor 10 % af personer med længerevarende sygdom eller handicap modtager et tilbud. Tilsvarende modtager 10 % rehabilitering eller genoptræning i hjemmet, mens færre benytter tilbud på sygehus (3 %) eller i kommunalt regi (8 %). Rehabilitering og genoptræning i hjemmet og i andre sammenhænge foregår ofte flere gange om ugen. I offentligt eller kommercielt regi finder træningen typisk sted én gang om ugen eller sjældnere.

Det er som forventet især personer med et handicap eller en langvarig sygdom, som er i rehabilitering eller genoptræning (23 % mod kun 7 % af øvrige personer). Personer, der deltager i rehabilitering og genoptræning, vurderer da også deres fysiske helbred dårligere, end personer der ikke deltager i sådanne aktiviteter.[15]

Analysen viser således, at mange fortsætter i rehabilitering efter udskrivelse fra hospitalet, hvor en stor del foregår uden for kommune og hospital. Der er derfor behov for at skabe gode alternativer i civilsamfundet.

CIVILSAMFUNDET I PRAKSIS

De følgende eksempler giver et indblik i, hvordan civilsamfundet i praksis kan bidrage til rehabilitering på tværs af forskellige målgrupper, livssituationer og organisationer. De illustrerer, hvordan civilsamfundets aktører og fællesskaber kan understøtte menneskers muligheder for at leve et hverdagsliv med aktivitet og deltagelse i fællesskaber.

Eksemplerne bevæger sig fra samarbejde mellem kommunale rehabiliteringsindsatser og civilsamfundets aktiviteter til de fællesskaber, relationer og støtteformer, som kan hjælpe personer videre i livet.

Først beskrives eksempler på brobygning mellem rehabiliteringsforløb og deltagelse i forenings- og fritidsfællesskaber. Herefter vises, hvordan fællesskaber, social henvisning og følgeskab kan understøtte deltagelse for personer, der har behov for støtte til at komme i gang med nye aktiviteter og sociale sammenhænge. Derefter belyses patient- og interesseorganisationers bidrag til fortsat rehabilitering, peer-støtte og samfundsdeltagelse. Endelig illustreres, hvordan erfaringsbaseret viden sammen med faglig ekspertise kan bidrage til udvikling, forebyggelse og videndeling på tværs af rehabiliteringsfeltet.

Eksemplerne giver et billede af civilsamfundets mange roller i rehabilitering: som brobygger, fællesskab, støttefunktion, interesseorganisation og vidensaktør. De danner afsæt for de udfordringer og perspektiver, der behandles i de følgende afsnit.

FRA KOMMUNALE SUNDHEDSFORLØB TIL FORENINGS- OG FRITIDSFÆLLESSKABER

Siden de danske kommuner i 2007 fik ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, har mange kommuner søgt at inddrage relevante foreninger i nogle af disse indsatser. En mindre undersøgelse fra 2018 viste, at samarbejdet mellem kommunale sundhedscentre og foreninger var almindeligt.[16]

Aarhus og Thisted Kommuner har arbejdet målrettet på at bygge bro mellem kommunale rehabiliteringsforløb og civilsamfundets aktiviteter. Begge de kommunale tilbud støtter overgangen fra kommunale rehabiliteringsforløb til varig deltagelse i aktiviteter og fællesskaber. Derudover styrker de mulighederne for fortsat fysisk aktivitet, social deltagelse og vedligeholdelse af funktionsevne efter et afsluttet kommunalt forløb.

Eksemplerne illustrerer således, hvordan brobygning mellem kommunale rehabiliteringsforløb og civilsamfundets aktiviteter kan understøtte personers overgang til et aktivt hverdagsliv. Samtidig viser undersøgelserne af de to tilbud, at varig deltagelse i fællesskaber sjældent opstår gennem information alene, men kræver relationel støtte, opfølgning og samarbejde på tværs af organisatoriske grænser. Eksemplerne synliggør, at succesfuld brobygning forudsætter gensidig forståelse af kommunens og civilsamfundets forskellige formål, logikker og rammevilkår.

SYSTEMATISK BROBYGNING UNDERSTØTTER FASTHOLDELSE

I Aarhus Kommune omfatter brobygningen både information om aktivitetsmuligheder, individuel vejledning, fysisk følgeskab og økonomisk støtte til deltagelse. Derudover følges der systematisk op med henblik på at fastholde deltagelsen. Da erfaringerne viser, at ikke alle foreninger og fritidsfællesskaber formår at inkludere personer, der er sårbare eller har nedsat funktionsevne, samarbejder man med udvalgte foreninger og fællesskaber.

AARHUS KOMMUNE

- Brobygningsindsatsen er forankret i afdeling for Sundhed og Forebyggelse.
- Fastansatte medarbejdere støtter overgangen fra kommunale rehabiliteringsforløb til forenings- og fritidsfællesskaber.
- Indsatsen kan omfatte information om aktiviteter, individuel vejledning, fysisk følgeskab og økonomisk støtte til deltagelse.
- Der følges systematisk op på deltagernes situation efter tre måneder.
- Samarbejdet er primært etableret med udvalgte foreninger og fællesskaber, som er vante til at tage imod personer i sårbare situationer.[17]

Brobygningens succes afhænger i høj grad af den enkelte brobyggers relationelle kompetencer, erfaring og faglige dømmekraft. Indsatsen kan derfor være sårbar ved fravær, udskiftning eller begrænset kapacitet. Undersøgelsen peger samtidig på, at brobygningen især lykkes, når parterne mødes på borgerens hjemmebane.

Overgangen fra et kommunalt tilbud til deltagelse i foreninger og fællesskaber er særligt skrøbelig i startfasen og når støtten trappes ned. Frafald sker ofte på grund af små praktiske udfordringer. Det kan forhindres, hvis der arbejdes systematisk med opfølgning og løbende afstemning med personernes ønsker, ressourcer og handlekraft.[17]

GEOGRAFISK NÆRHED STYRKER DELTAGELSE

I Thisted Kommune er rehabiliteringsindsatsen placeret i Thy Hallen sammen med foreninger, aftenskoler og andre fritidsaktiviteter. Dermed møder personerne allerede under rehabiliteringsforløbet de fællesskaber og aktiviteter, som de kan deltage i efterfølgende. Et forløb betragtes først som afsluttet, når personen er i stand til at fortsætte i et relevant fællesskab.

THISTED KOMMUNE

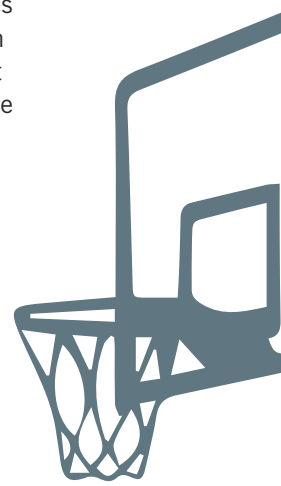
- Brobygningsindsatsen er forankret i kommunens afdeling for Træning og Rehabilitering.
- Afdelingen er placeret i Thy Hallen sammen med idrætsforeninger, aftenskoler og andre fritidsaktiviteter.
- Samarbejdet varetages af terapeuter og foreningskonsulenter i dialog med foreninger og aftenskoler.
- Aktiviteterne er organiseret geografisk efter by og lokalområde, så borgerne kan deltage tæt på, hvor de bor.
- Et rehabiliteringsforløb afsluttes først, når personen er parat til at fortsætte i et relevant fritids- eller foreningsfællesskab.[18]

Erfaringerne fra Thisted Kommune viser, at geografisk nærhed mellem den kommunale rehabilitering og civilsamfundets aktiviteter kan øge chancen for, at træning fører til fritidsliv. Når rehabilitering og foreningsaktiviteter foregår i samme fysiske miljø, bliver overgangen mere naturlig og overskuelig.

Men overgangen kan fortsat være sårbar, særligt i en geografisk stor kommune, hvor personer efterfølgende skal videre til aktiviteter uden for det fælles miljø. Erfaringerne viser, at succesfuld brobygning forudsætter en relationel og vedholdende opfølgning, også selvom personen ikke tager initiativ til kontakt eller deltagelse.

Endelig kræver et velfungerende samarbejde forståelse for forskellige organisatoriske logikker og en tydelig afklaring af roller og ansvarsgrænser mellem kommune og civilsamfund. Foreningernes motivation for at deltage i brobygning varierer og hænger tæt sammen med deres formål, værdier og selvforståelse. Nogle foreninger ser brobygning som en naturlig del af deres virke, mens andre oplever det som et brud med deres kerneopgave.[18]

Erfaringerne fra Aarhus og Thisted peger på, at brobygning ikke alene handler om at informere om aktiviteter og fællesskaber. Den kræver relationel støtte, opfølgning og samarbejder, der tager højde for personernes behov, civilsamfundets logikker og rammevilkår. Det er særligt i overgangen mellem rehabiliteringsforløb og hverdagsliv, at brobygning kan bidrage til at understøtte fortsat deltagelse, fysisk aktivitet og tilknytning til meningsfulde fællesskaber.





NÅR KOMMUNEN ÅBNER DØREN TIL FÆLLESSKABET

Genkendelige og trygge fællesskaber kan fungere som bro mellem kommunale rehabiliteringstilbud og civilsamfundets aktiviteter. Træning handler ikke alene om fysisk funktionsevne, men også om trivsel, tilhørsforhold og muligheder for socialt samvær. Samtidig peger dette eksempel på, at målgrupper med komplekse livsvilkår ofte har behov for aktiv brobygning og støtte, hvis overgangen til vedvarende deltagelse i fællesskaber skal lykkes.

FAKTI

- Et kultur- og aktivitetshus for kvinder med flygtninge- og indvandrerbaggrund, som tilbyder et trygt, inkluderende og kravfrit fællesskab for kvinder i alle aldre og med forskellige baggrunde.
- Tilbyder dansk- og samfundsundervisning, yoga, gymnastik og mavedans samt rådgivning ved socialrådgiver og sygeplejerske.
- Driver en terapeutisk have med fælles aktiviteter og socialt samvær med fokus på empowerment og trivsel.
- Samarbejder med Københavns Kommune om afprøvning af nye former for brobygning mellem kommunale tilbud og civile fællesskaber.
- FAKTI kræver ikke medlemskab.[19]

I Københavns Kommunes Center for genoptræning arbejder man med at skabe forbindelse mellem personer i kommunale forebyggelsesforløb og civilsamfundets muligheder for fortsat træning og deltagelse i fællesskaber. Brobyggerne har især fokus på personer, som har behov for ekstra støtte for at deltage i aktiviteter uden for kommunens tilbud.

Brobygning er et relativt nyt indsatsområde, og Center for genoptræning afprøver derfor forskellige metoder, rettet mod forskellige målgrupper og behov.

Et af disse initiativer er samarbejdet med FAKTI, hvor et kommunalt ryghold for kvinder med minoritetsbaggrund er flyttet fra centeret til FAKTIs kultur- og aktivitetshus. Træningen varetages fortsat af kommunalt ansatte terapeuter, men foregår dér, hvor kvinderne også kan deltage i foreningens aktiviteter og fællesskaber.

Formålet er at undersøge, om genkendelige og trygge rammer kan understøtte kvindernes deltagelse i træning og samtidig lette overgangen til vedvarende aktivitet og fællesskab. Tanken er, at kvinderne gennem tilknytningen til FAKTI kan fortsætte en aktiv hverdag efter afslutningen af det kommunale forløb og dermed leve et bedre liv med kroniske rygsmerter.

Flere af kvinderne på holdet har komplekse helbredsproblemer, smerter og begrænset træningserfaring. Mange har et lille økonomisk råderum, og de oplever barrierer i forhold til transport, sprog, kulturelle forhold eller andre belastninger i hverdagen. Disse forhold gør det vanskeligt både at deltage i kommunale tilbud og at fastholde fysisk aktivitet på egen hånd.

FAKTI er en relevant partner, da foreningen arbejder med samme målgruppe som det kommunale ryghold og kombinerer en bred vifte af aktiviteter, fællesskab og rådgivning.

Projektet startede i 2025 og evalueringen viser at en tredjedel af kvinderne havde benyttet FAKTIs tilbud ud over deltagelsen i genoptræningsforløbet. Yderligere 30% af kvinderne var interesserede i at benytte foreningens aktiviteter og fællesskaber. Projektet er fortsat i 2026, hvor tidspunktet for træningen blev justeret, og hvor en underviser fra FAKTI blev inddraget for at skabe bedre sammenhæng mellem genoptræningen og foreningens øvrige aktiviteter.

Det sociale fællesskab omkring træningen har stor betydning. Flere kvinder møder op før træningen og taler sammen bagefter. Brobyggeren møder også kvinderne i sansehaven, til yoga og ved FAKTIs sociale arrangementer.

Deltagerne fortæller, at træningen i FAKTI ikke alene har betydning for den fysiske funktionsevne. Den bidrager til øget trivsel, mindre social isolation og større motivation for at komme ud af hjemmet. For nogle er fællesskabet den primære drivkraft for deltagelse, mens den regelmæssige aktivitet hjælper andre med at håndtere smerter og fastholde de fremskridt, de har opnået i genoptræningen.

Brobyggerne ser, at kvinderne gradvist bliver mere fortrolige med både hinanden og foreningens tilbud. Flere benytter aktiviteter som yoga, danskundervisning og rådgivning, og der ses en udvikling, hvor deltagerne i stigende grad tager imod nye kvinder og bidrager til et inkluderende fællesskab.

GRADVIS IND I FÆLLESSKABET

Social henvisning og personlig brobygning kan hjælpe personer, der oplever ensomhed eller social isolation, ind i lokale aktiviteter og fællesskaber. Eksemplet fra Ældre Sagen viser samtidig, at deltagelse ofte kræver en gradvis og tryg tilgang, som tager udgangspunkt i personens ønsker, ressourcer og dagsform.

ÆLDRE SAGEN

- En landsdækkende medlemsorganisation, der arbejder for bedre vilkår, rettigheder og livskvalitet for ældre i Danmark.
- Tilbyder rådgivning om sociale, juridiske og økonomiske forhold.
- Skaber fællesskaber gennem lokale aktiviteter, kurser og frivilligt arbejde.
- Deltager aktivt i den offentlige debat om ældrepolitik og velfærd.
- Ældre Sagen er en af Danmarks største medlemsorganisationer med ca. 1.100.000 medlemmer samt lokale afdelinger i hele landet.[20]

Social henvisning er en forebyggende og helhedsorienteret tilgang, hvor sundheds-professionelle hjælper personer videre til lokale aktiviteter, fællesskaber og tilbud i civilsamfundet, når sociale, mentale eller praktiske forhold påvirker deres sundhed og trivsel. Formålet er at styrke deres funktionsevne, livskvalitet og mulighed for at deltage aktivt i hverdagslivet gennem meningsfulde fællesskaber og aktiviteter. Tilgangen bygger bro mellem sundhedsvæsenets, kommunens og civilsamfundets tilbud og giver mulighed for, at personen kan få en støtte, der ligger uden for den traditionelle behandling.

En midaldrende mand, Jens, bliver henvist af sin praktiserende læge til en brobygger i et projekt med social henvisning. Han er deprimeret; hans energiniveau og ressourcer svinger meget, og han har svært ved at tage initiativ og indgå i socialt samvær. Nogle dage er det en stor udfordring blot at komme ud ad døren.

Jens søger et nyt fællesskab – gerne med fokus på bevægelse såsom gåture og svømning – men er usikker på, hvad han kan overskue. Han taler med brobyggeren om et realistisk udgangspunkt, som tager højde for hans svingende ressourcer. De taler om at starte i det små og vælge et tilbud med fleksibilitet.

Brobyggeren finder en gå-gruppe for personer med psykisk sårbarhed, og han ledsager Jens til en indledende samtale. Opstarten er svær, og Jens er i tvivl om, hvorvidt han passer ind. Med eftersamtaler og støtte vælger han at fortsætte. Gradvist oplever Jens en stigende tryghed, og de ugentlige gåture bliver noget, han ser frem til.

Efter nogle måneder er Jens klar til at tage næste skridt og starter til svømning. Senere bliver han introduceret til en netværkscafé: et fællesskab for personer med lignende psykisk sårbarhed. Han deltager første gang sammen med brobyggeren, hvilket skaber en tryg overgang. Undervejs får Jens større tiltro til egne evner i sociale sammenhænge, og i dag har han fået et overskud, som gør at han i højere grad kan tage initiativ til aktiviteter i hverdagen.

Fortællingen om Jens illustrerer, at deltagelse i fællesskaber kan være en gradvis proces, der kræver støtte, tryghed og individuel tilpasning. Relationel brobygning kan hjælpe personer med psykisk sårbarhed til at overvinde barrierer for deltagelse og opbygge tro på egne muligheder. Samtidig kan små skridt og vedholdende støtte være afgørende for, at fællesskaber bliver en varig del af en persons liv og rehabiliteringsproces.



FRA AFHÆNGIGHED TIL ØGET SELVSTÆNDIGHED

En frivillig brobygningsindsats kan støtte personer i mødet med sundhedsvæsenet og skabe sammenhæng mellem behandling, rehabilitering og hverdagsliv. Samtidig viser dette eksempel, hvordan individuel støtte og følgeskab gradvist kan styrke en persons mestring, selvstændighed og deltagelse i egne rehabiliteringsforløb.

SOCIAL SUNDHED

- En landsdækkende nonprofitorganisation stiftet i 2013, som arbejder for at fremme social lighed i sundhed gennem brobygning til personer, der står sårbart eller udsat i mødet med sundhedsvæsenet og foreningslivet.
- Tilbyder relationelt og praktisk følgeskab til personer i sårbare eller udsatte positioner.
- De frivillige brobyggere er studerende på social- og sundhedsuddannelserne eller sundhedsprofessionelle og får erfaring med sårbarhed, udsatte positioner og de forhold og barrierer, der skaber ulighed i sundhed.
- Arbejder med to ligeværdige målgrupper: personer med behov for støtte her og nu samt kommende medarbejdere i velfærds- og sundhedssystemet.
- Social Sundhed bygger på principperne om gensidig læring, empowerment og recovery og er repræsenteret med lokale afdelinger og rådgivningstilbud i byer over hele Danmark.[21]

Hanne har haft flere svære oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Hun lever med diabetes og angst, og har et begrænset netværk. Hun kontakter rådgivningstelefonen hos Social Sundhed og beder om følgeskab i forbindelse med sine aftaler i sundhedsvæsenet.

Ved første aftale kommer brobyggeren hjem til Hanne. De følges ad med offentlig transport, hvilket beroliger Hanne, som ikke skal overskue afgange og tidspunkter. Hun har derfor mere overskud til dagens aftale. Undervejs taler de om, hvordan brobyggeren bedst kan støtte hende. Under samtalen med lægen, skriver brobyggeren notater og støtter hende i at stille de spørgsmål, hun har. Efter samtalen følges de hjem.

Hanne har en god kontakt og relation til sin rådgiver i Social Sundhed, og hun får efterhånden en større tro på sig selv. I begyndelsen har Hanne følgeskab til alle aftaler i sundhedsvæsenet, men med tiden bliver hun i stand til at tage af sted alene. Hun formår både at benytte offentlig transport og håndtere behandlingssituationen.

I dag får hun primært følgeskab til lægesamtaler, da hun stadig har brug for hjælp til at holde overblikket og forstå, hvad der bliver sagt. Undervejs ønsker Hanne også at starte i et kommunalt tilbud, hvor rådgiveren fra Social Sundhed støtter hende i at kontakte kommunen. Hanne får følgeskab af en brobygger de første par gange, indtil hun er fortrolig med tilbuddet og de andre deltagere på holdet. Efter afslutning af det kommunale rehabiliteringsforløb træner hun nu i et træningscenter sammen med en af de andre deltagere.



FORENINGSLIV, DER FORLÆNGER REHABILITERINGEN

Denne fortælling illustrerer, hvordan civilsamfundsaktører kan bidrage med vedvarende fællesskaber, erfaringsudveksling og fleksible tilbud, som understøtter personens mulighed for at vedligeholde funktionsevne og livskvalitet over tid.

ULYKKESPATIENTFORENINGEN

- En landsdækkende forening for personer med alvorlige følger efter en ulykke.
- Yder støtte og rådgivning til ulykkesramte og deres pårørende.
- Arbejder for at forbedre livsvilkårene for personer, der lever med konsekvenserne af en alvorlig ulykke.
- Tilbyder medlemsaktiviteter, netværk, arrangementer og rådgivning.
- UlykkesPatientForeningen driver Specialhospitalet for Polio- og Ulykkespatienter og HandicapBilistCentret.[22]

UlykkesPatientForeningens lokale træningstilbud, Move it, er for medlemmer, der lever med følger efter en alvorlig ulykke. Tilbuddet gennemføres i foreningens lokale kredse med uddannede trænere og omfatter forskellige former for træning, som tilpasses deltagernes behov og funktionsevne. Træningen kombinerer fysisk aktivitet med et fællesskab, hvor deltagerne kan møde andre i en lignende livssituation, udveksle erfaringer og støtte hinanden i at fastholde en aktiv hverdag.

Move it kan også tilbydes som online træning, hvilket giver mulighed for deltagelse hjemmefra. Dermed kan tilbuddet understøtte kontinuitet i træningen og fungere som en bro mellem et afsluttet rehabiliteringsforløb og den fortsatte vedligeholdelse af funktionsevne, mestring og livskvalitet.

Efter en alvorlig ulykke oplever Mette fortsat smerter, nedsat balance og udtrætning, da den kommunale genoptræning slutter. Hun har behov for både vedligeholdende træning og støtte til at håndtere hverdagen. En fysioterapeut anbefaler hende UlykkesPatientForeningens bevægelsestilbud Move it.

Mette starter på et fysisk træningshold, hvor øvelserne tilpasses hendes funktionsevne. Træningen foregår sammen med andre, som også har følger efter ulykker eller skader. Det giver Mette en følelse af sikkerhed og motivation til at fortsætte træningen.

Efter træningen drikker deltagerne kaffe og taler sammen – et lille, men vigtigt ritual. Mette kan spejle sig i andre og dele erfaringer om smerter, træning og udfordringer i hverdagen. Det mindsker følelsen af isolation og styrker hendes mestring.

Når energien er lav, eller smerterne er tiltagende, bruger Mette i stedet foreningens live stream træning eller online træningsvideoer. De digitale træningstilbud giver hende mulighed for at træne hjemme og tilpasse indsatsen til dagsformen. Dermed kan hun fastholde kontinuiteten uden at skulle bruge kræfter på transport eller leve op til et fast træningsprogram.

For Mette betyder det færre smerter og bedre balance, hvilket er afgørende for at fastholde hverdagsaktiviteter og undgå tilbagefald. Holdet skaber en fast rytme i ugen – noget, som ofte glipper, når det kommunale forløb slutter. Hun er mere energisk, har bedre humør og mere tro på, at hun kan håndtere sin hverdag.

For Mette bliver gruppen en ny kilde til social støtte, som hun ikke fik gennem det tidsbegrænsede offentlige rehabiliteringstilbud.



PEER-BASERET STØTTE TIL ET AKTIVT LIV MED SYNSTAB

Peer-baseret støtte kan være et vigtigt supplement til de formelle rehabiliteringsindsatser. Dette eksempel viser, at mødet med personer, som selv har erfaring med synstab, kan skabe håb, motivation og tro på egne muligheder, i en livssituation præget af store forandringer. Civilsamfundsaktører kan spille en central rolle som vejvisere, brobyggere og støttende samarbejdspartnere gennem hele rehabiliteringsforløbet og i overgangen til et aktivt hverdagsliv.

DANSK BLINDESAMFUND

> Arbejder rettighedsbaseret med afsæt i FN's handicapkonvention for at fremme blinde og svagsynedes inklusion og muligheder for deltagelse i alle aspekter af samfundslivet.

> Konsulentordningen er et landsdækkende tilbud, finansieret af Dansk Blindesamfund og en bevilling via Finansloven, som yder støtte og rådgivning til alle blinde og svagsynede i Danmark, uanset medlemskab.

> Ordningen drives af socialrådgivere og lokale konsulenter, der selv har et synshandicap og arbejder ud fra en peer-to-peer-tilgang, hvor både faglighed og det levede liv med et synshandicap er i spil.

> Dansk Blindesamfund blev grundlagt i 1911 og har medlemmer i alle aldre.[23]

Når mennesker mister hele eller dele af synet, bliver de ikke automatisk henvist til rehabilitering. Mange oplever derfor en periode præget af usikkerhed, tab af selvstændighed og manglende overblik over, hvilke muligheder for støtte og hjælp der findes.

Det gjaldt også Lene, som efter et længere behandlingsforløb for grøn stær havde mistet det meste af sit syn og nu kun havde fem procent syn tilbage. Synstabet vendte op og ned på hendes hverdag. Hun kunne ikke længere læse og skrive, var blevet utryg ved at bevæge sig uden for hjemmet alene og havde svært ved at se, hvordan hun skulle kunne fortsætte sit arbejdsliv.

Samtidig oplevede Lene, at hun selv skulle finde vej til den hjælp, hun havde brug for. Der findes ikke et samlet udrednings- og rehabiliteringsforløb for personer

med synshandicap, hvor der lægges en helhedsorienteret plan for den enkeltes rehabilitering. Støtte og indsatser skal ofte findes på tværs af forskellige lovgivninger, paragraffer og myndigheder. For Lene betød det, at hun hurtigt mistede overblikket over sine muligheder og blev usikker på, hvor hun skulle søge hjælp.

Gennem Dansk Blindesamfund fik hun kontakt til en lokal konsulent, som selv havde et synshandicap. Konsulenten besøgte Lene i hjemmet, hvor de talte om hendes situation, bekymringer og muligheder. Det gjorde en stor forskel for Lene at møde et menneske, som levede et aktivt liv med et alvorligt synshandicap. Konsulenten kunne ikke alene vejlede om relevante tilbud og hjælpemidler, men også bidrage med konkrete erfaringer og fungere som rollemodel.

Sammen skabte de overblik over de muligheder, der fandtes for rehabilitering, hjælpemidler og støtte. Konsulenten hjalp Lene videre til et kommunikationscenter, hvor hun lærte nye strategier til at klare hverdagens aktiviteter og fik adgang til teknologiske hjælpemidler som skærmlæser og forstørrelsesprogram.

For Lene blev rehabiliteringen lang og krævende. Mange af de opgaver og rutiner, som tidligere havde været selvfølgelige, skulle nu læres på nye måder. Rehabilitering efter synstab er en udviklende læreproces, hvor personen gradvist udvikler nye færdigheder, vaner og strategier for at kunne leve et selvstændigt og aktivt liv.

Undervejs deltog Lene også i kurser og aktiviteter sammen med andre, der havde et synstab. Her fandt hun både erfaringsudveksling og fællesskab. Den løbende kontakt med konsulenten var især vigtig i perioder med tvivl og frustration. Konsulenten viste også vej til nye muligheder for deltagelse i både fritidsliv og lokalsamfund.

Efterhånden genoptog Lene aktiviteter, som hun tidligere havde opgivet, og vendte tilbage til arbejdslivet i et fleksjob. Det, der i begyndelsen var et uoverskueligt tab af muligheder, blev gradvist afløst af, at hun igen kunne deltage aktivt i hverdagslivet.

NÅR LEVEDE ERFARINGER MØDER FAGLIG EKSPERTISE

Civilsamfundsaktører kan også bidrage til en mere helhedsorienteret rehabilitering ved at samle, kvalificere og formidle viden, der udspringer af det levede liv med nedsat funktionsevne. Vidensportalen Rygmarvsskade.info illustrerer, hvordan erfaringsbaseret og faglig viden kan bringes sammen i fælles udvikling, forebyggelse og støtte.

RYGMARVSSKADE.INFO

- En national, uafhængig vidensportal om rygmarvsskade i Danmark, etableret og drevet af personer med rygmarvsskade.
- Samler og formidler forskning, faglig viden og levede erfaringer om livet med rygmarvsskade.
- Henvender sig til personer med rygmarvsskade, pårørende og fagprofessionelle.
- Understøtter videndeling og samarbejde mellem borgere, fagprofessionelle og forskningsmiljøer.
- Rygmarvsskade.info er medinitiativtager til Tryksårsalliancen, et nationalt samarbejde om forebyggelse af tryksår.[23]

Hjemmesiden Rygmarvsskade.info er etableret af en gruppe personer, der har levet med en rygmarvsskade i mange år. Deres liv og erfaringer med at navigere i hverdagen udgør afsættet for portalen, som henvender sig til personer med rygmarvsskade, deres pårørende samt professionelle i social- og sundhedssektoren.

Vidensportalen er gruppens centrale aktivitet, som organisatorisk er forankret i civilsamfundet. Den fungerer som et informations- og vidensrum om livet med rygmarvsskade, og omfatter både sundhedsfaglige og sociale forhold.

Initiativtagerne samarbejder med professionelle og specialiserede rehabiliteringsenheder, blandt andet gennem fælles materialer og henvisninger til information, men de er ikke underlagt offentlig styring.

Rygmarvsskade.info tilbyder et digitalt mødested, hvor erfaringer, viden og henvisninger samles og formidles. Den skaber forbindelse mellem personer på tværs af geografi og organisatoriske grænser.

Den viden, der formidles gennem Rygmarvsskade.info, kombinerer levede erfaringer og faglig ekspertise. Erfaringsbaseret indsigt i risikosituationer, praktiske løsninger og systemmæssige udfordringer suppleres med sundhedsfaglig viden og forskning. Denne tilgang kommer også til udtryk i Tryksårsalliancen, hvor personer med rygmarvsskade samarbejder med sygeplejersker, terapeuter, forskere samt repræsentanter fra kommunale, regionale og specialiserede rehabiliteringsenheder om forebyggelse og videndeling.

Tryksår er en alvorlig komplikation ved rygmarvsskade, som kan medføre behov for aflastning og indlæggelse samt midlertidigt ophør af arbejde, uddannelse og sociale aktiviteter. Forebyggelse forudsætter både klinisk viden og indsigt i de daglige situationer, der øger risikoen for tryksår. I alliancen udvikles informationsmateriale, viden deles på tværs af sektorer, og erfaringer bringes i spil med henblik på fælles problemløsning og forebyggelse. Alliancen illustrerer, hvordan civilsamfundets aktører og den offentlige rehabilitering kan indgå i ligeværdige partnerskaber, hvor faglig ekspertise og levede erfaringer bringes sammen, uden at den formelle ansvarsfordeling ændres.



UDFORDRINGER I SAMSPILLET MELLEM REHABILITERING OG CIVILSAMFUND

De foregående eksempler viser, hvordan civilsamfundet kan bidrage til rehabilitering på mange forskellige måder: gennem brobygning mellem formelle tilbud og hverdagsliv, peer-støtte, rådgivning, erfaringsbaseret viden, følgeskab og deltagelse i fællesskaber. Men samspillet mellem rehabilitering og civilsamfund rummer også udfordringer og gråzoner.

Når rehabilitering udfolder sig på tværs af sektorer, organisationer og fællesskaber, opstår der spørgsmål om ansvar, roller, samarbejde og adgang til støtte. De handler ikke om, hvorvidt civilsamfundet er relevant i rehabilitering, men om hvordan dets ressourcer og bidrag bringes i spil, samtidig med at kvalitet, kontinuitet, lige adgang og det formelle ansvar for indsatsen sikres.

I det følgende udfoldes en række udfordringer, som går på tværs af temahæftets eksempler: ansvar, overgange, deltagelse, ulighed, frivillighed og professionalisering. Det er de spændingsfelter, der opstår, når rehabilitering udvikles i samspillet mellem forskellige aktører, sektorer og logikker.

GRÅZONER MELLEM ANSVAR OG SUPPLEMENT

Civilsamfundet kan understøtte deltagelse, fællesskab og livskvalitet, men må ikke blive en erstatning for sundhedsvæsenets rehabiliteringsindsatser. Hvor går grænsen mellem det offentliges ansvar for sammenhængende rehabilitering og civilsamfundets vigtige bidrag?

Her er det centralt, at rehabilitering i praksis ikke har én entydig organisatorisk placering. Som det fremgår af både *Hvidbog om rehabilitering* og ICF-modellen, formes funktionsevne i et dynamisk samspil mellem individ og omgivelser. Der er derfor heller ikke én aktør, der entydigt har ansvaret for rehabilitering.

I flere af dette hæftes eksempler er det tydeligt, hvordan personen selv – eller med støtte – må navigere mellem forskellige systemer og tilbud, og at civilsamfundets organisationer i nogle tilfælde bliver den første indgang til rehabilitering. Den politiske ambition om lige adgang til støtte udfordres af en praksis, hvor adgangen kan afhænge af tilfældigheder, netværk og lokal tilgængelighed.

Samtidig opstår der et dilemma i selve samarbejdet mellem det offentlige system og civilsamfundet. Både forskning og praksis peger på, at civilsamfundet kan bidrage med andet og mere end det professionelle system, fx. fleksibilitet, relationel støtte og adgang til meningsfulde fællesskaber. Men erfaringerne viser, at civilsamfundsaktører

nogle gange varetager funktioner, som det offentlige system ikke har kapacitet til at varetage, eksempelvis brobygning, koordinering og støtte i overgangene mellem indsatser.

Det indebærer risiko for en gradvis opgaveforskydning, hvor civilsamfundet i praksis bliver en erstatning for offentlige indsatser. Det udfordrer den grundlæggende forståelse af rehabilitering som et offentligt ansvar, der skal løftes af velfærdsstaten.

Opgavefordelingen mellem offentlige aktører og civilsamfund er ikke statisk. Den kan ændre sig over tid i takt med nye behov, nye samarbejdsformer og nye måder at organisere rehabilitering på. Samtidig kan økonomiske vilkår og udfordringer med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale påvirke, hvordan opgaver placeres og løses i samarbejdet mellem offentlige aktører og civilsamfund. Det afgørende er ikke at fastlåse én bestemt opgavedeling, men at have blik for, hvad der er hensigtsmæssigt og ansvarligt. Her bør civilsamfundets bidrag bringes i spil dér, hvor det skaber værdi for personen, uden at det offentlige ansvar for adgang, kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringen udviskes.

Gråzonen illustreres i eksemplet fra Dansk Blindesamfund. Her varetager civilsamfundsaktøren indgangen til rehabilitering, navigationsstøtte i komplekse systemer og formidler viden, som det ellers kan være svært at få adgang til. Samtidig rejser det spørgsmål om, hvor grænsen går mellem civilsamfundets værdifulde bidrag og det offentliges ansvar for sammenhængende rehabilitering.

HVOR MEGET KAN CIVILSAMFUNDET FORPLIGTES?

Hvordan kan civilsamfundets særlige styrker bringes i spil i rehabilitering, uden at det pålægges et ansvar eller en styring, som det ikke har rammer eller kapacitet til at bære? Civilsamfundet forbindes ofte med frivillighed, relationer og lokale fællesskaber, men det består ikke entydigt af frivillig, uformel aktivitet. Mange organisationer, herunder patient- og pårørendeforeninger, er præget af en hybrid organisering, hvor frivillige og ansatte arbejder side om side. Det betyder, at deres rehabiliteringsindsatser både kan rumme frivilligt engagement, faglig rådgivning, udviklingsarbejde, rådgivning, peer-støtte og mere formaliserede tilbud.

Bredden er en styrke, men den betyder også, at civilsamfundets rolle ikke er velafgrænset og ofte varierer mellem forskellige organisationer, foreninger og fællesskaber. Når civilsamfundet indgår i rehabiliteringsforløb, kan skellet mellem samarbejdspartner, brobygger, vidanspartner og leverandør blive uklart.

Hvilke forventninger kan man med rimelighed stille til de enkelte civilsamfundsaktører, og hvordan håndteres ansvar for kvalitet, opfølgning og lige adgang i det konkrete samarbejde? Civilsamfundet er ikke en entydig størrelse, der kan forpligtes eller stilles fælles krav til. Der findes ikke én repræsentant for civilsamfundet, som kan forpligte de mange forskellige organisationer, foreninger og mere uformelle grupper.

Hvis roller, ansvar og forventninger ikke er afklaret i det konkrete samarbejde, er der risiko for, at civilsamfundsaktører kommer til at løfte opgaver, som burde have offentlig forankring, finansiering eller et tydeligt myndighedsansvar.

Et beslægtet spændingsfelt findes i mødet mellem forskellige faglige og organisatoriske logikker. Den professionelle og offentlige tilgang er ofte præget af krav om evidens, struktur, dokumentation og tidsafgrænsede forløb. Civilsamfundets bidrag er derimod kendetegnet ved fleksibilitet, relationer, frivillighed, erfaringsbaseret viden og kontinuitet over tid. Flere af eksemplerne illustrerer, hvordan deltagelse i fællesskaber udvikles gradvist og ikke nødvendigvis følger lineære, planlagte forløb. Det, der skaber værdi for en person i rehabilitering, kan netop være, at fællesskabet ikke er en indsats, men et sted at høre til. Derfor er det centralt at overveje, hvor meget civilsamfundet kan forpligtes, og hvordan samarbejdet kan tilrettelægges, så de særlige styrker bevares.

Hvis kravene til dokumentation og styring bliver for omfattende, kan det svække civilsamfundets fleksibilitet og relationer, mens manglende krav og styring af tilbuddene kan påvirke kvaliteten. Det er en grundlæggende udfordring at skabe sammenhæng mellem systemets behov for struktur og civilsamfundets styrke i det åbne, fleksible og relationelle, uden at civilsamfundet bliver en uformel forlængelse af det offentlige rehabiliteringssystem.

Udfordringen illustreres blandt andet i fortællingerne fra Dansk Blindesamfund og Social Sundhed. Begge eksempler viser, hvordan civilsamfundet kan bidrage med støtte og brobygning, som ikke nødvendigvis findes andre steder. Men de rejser også spørgsmål om ansvar, kvalitet og forventninger: Hvem har ansvaret, hvis sådanne tilbud ikke er til stede, og i hvilket omfang kan rehabilitering bygge på indsatser, der er afhængige af frivillige eller civilsamfundsaktører?

HVEM SIKRER DE GODE OVERGANGE?

Et vigtigt perspektiv vedrører brobygning, fastholdelse og kontinuitet, når personen bevæger sig fra professionelle indsatser til hverdagslivets fællesskaber.

Temahæftet peger på, at rehabiliteringsprocessen ikke slutter, når et offentligt forløb afsluttes, men fortsætter i personens hverdagsliv. Her kan civilsamfundet skabe kontinuitet og vedligeholde funktionsevne og deltagelse. Samtidig bygger de fleste aktiviteter på frivillighed og fleksibel deltagelse, mens andre tilbud er mere formaliserede og understøttes af ansatte eller professionelle. Det kan gøre det vanskeligt at sikre systematik og opfølgning, som ved professionelle indsatser. Så hvem har ansvar for at understøtte den fortsatte udvikling og deltagelse, og hvordan sikres sammenhæng i rehabiliteringsforløb, når de involverer forskellige aktører? Det gælder især for personer, som ikke selv kan skabe overblik, opsøge støtte og sikre sammenhæng i deres forløb.

I eksemplerne fra Aarhus kommune og Thisted Kommune er brobygning til forenings- og fritidsfællesskaber en integreret del af rehabiliteringsindsatsen, mens andre kommuner ikke har tilsvarende tilbud. Eksemplerne fra FAKTI og UlykkesPatientForeningen peger også på betydningen af overgange mellem formelle forløb og fællesskaber i hverdagslivet. Disse overgange kan betyde frafald, hvis ingen har ansvar for at fastholde kontakten og understøtte deltagelsen.

HVEM SKAL TILPASSE SIG - DEN ENKELTE ELLER FÆLLESSKABET?

Rehabilitering sigter mod at styrke en persons mulighed for at deltage i hverdagslivet, men deltagelse handler ikke kun om at finde vej ind i eksisterende fællesskaber. Det handler også om, hvorvidt fællesskaberne er åbne, rummelige og i stand til at møde personer med forskellige forudsætninger.

På den ene side skal personen støttes til at indgå i eksisterende fællesskaber og på den anden side skal fællesskaberne fungere, så der er plads til personer med forskellige udfordringer. I praksis vil der ofte være behov for en gensidig tilpasning: Personen kan have brug for støtte, brobygning og trygge overgange, mens fællesskaberne kan have brug for viden, fleksibilitet og opmærksomhed på, hvordan de skaber plads til forskellige måder at deltage på.

FAKTI, Ældre Sagen og Dansk Blindesamfund er eksempler på gode løsninger. Her bliver det tydeligt, at deltagelse ikke opstår af sig selv. Den skabes i samspillet mellem personen og fællesskabet. Den kræver ofte støtte, trygge overgange og relationel brobygning, men også fællesskaber, der er villige til at tilpasse sig forskellige behov og forudsætninger.

HVEM FÅR ADGANG TIL CIVILSAMFUNDETS MULIGHEDER?

Der er et stort potentiale for deltagelse i et af Civilsamfundets fleksible, nære og inkluderende fællesskaber, men adgangen til disse tilbud er ikke lige for alle. Deltagelse kan være betinget af økonomi, transport, geografisk placering, sprog, digitale kompetencer, sociale ressourcer, overskud, kendskab til tilbuddene eller erfaring med foreningslivet. Dermed kan civilsamfundet både bidrage til at mindske ulighed og risikere at reproducere eller forstærke den.

Civilsamfundet er karakteriseret ved stor variation. Det spænder fra store, professionelle organisationer med betydelige ressourcer til små, lokalt forankrede fællesskaber med begrænset kapacitet. Variationen betyder, at mulighederne for rehabilitering er ulige fordelt – både geografisk, organisatorisk og mht. målgruppe. Samtidig er civilsamfundet ikke automatisk mere inkluderende end andre sektorer. Også her kan der være interne normer, hierarkier og barrierer, som gør det vanskeligere for nogle personer at deltage end for andre.

Hvilke betingelser, skal der være til stede, hvis civilsamfundet skal bidrage til mere lighed i deltagelse og fællesskab? Hvis civilsamfundet skal understøtte rehabilitering,

der mindsker ulighed, kræver det opmærksomhed på brobygning, tilgængelighed og mulighed for økonomisk eller praktisk støtte til deltagelse. Og det kræver aktører, der kan nå de personer, som ikke selv finder vej til tilbuddene. Det kræver samtidig rammevilkår for civilsamfundet, så organisationer og fællesskaber har kapacitet til at udvikle, fastholde og målrette indsatser til dem, der ellers risikerer at stå uden for fællesskaberne.

Eksemplerne fra FAKTI, Social Sundhed og indsatserne i Aarhus og Thisted viser, hvordan målrettet brobygning, følgeskab og lokal forankring mindsker barrierer for deltagelse. Samtidig afhænger adgang til fællesskaber og støttetilbud fortsat af geografi, sociale ressourcer, netværk, transportmuligheder og kendskab til tilbuddene.

Samlet set kan civilsamfundet hverken forstås som en løsning i sig selv eller som et alternativ til de etablerede rehabiliteringstilbud. Det er snarere en vigtig samarbejdspartner i et bredere rehabiliteringsfelt. Den centrale opgave er at udvikle samarbejdsformer, som bringer civilsamfundets styrker i spil, uden at ansvaret for adgang, kvalitet og sammenhæng i rehabilitering udviskes, og hvor omdrejningspunktet er personers hverdagsliv, aktivitet og deltagelse i sociale fællesskaber.

HVORDAN UDVIKLER VI FREMTIDENS REHABILITERING

Dette temahæfte beskriver, hvordan civilsamfundet kan spille en vigtig rolle i rehabilitering gennem fællesskaber, erfaringsbaseret støtte, rådgivning, brobygning og aktiviteter, der understøtter deltagelse og livskvalitet. Der peges samtidig på en række forhold, som kan få betydning for udviklingen af fremtidens rehabilitering.

Et centralt tema er overgangen mellem formelle rehabiliteringsindsatser og hverdagslivet. Mange personer oplever et markant skifte, når et rehabiliteringsforløb afsluttes. Den professionelle støtte ophører, mens udfordringerne i hverdagslivet fortsætter. For nogle kan det være vanskeligt at finde vej til de fællesskaber, aktiviteter og netværk, som kan understøtte den videre rehabilitering.

Hvis rehabilitering skal styrkes i fremtiden, er der behov for en stærkere brobygning mellem offentlige indsatser og civilsamfundets tilbud. Det kan ske gennem øget koordinering, tydeligere samarbejdsveje eller funktioner, der hjælper personer og pårørende med at navigere mellem tilbud, fællesskaber og hverdagsliv.

En anden udfordring er, hvordan personer i rehabilitering får kendskab til civilsamfundets muligheder. For det kan være vanskeligt at få overblik over de tilbud, der findes. Fremtidens rehabilitering kan derfor have gavn af bedre synlighed og lettere adgang til viden om relevante fællesskaber, aktiviteter og organisationer. Digitale løsninger kan være en del af svaret, men de kan ikke stå alene. Der vil fortsat være behov for en koordinator, der kan yde personlig vejledning og støtte.

Samtidig er der behov for nye samarbejdsformer mellem offentlige aktører og civilsamfundet. Civilsamfundets styrke ligger i fællesskaber, frivillighed, relationer og erfaringsbaseret støtte. Opgaven bliver at skabe stærkere forbindelser mellem sektorerne uden at svække de kvaliteter, der gør civilsamfundet særligt. Her kan ICF-modellen fungere som en fælles referenceramme for dialog om funktionsevne, ressourcer, barrierer og deltagelsesmuligheder på tværs af aktører. En fælles forståelsesramme kan understøtte samarbejde og synliggøre de forhold, der har betydning for personens rehabiliteringsproces.[25]

Endelig er der behov for en nærmere afklaring af de pårørendes rolle i samspillet med civilsamfundet. Civilsamfundets fællesskaber, aktiviteter og tilbud henvender sig ikke kun til personer med behov for rehabilitering, men kan også støtte pårørende. Hvordan kan pårørende indgå i og drage nytte af civilsamfundets ressourcer og fællesskaber? Det er et område, som bør have større opmærksomhed i fremtiden.

På tværs af disse perspektiver står én pointe særligt tydeligt: Rehabilitering handler ikke alene om indsatser i sundheds- og socialsektoren, men også om mulighederne for at leve et meningsfuldt hverdagsliv og deltage i samfundets fællesskaber. Fremtidens rehabilitering vil derfor i høj grad afhænge af, hvordan forbindelserne mellem offentlige indsatser, civilsamfund, pårørende og hverdagsliv styrkes til gavn for den enkelte person.

FORFATTERE OG REDAKTØRER

Randi Steensgaard,
afdelingsleder, sygeplejerske, ph.d., Specialhospitalet for Polio-og Ulykkespatienter

Britta Quistgaard,
centerdirektør, MPG, Specialhospitalet for Polio-og Ulykkespatienter

ØVRIGE FORFATTERE

Bodil Bjørnshave Noe, lektor, sygeplejerske, ph.d. UC SYD

Bjarne Ibsen, professor emeritus, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund

Emilie Benn Østergaard, politisk konsulent, Danske Patienter

Julie W. Oscilowski, afdelingsleder for Stab, Center for Genoptræning, Københavns Kommune

David Vincent Nielsen, social-humanitær konsulent, Ældre Sagen

Signe Mathilde Dalsgård, seniorkonsulent, Ældre Sagen

Diana Stentoft, landsformand i Dansk Blindesamfund

Stine Bøgh Pedersen, daglig leder, fysioterapeut, Social Sundhed Sjælland

Kristina Louise Bliksted, direktør, Social Sundhed

Jan Sau Johansen, områdechef, Cand Mag, lektor, MarselisborgCentret

Thomas Maribo, professor, Aarhus Universitet og forskningsleder, DEFACTUM, Region Midtjylland

ØVRIGE BIDRAGSYDERE

Norea E. Thomas, Brobygger, Københavns Kommune

Birgitte Bjørkman, Rygmarvsskade.info.dk

Bente Ovesen, Rygmarvsskade.info.dk

Viggo Rasmussen, Rygmarvsskade.info.dk

Ved udarbejdelsen af temahæftet er Microsoft Copilot anvendt som støtteværktøj til sproglig bearbejdning, strukturering af tekst og redaktionelle processer. Det faglige indhold, kildeudvælgelse, vurderinger og endelige formuleringer er forfatternes og redaktionens ansvar.

REFERENCER

1. Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB. Hvidbog om rehabilitering. 2. udg. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2022.

2. Maribo T, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB. Human Functioning: Funktionsevne som fælles pejlemærke og indikator. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2025.

3. Social-, Bolig- og Ældreministeriet. De danske grundprincipper på handicapområdet [Internet]. København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet; [citeret 13. maj 2026]. Tilgængelig fra: https://www.sm.dk/arbejdsomraader/handicap/handicappolitik/de-danske-grundprincipper-paa-handicapomraadet/

4. Nordic Welfare Centre. Disability policy in the Nordic countries [Internet]. Helsinki: Nordic Welfare Centre; [citeret 13. maj 2026]. Tilgængelig fra: https://nordicwelfare.org/en/disability-issues/funktionshinderspolitik-i-norden/

5. Danske Patienter. Civilsamfundet – en vigtig støtte i et liv med sygdom [Internet]. København: Danske Patienter; 2023. Tilgængelig fra: https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/civilsamfundet-er-en-vigtig-stoette-i-et-liv-med-sygdom

6. Danske Regioner. Regionerne vil skabe mere social lighed i sundhed via styrket samarbejde med civilsamfundet [Internet]. København: Danske Regioner; 2024. Tilgængelig fra: https://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/april/regionerne-vil-skabe-mere-social-lighed-i-sundhed-via-styrket-samarbejde-med-civilsamfundet/

7. Sundhedsstyrelsen. Håndbog om rehabilitering på ældreområdet: Rehabilitering for ældre – anbefalinger og faglige pejlemærker. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.

8. Thuesen AA, Andersen PT. Coordination of village plans and municipal rural and health policies: Can low-hanging fruit be picked? Sociologia Ruralis. 2021;61(1):190-211. doi:10.1111/soru.12325.

9. Thuesen AA, Bavnbæk KF, Andersen PT. Lokalsamfundsbaseret sundhedsmobilisering: en nød at knække eller en glidebane? Odense: Syddansk Universitet; 2026. CLF Rapport nr. 93.

10. Egholm L, Kaspersen LB, red. Civilsamfundet i statens skygge. København: Hans Reitzels Forlag; 2023.

11. Boje TP. Civilsamfund, medborgerskab og deltagelse. København: Hans Reitzels Forlag; 2017.

12. Ibsen B, Habermann U. Definition af den frivillige sektor i Danmark. I: Boje TP, Fridberg T, Ibsen B, red. Den frivillige sektor i Danmark: Omfang og betydning. København: SFI; 2006. p. 19-40.

13. Pestoff VA. Citizens as Co-producers of Social Services in Europe: From the Welfare State to the Welfare Mix. Stockholm: Stockholm University, School of Business; 1995.

14. Thuesen AA, Pedersen S, Bjørklid Levinsen L, Feddersen MT, Levinsen K. Lokale med på råd og borgere i forening: kortlægning af lokalsamfundsforeningers udbredelse, karakteristika, aktiviteter og samarbejde. Odense: Syddansk Universitet; 2022. CLF Rapport nr. 80. Tilgængelig fra: https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/ portal/196650359/Lokale_med_p_r_d_og_borgere_i_forening_220106_final2.pdf.

15. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Danskernes bevægelsesvaner og motiver for bevægelse. Odense: Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet; 2021.

16. Ibsen B, red. Den frivillige kommune: Samspillet mellem den frivillige og den offentlige sektor. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2020.

17. Dalgas BW, Iversen EB. Brobygning til foreninger og fællesskaber i Aarhus Kommune. Odense: Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet; 2026.

18. Dalgas BW, Iversen EB. Brobygning i Thy Hallen i Thisted Kommune. Odense: Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet; 2026.

19. FAKTI. Om FAKTI [Internet]. København: FAKTI; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://www.fakti.dk/om-fakti-2/

20. Ældre Sagen. Om Ældre Sagen [Internet]. København: Ældre Sagen; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://www.aeldresagen.dk/

21. Social Sundhed. Om Social Sundhed [Internet]. Aarhus: Social Sundhed; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://socialsundhed.org/om-os/

22. UlykkesPatientForeningen. Hvem er vi? [Internet]. Rødovre: UlykkesPatientForeningen; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://www.ulykkespatient.dk/om-os/hvem-er-vi/

23. Dansk Blindesamfund. Om Dansk Blindesamfund [Internet]. Høje Taastrup: Dansk Blindesamfund; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://blind.dk/om-os

24. Rygmarvsskade.info. Om Rygmarvsskade.info [Internet]. Rygmarvsskade.info; [citeret 10. september 2026]. Tilgængelig fra: https://rygmarvsskade.info/om/

25. Bjørnshave Noe B, Angel S, Bjerrum M. The ICF model as a practical tool to facilitate holistic communication with individuals during their rehabilitation: a qualitative study. Nord J Nurs Res. 2022;42(1):42-50.



Rehabiliteringsforum
Danmark