

Indsatsbeskrivelse

Samarbejdsmodellen til ældre borgere i en socialt udsat position

Juli 2025

Publikationen er udgivet af

Social- og Boligstyrelsen

Lerchesgade 35, 5

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@sbst.dk

www.sbst.dk

Udgivet juli 2025

Download eller se rapporten på

www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-85236-80-7

Indhold

1.	Introduktion	3
2.	Samarbejdsmodellens målgruppe	5
3.	Samarbejdsmodellens formål og indhold	6
3.1	Formål med Samarbejdsmodellen	6
3.2	Indhold i Samarbejdsmodellen	7
4.	Samarbejdsmodellens værdigrundlag	10
4.1	Recovery-orienteret rehabilitering	10
4.2	Helhedsorientering	10
4.3	Ejerskab	11
5.	Samarbejdsmodellens fire kerneelementer	13
5.1	En ansvarlig tværgående koordinator	13
5.2	Tværfaglige netværksmøder med borgeren i centrum	14
5.3	Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og behov	16
5.4	Tværgående ledelse	17
6.	Implementeringsgreb	20
6.1	Skab ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer	20
6.2	Skab gode rammer for et team af koordinatore	21
6.3	Formuler en tværgående styringsmæssig ramme	22
6.4	Opkvalificer nøglepersoner i Samarbejdsmodellen	23
7.	Litteraturliste	25

1. Introduktion

Samarbejdsmodellen beskriver en systematik for, hvordan kommuner kan arbejde med en helhedsorienteret og sammenhængende indsats til borgere med komplekse støttebehov, der går på tværs af flere indsatsområder. Hensigten med Samarbejdsmodellen er at opnå en forbedring af borgernes livssituation og trivsel, gennem en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang og gennem en styrket koordinering af en helhedsorienteret indsats.

Samarbejdsmodellens ramme kan således give kommunerne greb til, hvordan de kan omstille det kommunale maskinrum og udmønte en mere helheds-, recovery-orienteret og rehabiliterende praksis. Den strategiske retning, med omstilling til en mere koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats i regi af Samarbejdsmodellen, kan desuden styrke samarbejdet på tværs af kommunen ved at bidrage med fælles mål og retning i indsatser på tværs af områder og faggrupper. Endelig kan den strategiske retning understøtte, at borgeren oplever sig taget alvorligt, og at borgeren føler ejerskab og inddragelse i egen sag, med en øget tillid til systemet som følge.

Social- og Boligstyrelsen har tilpasset Samarbejdsmodellen, der bliver anvendt på ungeområdet (Socialstyrelsen, 2018 og Rambøll, 2017), så den er velegnet til målgruppen af ældre borgere (50+ år) med behov for indsatser på tværs af fx social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Tilpasningen af modellen er sket i et samarbejde med tre kommuner, Vejen, Hvidovre og Odder Kommune, i perioden 2020-2024.

Social- og Boligstyrelsen har udarbejdet nedenstående materialepakke på baggrund af projektkommunernes erfaringer fra anvendelse og tilpasning af Samarbejdsmodellen. Indsatsbeskrivelsen og Metodehåndbogen udgør tilsammen den fulde beskrivelse af Samarbejdsmodellen, og af hvordan kommunen kan udføre modellen i praksis. Derudover er der udarbejdet en evaluering af modningsprojektet.

1) Indsatsbeskrivelse

Indsatsbeskrivelsen giver en indføring i Samarbejdsmodellens målgruppe, indsatsteori, værdigrundlag og kernelementer. Derudover præsenterer den udvalgte implementeringsgreb, som har vist sig at være afgørende for succesfuld implementering af Samarbejdsmodellen og nødvendige ledelsesopgaver. Indsatsbeskrivelsen understøtter ledelsen i implementering af Samarbejdsmodellen. Indsatsbeskrivelsen henvender sig særligt til kommunal ledelse, men er også vigtig læsning for medarbejdere, da den giver den grundlæggende forståelse af Samarbejdsmodellen.

2) Metodehåndbog

Metodehåndbogen giver en praksisnær vejledning i, hvordan de tværgående koordinatore udfører Samarbejdsmodellens kernelementer og værdigrundlag. Herunder hvordan de tværgående koordinatore arbejder med den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang og koordinering, som modellen lægger op til. Metodehåndbogen beskriver aktiviteterne i borgerens forløb og de understøttende redskaber. Metodehåndbogen henvender sig særligt til de tværgående koordinatore, men skal også supplere vidensgrundlaget hos den kommunale ledelse.

3) Afsluttende evaluering

Evalueringen samler op på projektkommunernes erfaringer med at implementere modellen og vurderer, hvilke resultater der er opnået for de borgere, som har deltaget i

projektperioden. Derudover vurderer den, hvor meget det koster for kommunerne at implementere og drifte Samarbejdsmodellen. Evalueringen er relevant at læse af alle med interesse for projektkommunernes og borgernes erfaringer med Samarbejdsmodellen. Herunder hvilke kvalitative og kvantitative virkninger af modellen der er iagttaget i løbet af projektperioden.

2. Samarbejdsmodellens målgruppe

Målgruppen for indsatsen er ældre borgere (50 + år) med komplekse problematikker. Flere undersøgelser viser, at ældre borgere i en socialt udsat position har en markant højere sygelighed og dødelighed end resten af den danske befolkning. Dette skyldes ofte en kombination af flere faktorer som dårligere mental og fysisk sundhed, manglende trivsel, ensomhed, dårlige boligforhold, hjemløshed mv. (Rådet for Socialt Udsatte, 2019). Allerede i 50-årsalderen oplever borgere i en socialt udsat position alderssvækkelse, hvilket ofte opstår som en konsekvens af at have levet i social udsathed gennem en årrække. Eksempelvis er borgerne udfordret af hjemløshed, misbrug, psykisk sårbarhed eller lignende. Målgruppen har derfor behov for indsatser, behandling og/eller skadesreduktion på en række områder. Der kan fx være tale om støtte til mestring af somatisk eller psykisk sygdom, pleje og praktisk hjælp, hjælp til at finde en egnet bolig, at få styr på økonomien eller at komme i en form for beskæftigelse m.m. Målgruppens behov kræver derfor tværfaglige og koordinerende indsatser på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet (Rambøll, 2020).

Borgere, der modtager en indsats efter Samarbejdsmodellen, skal være kognitivt i stand til at indgå i Samarbejdsmodellen. Det indebærer, at borgerne med støtte skal kunne bidrage i formuleringen af temaer og dagsordener til de tværfaglige netværksmøder samt tage ejerskab for de aftaler, der indgås på møderne. Dertil skal borgerne kunne indgå i rammerne for de tværfaglige netværksmøder, eller have et potentiale for at kunne opøve kompetencerne og lysten til at deltage på tværfaglige netværksmøder. Der kan være borgere, der har brug for et mere håndholdt og intensivt forløb end det, Samarbejdsmodellen tilbyder, og som derfor har behov for en anden indsats end Samarbejdsmodellen. Herunder vil fx borgere med fremskreden demens formodentlig ikke være i stand til at indgå i og profitere af Samarbejdsmodellen.

Det er forventningen, at de fleste af borgerne i målgruppen allerede modtager støtte fra både social- og sundhedsområdet. Men en del af målgruppen er ikke udredt i begge sektorer eller på tværs af kommunale myndighedsområder og kan have uafdækkede støttebehov.

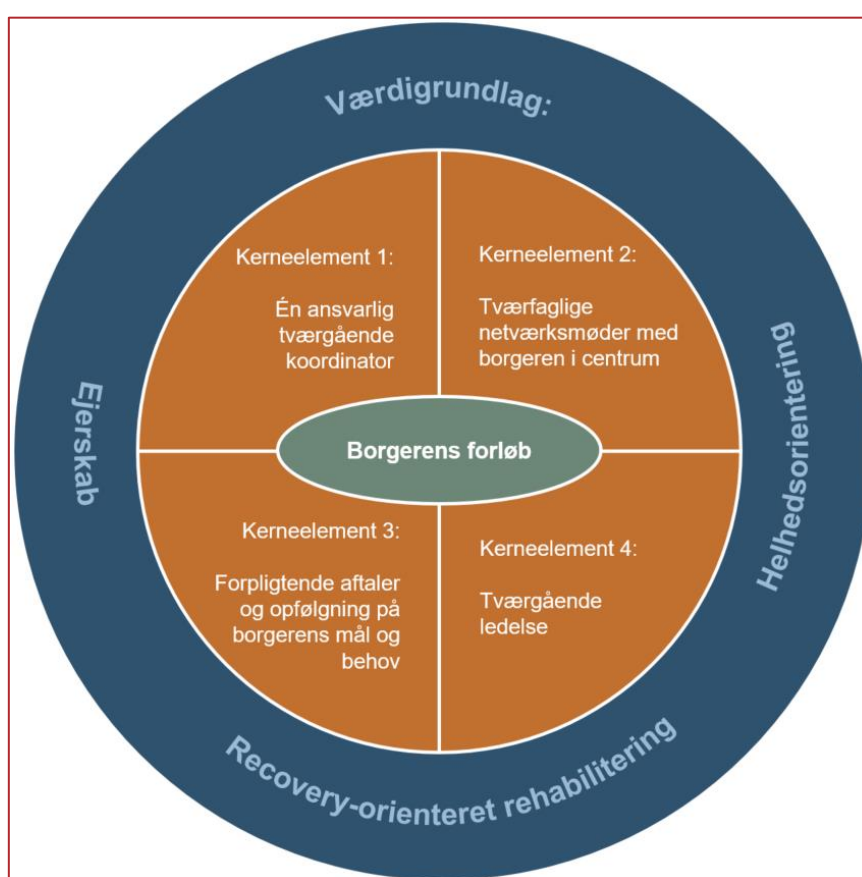
I praksis betyder det, at borgere i målgruppen for Samarbejdsmodellen skal opfylde nedenstående kriterier i figur 1.

Figur 1: Inklusionskriterier for borgere i målgruppen til Samarbejdsmodellen

Målgruppe Borgere der er 50 år eller derover, samt med nedenstående karakteristika	
1) Borgere i en socialt udsat position, eksempelvis: • Udfordringer med helbred der afholder dem fra at indgå i ønsket hverdagsliv • Rusmiddelforbrug • Hjemløshed/ustabil boligsituation • Psykiske vanskeligheder • Langvarig arbejdsløshed	2) Borgere der oplever at have komplekse problemer, eksempelvis: • Flere samtidige problemer • Har svært ved at bevare overblik over indsatser og aftaler • Sammensætningen af udfordringer er ofte både helbredsmæssige, sociale, psykiske, økonomiske mv. • Løsningerne ligger ikke lige for – tidligere løsninger har ikke virket, eller det er uklart, hvad problemet er.

3. Samarbejdsmodellens formål og indhold

Dette kapitel beskriver formålet med Samarbejdsmodellen og giver et overblik over Samarbejdsmodellens indhold, herunder værdigrundlaget, kerneelementerne, borgerens forløb og bagvedliggende indsatssteori. Nedenstående figur illustrerer sammenhængen mellem værdigrundlaget, de fire kerneelementer og borgerens forløb. Borgerens forløb er udmøntningen af kerneelementerne på borgerniveau, og skal udføres i overensstemmelse med værdigrundlaget.



Figur 2: Borgerens forløb, de fire kerneelementer og værdigrundlaget i Samarbejdsmodellen

3.1 Formål med Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen skal bidrage til, at borgerne i målgruppen oplever en forbedring af deres samlede livssituation og af deres fysiske, psykiske og sociale trivsel. Herunder at borgerne oplever mestring og kontrol over eget liv og kan leve så selvstændigt, som muligt. Derudover skal Samarbejdsmodellen forebygge en forværring af borgernes fysiske, psykiske og sociale udfordringer.

Samarbejdsmodellen skal sikre, at borgerne modtager en sammenhængende, koordineret og recovery-orienteret rehabiliterende indsats, der er tilpasset borgernes samlede situation,

udfordringer og behov på tværs af indsatsområder. En indsats som understøtter, at borgerne kommer tættere på at opnå egne ønsker, håb og drømme for fremtiden.

3.2 Indhold i Samarbejdsmodellen

3.2.1 Værdigrundlag

Samarbejdsmodellen bygger på et værdigrundlag, der består af tre grundlæggende værdier:

- Recovery-orienteret rehabilitering.
- Helhedsorientering.
- Ejerskab.

De tre værdier er forbundne og udgør tilsammen det centrale mindset i udmøntningen af Samarbejdsmodellens kerneelementer. Værdierne er gensidigt afhængige i den forstand, at indsatsen ikke kan udmøntes tilfredsstillende, hvis den alene tager afsæt i én eller to af værdierne i værdigrundlaget. Værdigrundlaget er således fundamentet, som Samarbejdsmodellen står på, og som kommuner tilslutter sig, når de arbejder med Samarbejdsmodellens kerneelementer. Se kapitel 4 "Samarbejdsmodellens værdigrundlag" for uddybende beskrivelse af værdigrundlaget.

3.2.2 Fire kerneelementer

Samarbejdsmodellen består af fire obligatoriske kerneelementer:

- Én ansvarlig tværgående koordinator.
- Tværfaglige netværksmøder med borgeren i centrum.
- Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og behov.
- Tværgående ledelse.

Kerneelementerne definerer overordnet den praksis, der skal være til stede for at udføre en indsats efter Samarbejdsmodellen, hvor de fire kerneelementer er afgørende og gensidigt afhængige forudsætninger for at kunne opnå de ønskede resultater af Samarbejdsmodellen. Kerneelementerne består af en beskrivelse af deres funktion, der præcist angiver, hvad kerneelementet indeholder, samt en faglig begrundelse for, hvorfor indholdet i kerneelementet er vigtigt for en indsats efter Samarbejdsmodellen, herunder forventede virkninger og resultater. Derudover består kernelementerne af en praksisbeskrivelse, der præsenterer *hvordan* kommuner kan udføre Samarbejdsmodellen i praksis og med hvilke metoder og redskaber. Som nævnt, indeholder Metodehåndbogen beskrivelsen af metoder og redskaber, mens kapitel 5 "Samarbejdsmodellens fire kerneelementer" i indeværende Indsatsbeskrivelse giver en uddybende beskrivelse af kerneelementerne.

3.2.3 Borgerens forløb

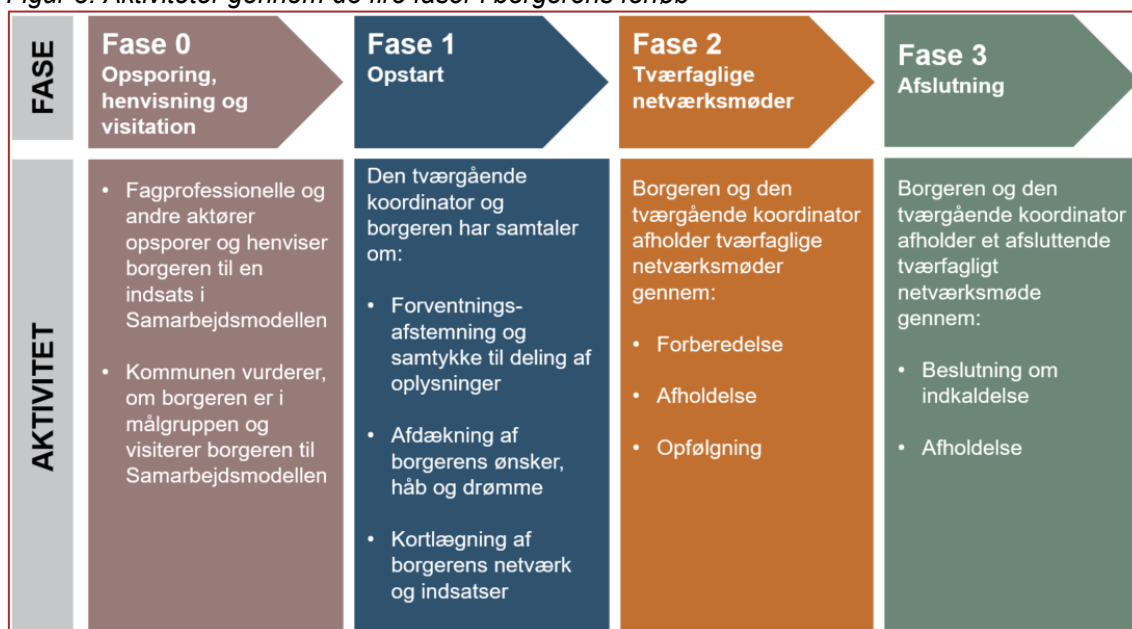
Samarbejdsmodellen indeholder en visualisering og beskrivelse af borgerens forløb i Samarbejdsmodellen. Borgerens forløb er inddelt i fire faser med fokus på:

1. *Opsporing og visitation.*
2. *Opstart af borgerforløb.*
3. *Afholdelse af tværfaglige netværksmøder.*
4. *Afslutning af borgerforløb.*

Borgerens forløb beskriver konkret, hvordan koordinatorene udfører kerneelementerne i praksis og i overensstemmelse med Samarbejdsmodellens værdigrundlag. Herunder også hvordan koordinatorene kan anvende tilhørende redskaber til at understøtte borgerens forløb.

Nedenstående figur illustrerer aktiviteterne i borgerens forløb gennem de fire faser. Se Metodehåndbogen for uddybende beskrivelse af borgerens forløb.

Figur 3. Aktiviteter gennem de fire faser i borgerens forløb



3.2.4 Indsatsteori for Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellens indsats teori er den bagvedliggende teori om, hvordan Samarbejdsmodellens kerneelementer, aktiviteter og output hænger sammen med forventede resultater ved en indsats i Samarbejdsmodellen. Indsatsteorien illustrerer, *hvad* en indsats efter Samarbejdsmodellen skal bidrage med af resultater på kort, mellemlang og lang sigt, og *hvordan* Samarbejdsmodellen skal bidrage hertil gennem kerneelementer, aktiviteter og forventet output. Nedenstående model (figur 2) visualiserer Samarbejdsmodellens indsats teori.

Figur 2: Indsatsteori for Samarbejdsmodellen

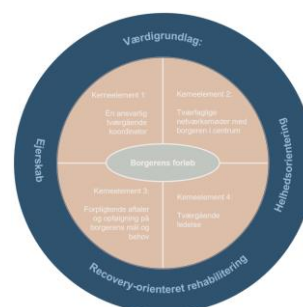
KERNE-ELEMENTER	AKTIVITETER	OUTPUT	RESULTATER		
			KORT SIGT	MELLEM SIGT	LANG SIGT
Én ansvarlig tværgående koordinator	- Borgeren og koordinatoren gennemfører opstartsmøder med forventningsafstemning og afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden - Koordinatoren arbejder tæt sammen med borgeren, formidler forløbet til borgeren og følger op på borgerens aftaler og udvikling - Koordinatoren indgår i et tværfagligt team med andre koordinators	Borgeren og koordinatoren har: - afdækket borgerens netværk og indsatser - formuleret borgerens egne ønsker, håb og drømme samt behov - planlagt dagsorden og rammen for det tværfaglige netværksmøde - afholdt de nødvendige tværfaglige netværksmøder	Borgeren oplever at blive inddraget, set og hørt – i tråd med egne ønsker og behov	Borgeren oplever øget mestring og kontrol over eget liv	Borgeren kommer tættere på at opnå egne mål og drømme
Tværfaglige møder med borgeren i centrum	- Koordinatoren og borgeren forbereder og afholder et antal tværfaglige netværksmøder. Herunder inviterer og forbereder koordinatoren deltagerne på deres rolle - Netværksmøderne følger borgerens valgte temaer og dagsorden. Herunder følger drøftelsen af borgerens tema den fastlagte dialogproces - Koordinatoren faciliterer netværksmøderne. Herunder at alle deltagerne inddrages i drøftelserne af borgerens ønsker og behov	Alle relevante ressourcepersoner har: - deltaget i de tværfaglige netværksmøder - bidraget til og taget ejerskab for fælles løsninger Koordinatoren har: - udarbejdet Mål- og aftaleskema for, hvordan borgeren bedst støttes i at opnå egne mål og drømme – i tråd med borgerens egne italesatte ønsker og behov - fulgt op på netværksmødet og borgerens udvikling og recovery-proces	Borgeren oplever at der bliver handlet og fulgt op på aftaler	Borgeren oplever trivsel og fremgang i sin livssituation	Borgeren bliver så selvhjulpne som muligt
Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og behov	- Deltagerne og borgeren indgår forpligtende aftaler om mål og indsats/støtte samt aftaler om opfølgning. Dette noterer koordinatoren i et Mål- og aftaleskema - Deltagere fra de tværfaglige netværksmøder leverer de aftalte indsats/støtte - Borgeren og koordinatoren evaluerer de tværfaglige netværksmøder og deltagerkreds, samt følger op på borgerens udvikling og recovery-proces	Koordinatoren har: - udarbejdet Mål- og aftaleskema for, hvordan borgeren bedst støttes i at opnå egne mål og drømme – i tråd med borgerens egne italesatte ønsker og behov - fulgt op på netværksmødet og borgerens udvikling og recovery-proces	Borgeren har opnået relevant udredning, der forholder sig til borgerens samlede situation, behov og ønsker	Borgeren får en sammenhængende og koordineret indsats, målrettet borgerens samlede situation og behov – i tråd med borgerens egne ønsker og behov	Det forebygges, at borgerens somatiske, psykiske og sociale udfordringer forværres, så borgeren oplever flere gode år
Tværgående ledelse	Den tværgående ledelse: - prioriterer ressourcer, sikrer de nødvendige rammer og understøtter det tværkommunale samarbejde om målgruppen -mellem relevante faggrupper og afdelinger - sikrer opbakning og ejerskab til modellen samt relevant kompetenceudvikling - på tværs af ledelses- og medarbejderniveau	Den tværgående ledelse har: - etableret en tværkommunal organisering og styringsramme med et forpligtende samarbejde omkring målgruppen. Herunder udarbejdet fælles mål og retning for arbejdet med Samarbejdsmodellen på tværs af social-sundheds- og beskæftigelsesområdet - opkvalificeret både medarbejdere og ledere i relevant viden og kompetencer med betydning for implementering af Samarbejdsmodellen	Deltagerne på de tværfaglige netværksmøder arbejder mere helhedsorienteret		

4. Samarbejdsmodellens værdigrundlag

Dette kapitel beskriver Samarbejdsmodellens tre grundlæggende værdier: recovery-orienteret rehabilitering, helhedsorientering og ejerskab.

4.1 Recovery-orienteret rehabilitering

Samarbejdsmodellen tager udgangspunkt i en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang (Socialstyrelsen, 2023) i samarbejdet med borgeren. Recovery-orienteret rehabilitering trækker på to forskellige begreber med hvert deres perspektiv - recovery og rehabilitering. Recovery – eller det at komme sig – er borgerens personlige proces, mens rehabilitering handler om den måde, hvorpå den fagprofessionelle samarbejder med borgeren om at skabe de forandringer i livet, som borgeren ønsker. Recovery-orienteret rehabilitering handler således om, at den fagprofessionelle støtter borgeren i sin personlige recovery-proces, og i at realisere et meningsfuldt liv med størst mulig selvstændighed, mestring og livskvalitet, med udgangspunkt i borgerens egne ønsker, håb og drømme for fremtiden.



I recovery-orienteret rehabilitering bygger samarbejdet mellem den fagprofessionelle og borgeren på et ligeværdigt partnerskab, herunder at:

- Borgeren er erfarings ekspert med udgangspunkt i et indefra-perspektiv, og de fagprofessionelle anerkender borgeren som ekspert i eget liv.
- De professionelle bidrager med faglige metoder, systematik og redskaber, som understøtter borgerens recovery-proces.
- I samarbejdet støtter de fagprofessionelle borgeren i at bevare kontrollen over eget liv.

I Samarbejdsmodellen kommer den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang til udtryk ved, at borgerens egne ønsker, håb og drømme sætter retning for de indsatser og aktiviteter, kommunen iværksætter. Indsatserne skal desuden tage udgangspunkt i borgerens muligheder, ressourcer og behov. Derudover skal de fagprofessionelle have fokus på at støtte borgeren i selvstændigt at træffe beslutninger og handle i de situationer, hvor det er muligt, men også på at støtte borgeren i de situationer, hvor borgeren har behov for hjælp.

4.2 Helhedsorientering

I Samarbejdsmodellen er der et grundlæggende fokus på at give en helhedsorienteret og sammenhængende indsats på tværs af indsatser og fagområder. Borgerne i målgruppen har typisk mange samtidige kontaktpunkter i kommunen, da de har behov for tilbud og indsatser på tværs af forskellige indsatsområder. Borgerne kan derfor opleve, at de møder både myndigheder og faggrupper, som arbejder efter forskellige lovgivninger, metoder og krav m.m. (KL, 2021).

Halvdelen af de danske kommuner oplever udfordringer i arbejdet med ældre i social udsathed, hvilket bl.a. skyldes mangel på helhedsorienterede indsatser, der koordinerer på tværs af social- og sundhedsområdet (VIVE, 2018). Kommunale erfaringer (KL, 2021) peger desuden på, at indsatser til borgere med komplekse problematikker, skal være mere sammenhængende,

overskuelige og med større effekt og kvalitet. Udfordringen er ofte, at sammenhængen mellem borgerens mange indsatser forsvinder, når de fagprofessionelle hver især skal leve op til egne myndighedskrav og faglige tilgange. De enkelte indsatser risikerer at modarbejde hinanden og derved også borgerens recovery-proces (KL, 2021).

Derudover viser kommunale erfaringer, at det ofte ikke er tilstrækkeligt med koordinering mellem indsatsområder. Derimod er der et behov for nye helhedsløsninger, hvor de forskellige faggrupper arbejder efter fælles mål og skaber fælles løsninger på tværs af indsatsområder (KL, 2021).

I Samarbejdsmodellen kommer den helhedsorienterede tilgang til udtryk ved, at koordinatoren, de fagprofessionelle og andre aktører har et fokus på at etablere en fælles helhedsorienteret plan for den enkelte borger. De fagprofessionelle skal, i fællesskab og sammen med borgeren, udarbejde en fælles løsning for borgerens ønsker og behov. Der skal være en fælles forståelse af og enighed om, hvilke mål der skal arbejdes efter, og hvilke handlinger der skal til for at nå borgerens ønsker og mål. Der er desuden fokus på at styrke det tværfaglige samarbejde, som en forudsætning for at opnå fælles løsninger og øge kvaliteten i den samlede indsats til borgeren.

4.3 Ejerskab

Samarbejdsmodellens tredje værdi er at sikre et ejerskab for borgerens forløb både hos borgeren selv og hos de fagprofessionelle og de øvrige aktører, der er involveret i borgerens forløb.

Ejerskab hos borgeren hænger sammen med Samarbejdsmodellens formål, hvor der er fokus på at understøtte borgerens oplevelse af mestring og kontrol over eget liv. Ejerskab hos borgeren er desuden en del af den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang (Socialstyrelsen, 2023), som har fokus på empowerment og på at støtte borgeren til at tage ejerskab over eget forløb. Forskning viser, at borgerens oplevelse af kontrol over eget liv er nødvendig for at lykkes med den personlige recovery-proces (Socialstyrelsen, 2023). Tilsvarende peger erfaringer fra det kommunale område (KL, 2022) på, at en helhedsorienteret indsats bør tage udgangspunkt i det mål, som borgeren oplever ejerskab overfor. Borgerens ejerskab for målet bliver fremhævet som en forudsætning for at lykkes med indsatsen og det at mestre eget liv, da det hænger sammen med oplevelsen af mening, motivation og engagement.

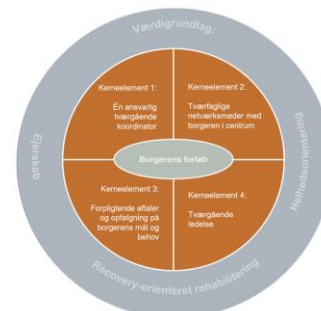
Ejerskab drejer sig om, at det er nødvendigt med et fælles ansvar for borgerens forløb på tværs af områder og sektorer. Som tidligere nævnt, peger kommunale erfaringer (KL, 2021) på, at der er brug for fælles løsninger på tværs af områder og faggrupper, og herved også et fælles ansvar for den samlede indsats. Ofte er det borgerne selv, der skal have overblikket over de forskellige indsatser, og de fagprofessionelle tager kun ejerskab for de mål, som gælder inden for eget myndigheds- og fagområde. For borgere med komplekse problematikker og med mange indsatser er det en udfordring at bevare overblikket. Derudover risikerer indsatserne at stå i vejen for hinanden (KL, 2022).

Samarbejdsmodellens fokus på ejerskab betyder derfor, at alle involverede ressourcepersoner (fagprofessionelle og øvrigt involveret netværk) påtager sig et fælles ansvar for indsatserne i borgerens samlede forløb. Herunder at de involverede fagprofessionelle etablerer en gensidig forpligtelse til ikke kun at nå de mål, de selv er fagligt ansvarlig for, men også at overholde de aftaler som samlet set skal føre borgeren tættere på egne mål og drømme. Derudover skal alle de involverede ressourcepersoner tage et fælles ansvar for at skabe den gode løsning med

udgangspunkt i det, som borgeren selv føler ejerskab for (ønsker, håb og drømme for fremtiden).

5. Samarbejdsmodellens fire kerneelementer

Dette kapitel udfolder Samarbejdsmodellens fire kerneelementer i form af en gennemgang af kerneelementernes indhold og den faglige begrundelse herfor.



5.1 Én ansvarlig tværgående koordinator

Indhold

- Borgeren har én ansvarlig tværgående koordinator, der følger borgeren gennem hele borgerforløbet.
- Koordinatoren er sammen med borgeren ansvarlig for at afdække borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden.
- Koordinatoren er sammen med borgeren ansvarlig for at afholde de tværfaglige netværksmøder, hvor indsatserne bliver koordineret, og hvor der bliver skabt sammenhæng i borgerens forløb på tværs af områder.
- Koordinatoren arbejder tæt sammen med borgeren, formidler forløbet til borgeren og følger op på borgerens aftaler og udvikling.
- Koordinatoren skal optræde som en neutral facilitator med et helhedsorienteret blik, som fastholder fokus på borgerens behov, ønsker, håb og drømme for fremtiden.
- Koordinatoren indgår i et tværfagligt team med andre koordinators, der kommer fra forskellige dele af organisationen og dermed bidrager med viden fra flere relevante fag- og lovgivningsområder, fx social-, sundhed- og beskæftigelsesområdet.

Faglig begrundelse

Alle borgere i Samarbejdsmodellen får tilknyttet en ansvarlig tværgående koordinator, som skal arbejde på at sikre bedre koordinering af og sammenhæng i alle de indsatser, som borgeren modtager. Den tværgående koordinator har ansvar for, at borgeren har overblik over sit forløb, herunder støtten fra de øvrige fagprofessionelle og netværk, samt hvem der kan hjælpe med hvad. Den tværgående koordinator er den, der sikrer, at alle, som borgeren inddrager i sit forløb, har fokus på det, der er vigtigt for borgeren på de tværfaglige netværksmøder.

Den tværgående koordinators opgave, som mødeleder og facilitator på de tværfaglige netværksmøder, indebærer ligeledes opfølgning på de mål og aftaler, som formuleres i samarbejde med borgeren. Den tværgående koordinator skal samlet set bidrage til, at borgeren oplever en højere grad af inddragelse og ejerskab samt øget motivation og retning hen mod at opnå sine mål og drømme for fremtiden.

Det er et afgørende element i Samarbejdsmodellen, at den tværgående koordinator er gennemgående i hele borgerforløbet, da det er grundlæggende for kendskabet til borgerens livssituation og for borgerens tillid til den tværgående koordinator. Erfaringen fra projektkommunerne er, at målgruppen ofte er borgere, som gennem mange år i systemet har opbygget en stor mistillid til systemet og til de fagprofessionelle, som de møder. Det tager derfor tid at opbygge en tryk og tillidsfuld relation, hvilket er afgørende for, om den tværgående koordinator kan lykkes i samarbejdet med borgeren. Herunder at borgeren har mod på at være

ærlig om egne behov og ønsker, samt at borgeren føler sig tryk i indsatsen og på de tværfaglige netværksmøder.

Den tværgående koordinator skal være en fagneutral facilitator, derunder forstået at vedkommende ikke tager udgangspunkt i et bestemt fagperspektiv eller faglig rolle over for borgeren. Den tværgående koordinator skal varetage et helhedsorienteret blik og støtte borgeren i at komme 'hele vejen rundt' i afdækningen af ønsker og behov m.m. Den tværgående koordinator varetager derfor hverken en konkret indsats i forhold til borgeren eller agerer som sagsbehandler. Fokus for den tværgående koordinator er først og fremmest på at støtte borgeren i det, som borgeren ønsker at fokusere på. Som en tværgående koordinator i en af projektkommunerne formulerer det, så sikrer den neutralt faciliterende rolle, at den tværgående koordinator ikke får "*sær-agendaer fra eget fagområde*", og den bidrager til den tværgående koordinators oplevelse af at have mandat til at være mødeleder på de tværfaglige netværksmøder. Derudover kan det udfordre den tillidsfulde relation til borgeren, hvis den tværgående koordinator også har en rolle som den, der tager beslutninger om visitering til indsatser.

Erfaringen fra projektkommunerne er, at det er afgørende for kvaliteten af opgaveløsningen, at den tværgående koordinator er en del af et team med andre koordinatore, som ligeledes arbejder ud fra Samarbejdsmodellen. De koordinatore, som indgår i teamet skal organisatorisk være forankret i forskellige afdelinger, og dermed have adgang til forskellige fagområder og afdelinger på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Som en del af koordinatorteamet kan den enkelte koordinator dermed få sparring på at foretage en helhedsorienteret afdækning af borgerens situation. Gennem sparringen med koordinator-kolleger får koordinatorene et bedre overblik over den kommunale organisation og dermed også kendskab til borgerens muligheder. I teamet kan koordinatorene støtte hinanden i de ofte meget krævende og komplekse borgerforløb og i at arbejde ud fra en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Endelig bidrager teamet af koordinatore til at øge kendskabet til Samarbejdsmodellen i hele kommunen, hvilket medfører en bredere opsporing af borgere, og med tiden også, en bedre organisatorisk forankring af den helhedsorienterede Samarbejdsmodel.

For oplysninger om udmøntning af kerneelementet se Metodehåndbogen.

5.2 Tværfaglige netværksmøder med borgeren i centrum

Indhold

- Borgeren og den tværgående koordinator afholder et antal tværfaglige netværksmøder med deltagelse af relevante ressourcepersoner fra borgerens fagprofessionelle såvel som private netværk, så længe borgeren har behov.
- Fokus på de tværfaglige netværksmøder skal være de temaer og mål, som borgeren i samarbejde med den tværgående koordinator har valgt, og herunder på at igangsætte og/eller koordinere borgerens indsatser samt at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, målrettet borgerens samlede livssituation og behov.
- Drøftelserne på det tværfaglige netværksmøde skal følge den fastlagte dialogproces, i tråd med en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Drøftelserne skal understøtte en fælles formulering af løsninger på borgerens ønsker og mål samt en fælles retning på indsatserne (se Metodehåndbogen for nærmere oplysninger).

- Med støtte fra den tværgående koordinator skal borgeren beslutte dagsorden og rammer for det tværfaglige netværksmøde, samt hvilke ressourcepersoner der skal deltage i mødet.
- Ressourcepersonerne fra borgerens samlede netværk er ansvarlige for at bidrage med nyttige perspektiver på borgerens tema og skal byde ind med mulige løsninger set fra deres faglige perspektiv og/eller fra deres kendskab til borgeren.

Faglig begrundelse

De tværfaglige netværksmøder skal sikre en helhedsorienteret indsats, hvor alle tilbud og indsatser til borgeren er koordinerede, og alle arbejder i en fælles retning med udgangspunkt i borgerens ønsker, håb og drømme. De tværfaglige netværksmøder giver mulighed for et koordineret samspil mellem fagligheder og indsatser, som tilsammen udgør kernen i den helhedsorienterede tilgang i Samarbejdsmodellen. De tværfaglige netværksmøder giver borgeren mulighed for at drøfte egne mål, ønsker og behov med alle de relevante ressourcepersoner, som borgeren og den tværgående koordinator har valgt at inddrage. Herved kan borgeren og deltagerne i det tværfaglige netværksmøde skabe en indsats, der er meningsfuld for borgerens livssituation og valgte temaer.

Drøftelserne på det tværfaglige netværksmøde tager udgangspunkt i en fastlagt dialogproces (se Metodehåndbogen), hvor alle deltagere på skift giver input til, hvad der skal til for at komme tættere på borgerens mål. Den fastlagte dialogproces skal støtte deltagerne i at fastholde en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang i samarbejdet med borgeren, hvor udgangspunktet er borgerens egne mål og ønsker. Dialogprocessen skal således understøtte, at alle deltagerne bringer deres perspektiver og faglige viden i spil, samtidig med, at den giver borgeren mulighed for at respondere herpå, herunder korrigere eventuelle misforståelser. Dialogprocessen skal derudover bidrage til, at alle deltagere på det tværfaglige netværksmøde tager ansvar for den samlede helhedsorienterede indsats, og ikke kun for de faglige målsætninger på deres eget felt. Deltagerne skal således også bidrage med perspektiver eller løsninger, der rækker ud over deres egen funktion og faglighed for at bidrage til fælles løsninger. Den særlige dialogproces skal således bidrage til en fælles retning på indsatserne og til en fælles oplevelse af ejerskab over den helhedsorienterede indsats.

Erfaringerne fra projektkommunerne peger på, at den særlige dialogproces bidrager til borgerens oplevelse af blive lyttet til og taget alvorligt. Derudover er erfaringen fra projektkommunerne, at de tværfaglige netværksmøder bidrager til at styrke samarbejdet blandt de fagprofessionelle, ved at øge kendskabet til de andres muligheder og fagligheder. Det er også en erfaring fra projektkommunerne, at de tværfaglige netværksmøder kan styrke samarbejdet mellem borgeren og ressourcepersonerne, og eksempelvis også forbedre en ellers konfliktfyldt relation mellem borgeren og den fagprofessionelle.

Forberedelsen af de tværfaglige netværksmøder skal ske i et samarbejde mellem borgeren og den tværgående koordinator. Hensigten med dette er både at støtte borgeren i at tage et ejerskab over eget forløb og at sikre, at de tværfaglige netværksmøder er tilpasset borgerens ønsker og behov. Borgeren skal, sammen med koordinatoren, tage stilling til, hvilke rammer borgeren har behov for, for at føle sig tryk, og hvilke temaer borgeren ønsker at drøfte med deltagerne. Derudover skal borgeren, sammen med koordinatoren, beslutte hvilke ressourcepersoner, der skal inviteres. Erfaringerne fra projektkommunerne viser, at det er af afgørende betydning, at de rigtige ressourcepersoner deltager i det tværfaglige netværksmøde, for at deltagerne kan sikre fremdrift i forløbet. Hvilke ressourcepersoner, der er nødvendige at invitere, kan variere fra gang til gang. Ressourcepersonerne kan både inkludere

fagprofessionelle fra kommunen, det regionale sundhedsvæsen, civilsamfundsorganisationer eller andre, som borgeren ønsker at inddrage. Herunder også borgerens personlige netværk, typisk nærmeste pårørende eller venner.

For oplysninger om udmøntning af kerneelementet se Metodehåndbogen.

5.3 Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og behov

Indhold

- Borgeren skal indgå forpligtende aftaler med deltagerne på de tværfaglige netværksmøder om, hvordan de kan bidrage til borgerens recovery-proces, og til at borgeren kommer tættere på egne ønsker, håb og drømme for fremtiden. Herunder aftaler om hvilke indsatser eller anden form for støtte deltagerne skal bidrage med i borgerens forløb.
- Borgeren og deltagerne på de tværfaglige netværksmøder skal også indgå aftaler om opfølgning, herunder hvem der er ansvarlige for at følge op på det, der er aftalt, samt hvornår og hvordan der bliver fulgt op.
- Den tværgående koordinator er i samarbejde med borgeren ansvarlig for at følge op på, hvordan det samlet set går med borgerens forløb og recovery-proces, samt at sikre at ovennævnte aftaler bliver overholdt.
- På de tværfaglige netværksmøder skal deltagerne sammen med borgeren følge op på borgerens mål og aftaler og på den baggrund vurdere, om der skal sættes nye mål og formuleres nye aftaler.
- Aftaler om både indsatser, støtte og opfølgning skal formuleres i et Mål- og aftaleskema, så alle deltagerne har det samlede overblik over aftaler og mål (se Metodehåndbogen for nærmere oplysninger).

Faglig begrundelse

På de tværfaglige netværksmøder skal borgeren og deltagerne indgå forpligtende aftaler om de indsatser og anden støtte, deltagerne skal bidrage med i borgerens forløb. Aftalerne har til formål at skabe grundlaget for både et individuelt ansvar hos borgeren, og for et fælles ejerskab og ansvar for borgerens forløb, hos alle de involverede deltagere. Hensigten er, at forpligte alle på at arbejde i den samme retning, til understøttelse af borgerens mål og med udgangspunkt i borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden.

Erfaringen fra projektkommunerne er, at de forpligtende aftaler, understøtter, at borgeren oplever en fælles vilje og handlekraft på netværksmøderne, og at de er med til at sikre udvikling i borgerens forløb og recovery-proces. Derudover er erfaringen fra projektkommunerne, at de forpligtende aftaler bidrager til at skabe en øget motivation og følelse af ejerskab over det videre forløb hos borgeren, fordi borgeren oplever at blive lyttet til og taget alvorligt.

Den tværgående koordinators opgave med at følge op sammen med borgeren tjener flere formål. Hvis en aftale ikke er blevet overholdt, kan den tværgående koordinator efter aftale med borgeren tage kontakt med den relevante ressourceperson og indgå en ny aftale. Det er et vigtigt element i at sikre fremdrift, men det er også særligt vigtigt for at undgå, at borgeren mister tilliden til de fagprofessionelle, der er indgået aftaler med. Målgruppen for indsatsen har, som tidligere nævnt, ofte mistillid til systemet og de fagprofessionelle, og savner troen på, at deres livssituationen kan forandre sig. Erfaringen fra projektkommunerne er, at hurtigt

opfølgning og handling er helt afgørende for borgerens tillid til systemet både i forhold til at gennemføre de aftalte indsatser, men også hvis der opstår udfordringer i forløbet.

Imellem netværksmøderne, skal den tværgående koordinator og borgeren følge op på, hvordan borgeren oplever forløbet og recovery-processen, herunder borgerens udvikling, og hvilke mål borgeren opnår. Hensigten er at understøtte muligheden for at (gen)opbygge en mere positiv identitet hos borgeren og en oplevelse af succes gennem en synliggørelse af borgerens positive udvikling. Koordinatoren skal derfor støtte borgeren i at få øje på, hvordan vedkommende selv har været med til at sætte gang i en positiv forandring, opnået sine mål og derigennem opnået øget trivsel i hverdagen. I det ligger der et potentiale for at understøtte en empowerment-proces hos borgeren, der indebærer muligheden for at genvinde magten og kontrollen over eget liv med afsæt i egne ressourcer (Socialstyrelsen, 2023). Det er ligeledes en central del af den recovery-orienteret rehabiliterende tilgang (Socialstyrelsen, 2023), at den fagprofessionelle skal understøtte en positiv tænkning med fokus på håb, drømme og fremtidsoptimisme. Eksempelvis ved at tro på muligheden for at komme sig, at være motiveret for forandring, værdsætte succesoplevelser og være i relationer, som giver håb.

Aftalerne om både indsatser og anden støtte samt opfølgning skal formuleres i Mål- og aftaleskemaet, for at sikre at alle involverede, herunder også borgeren, har det samlede overblik over aftaler og mål. Dette skal desuden understøtte en systematisk opfølgning på de igangsatte indsatser, og at borgerens resultater kan dokumenteres.

For oplysninger om udmøntning af kerneelementet se Metodehåndbogen.

5.4 Tværgående ledelse

Indhold

- Kommunen skal etablere en tværgående ledelsesstruktur på tværs af ledelsesniveauer og de områder, som er en del af eller har snitflader til Samarbejdsmodellen.
- Den tværgående ledelse skal være forankret på strategisk (gerne politisk) niveau, og beslutningen om implementering af Samarbejdsmodellen skal derfor være taget på dette niveau.
- Den tværgående ledelse er ansvarlig for at sikre opbakning til Samarbejdsmodellen på både ledelses- og medarbejderniveau.
- Det strategiske lederniveau skal sikre, at direktionen, ledere og medarbejdere aktivt tager stilling til, hvorfor kommunen skal anvende Samarbejdsmodellen. Derudover skal det strategiske niveau definere et tydeligt fælles mål for arbejdet med Samarbejdsmodellen, som kan være retningsangivende i arbejdet med den enkelte borger på tværs af fagområder.
- Kommunen skal etablere en tværgående ledergruppe med relevante chefer, ledere og afdelingsledere for de berørte afdelinger i kommunen.
- Den tværgående ledergruppe er samlet set ansvarlig for at implementere Samarbejdsmodellen. Herunder skal ledergruppen beslutte lokale løsninger for udmøntning af Samarbejdsmodellen, og den skal tilpasse lokal praksis, så medarbejdere kan arbejde i overensstemmelse med Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag.

- Den tværgående ledergruppe har ansvar for at prioritere ressourcer, sikre de nødvendige rammer og understøtte det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper og mellem afdelinger.

Faglig begrundelse

Undersøgelser vedrørende helhedsorientering på det kommunale område (Social- og Boligstyrelsen, 2023 og KL, 2021) viser, at processen med at omstille, tilpasse og kapacitetsopbygge på tværs af velfærdsområder kræver, at der er et vedvarende strategisk og ledelsesmæssigt fokus. Omstillingsprocessen forudsætter en centralt placeret forankring, som kan drive opgaven på tværs af velfærdsområder, så implementeringen ikke risikerer at blive afgrænset til én søjle. Tilsvarende viser erfaringer fra projektkommunerne, at det kan være en udfordring at inddrage og samarbejde med afdelinger, der ikke er repræsenteret i den tværgående ledelse af Samarbejdsmodellen, da der kan være modstridende prioriteringshensyn. Den tværgående ledelse for Samarbejdsmodellen skal derfor være forankret på strategisk (gerne politisk) niveau. Når den tværgående ledelse er forankret på strategisk niveau, sender det et signal til resten af organisationen om, at der er opbakning til Samarbejdsmodellen fra øverste ledelse. Det er afgørende for at legitimere, at alle øvrige ledelsesniveauer på tværs af forvaltninger og myndighedsområder skal prioritere ressourcer til implementering og drift af Samarbejdsmodellen.

Opbakning og ejerskab i den tværgående ledelse sikrer ligeledes, at ledelsen selv er engageret og ønsker at prioritere Samarbejdsmodellen, men det er også i høj grad grundlaget for at kunne skabe ejerskab hos de medarbejdere, der er involveret i Samarbejdsmodellen. En undersøgelse om helhedsorienterede indsatser på det kommunale område (Social- og Boligstyrelsen, 2023) peger på, at det er en forudsætning for implementering af en helhedsorienteret indsats, at ledere og medarbejdere på tværs af organisationen arbejder ud fra ét fælles tydeligt defineret mål, som er forankret på strategisk niveau. Det fælles mål sætter en tydelig retning for arbejdet på tværs af faglige perspektiver og danner grundlag for en fælles retning og forståelse af løsningsrummet. Undersøgelsen peger desuden på, at det er afgørende for implementeringen, at der på tværs af forvaltningsområderne er enighed blandt ledere og medarbejdere om, hvorfor det er vigtigt at omstille og tilpasse organisationen til at arbejde helhedsorienteret. Herunder også en fælles forståelse af, hvordan det adskiller sig fra eksisterende praksis (Social- og Boligstyrelsen, 2023). Tilsvarende viser erfaringer fra projektkommunerne, at det kræver en aktiv ledelsesmæssig indsats med vedvarende tværgående drøftelser, for at kunne skabe ejerskab og en fælles retning på tværs af områder og faggrupper. Herunder drøftelser om, hvorfor det giver mening at anvende Samarbejdsmodellen i den enkelte kommune, hvad det fælles mål er med at anvende Samarbejdsmodellen, samt hvad det betyder i praksis.

En undersøgelse fra KL peger på, at det er nødvendigt med ledelsesmæssig opbakning til at lade borgerens egne mål og drømme for fremtiden være styrende for samarbejdet med borgeren, hvis koordinering på tværs skal understøtte den rette recovery-orienteret rehabiliterende indsats (KL, 2021). Etablering af en tværgående ledergruppe, skal derfor være med til at understøtte, at medarbejderne har ledelsesopbakning til at følge borgerens egne ønsker, behov og mål.

Erfaringerne fra projektkommunerne er, at det er en omfattende proces at omstille organisationen til at arbejde ud fra Samarbejdsmodellen, bl.a. fordi den stiller store krav til organisering, medarbejderkompetencer og samarbejdet på tværs. En stærk implementering af Samarbejdsmodellen kræver derfor, at den tværgående ledergruppe prioriterer tilstrækkeligt med ressourcer både ved implementering, men også når modellen overgår til drift. Derudover vil det være nødvendigt at gentænke dele af den lokale praksis, så den er i overensstemmelse med Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag.

Næste kapitel om "Implementeringsgreb" (kap. 6) indeholder flere oplysninger om udmøntning af kerneelementet.

6. Implementeringsgreb

Arbejdet med Samarbejdsmodellen som en helhedsorienteret model kræver et vedholdende og længerevarende ledelsesmæssigt fokus på at få de nødvendige ledere og medarbejdere til at arbejde ud fra modellens grundlæggende værdier og kernelementer.

Dette kapitel beskriver fire overordnede implementeringsgreb, der i modningsprojektet har vist sig at være særligt vigtige for en succesfuld implementering af Samarbejdsmodellen, og som den tværgående ledelse har til opgave at sikre udførelsen af. Implementeringsgrebene og de tilhørende aktiviteter er derfor udmøntningen af kerneelementet Tværgående ledelse (jf. ovenstående afsnit 5.4 Tværgående ledelse") i praksis.

Implementeringsgrebene hænger indbyrdes sammen, og en given kommune kan med fordel arbejde parallelt med de forskellige implementeringsgreb. Beskrivelsen af hvert greb rummer en række aktiviteter, der præciserer, hvordan ledelsen kan arbejde med implementeringsgrebene. Nedenstående figur opsummerer de fire implementeringsgreb.

Figur 1: De 4 grundlæggende implementeringsgreb ved implementering af Samarbejdsmodellen

IMPLEMENTERINGSGREB	1. Skab ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer
	2. Skab gode rammer for et team af koordinatore
	3. Formuler en tværgående styringsmæssig ramme
	4. Opkvalificering nøglepersoner i Samarbejdsmodellen

6.1 Skab ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer

Som beskrevet under kerneelementet "Tværgående ledelse" i afsnit 5.4 er ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer nødvendig for at sikre prioritering af ressourcer til Samarbejdsmodellen og for at skabe de bedste rammer, så medarbejderne kan arbejde med modellen. Ledelsesmæssig opbakning kræver for det første, at de rette ledelsesniveauer er involveret, og at Samarbejdsmodellen ledelsesmæssigt er forankret på tværs af organisationen. Derudover er det nødvendigt, at hele den involverede ledelse, på tværs af niveauer og områder, kan se værdien af at anvende Samarbejdsmodellen, og at ledelsen sammen sætter et fælles mål og retning for anvendelsen af modellen.

Aktiviteter

- **Tag beslutningen om implementering af Samarbejdsmodellen på direktionsniveau og/eller politisk niveau**, på baggrund af et relevant beslutningsgrundlag. Beslutningsgrundlaget bør indeholde indledende overvejelser om, hvilke lokale udfordringer Samarbejdsmodellen potentielt kan løse på tværs af kommunen og for hvilken målgruppe. Derudover bør det angive, hvilket udbytte kommunen potentielt kan forvente på borgerniveau, herunder erfaringer vedrørende omkostninger forbundet med implementering og drift samt en tydelig afgrænsning af målgruppe-potentialet i den pågældende kommune. En del af grundlaget for denne

viden kan findes i modningsprojektets evaluering "Samarbejdsmodellen til ældre borgere i en socialt udsat position. Slutevaluering".

- **Samarbejdsmodellen bør forankres hos den direktør, der er ansvarlig for de berørte områder i kommunen.** Herunder social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Afhængig af kommunens konkrete organisering kan der være behov for, at forankre Samarbejdsmodellen hos flere relevante direktører med henblik på at favne alle berørte områder.
- **Udpeg ledere og chefer til den tværgående ledergruppe.** Når den tværgående ledergruppe inkluderer ledelse på flere niveauer og på tværs af alle berørte afdelinger i kommunen, har alle relevante ledere med en aktie i Samarbejdsmodellen mulighed for at præge, hvordan modellen kan give mening og skal fungere i den lokale praksis. Det bidrager til ejerskab og opbakning på tværs af ledelsen. Den tværgående ledergruppe skal som minimum bestå af ledere og chefer for de medarbejdere, der har rollen som tværgående koordinatore. Derudover er det gavnligt at inkludere ledere og/eller chefer for afdelinger og områder, hvor borgere i målgruppen ofte har indsatser eller behov for anden støtte.
- **Udpeg en daglig leder af Samarbejdsmodellen,** der kan sikre fremdrift og handling på ledelsesbeslutninger.
- **Skab ejerskab og en fælles retning på ledelsesniveau,** gennem drøftelser og beslutningsprocesser. Den strategiske ledelse skal sætte en overordnet retning for arbejdet gennem formulering af et overordnet mål for Samarbejdsmodellen. Den tværgående ledelse skal derudover beskrive og formidle deres fælles forståelse af:
 - Hvorfor Samarbejdsmodellen er en relevant løsning på lokale udfordringer. Herunder gennem inddragelse af faglige perspektiver på, hvordan Samarbejdsmodellen styrker både borgernes trivsel samt kerneopgaven på tværs af de involverede områder
 - Hvad ledelsen ønsker at opnå ved anvendelse af Samarbejdsmodellen på tværs af forvaltningsområder
 - Hvordan Samarbejdsmodellen spiller sammen med andre strategiske dagsordner og udviklingstiltag i kommunen
 - Hvordan ledelsen bedst kan sikre rammerne for, at Samarbejdsmodellen kan fungere i praksis. Herunder hvilke overordnede ressourcemæssige prioriteringer arbejdet med modellen kræver i praksis

6.2 Skab gode rammer for et team af koordinatore

Som beskrevet under kernelementet "En ansvarlig tværgående koordinator" i afsnit 5.1 har erfaringerne fra projektkommunerne vist, at det er afgørende for koordinatorenes opgaveløsning, at koordinatorene er etableret i et tværfagligt koordinatorteam. Derfor skal kommunen sikre organisatoriske og fysiske rammer, der understøtter koordinatorenes samarbejde, erfaringsdeling og løbende sparring som et team.

Aktiviteter

- **Udpeg tværgående koordinatore** fra relevante afdelinger på tværs af social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Det kan være medarbejdere fra de afdelinger, borgerne har brug for støtte fra fx hjemmesygeplejen, udfører og myndighed på socialområdet, myndighed på beskæftigelsesområdet, ydelse, borgerservice og

socialsygeplejen. Vælg medarbejdere, der kender kommunens tilbud, metoder og arbejdsgange godt.

- **Prioriter nok timer og et lavt caseload** for koordinatorene i Samarbejdsmodellen. Prioriter at hver koordinator har tilstrækkeligt med timer til opgaverne i de konkrete borgerforløb, sparring i koordinatorteamet og til at kunne opøve og vedligeholde kompetencer. Prioriter et lavt caseload, særligt for nye koordinatore og særligt i implementeringsfasen, så den gode opgaveløsning understøttes og giver mulighed for at arbejde med tilpasning af den lokale praksis ved behov.
- **Udpeg en tovholder for det tværgående koordinatorteam**, der har ansvaret for, at sparringsmøder i teamet bliver prioriteret, og at der afholdes aktiviteter, der understøtter den faglige sparring og udvikling for koordinatorene herunder løbende kompetenceudvikling. Det kan med fordel være den daglige leder af Samarbejdsmodellen, der er tovholder for koordinatorteamet.
- **Stil lokaler til rådighed for koordinatorteamet**, hvor koordinatorene kan mødes til sparring samt opholde sig, når de arbejder med Samarbejdsmodellen. Egne lokaler understøtter muligheden for faglig sparring, et tæt samarbejde og kan sikre, at koordinatorene har ro til at fokusere på arbejdet i Samarbejdsmodellen.

6.3 Formuler en tværgående styringsmæssig ramme

Erfaringerne fra projektkommunerne viser, at implementering af Samarbejdsmodellen er udfordret på de kommunale områder, hvor praksis ikke stemmer overens med Samarbejdsmodellens aktiviteter, kerneelementer og/eller værdigrundlag. Derudover kan der være behov for at afprøve løsninger, som ikke nødvendigvis har været prøvet før, hvilket kan udfordre eksisterende praksis. Kommunen bør derfor udarbejde en tværgående styringsmæssig ramme for anvendelsen af Samarbejdsmodellen, som definerer 'fælles spilleregler' og fælles forståelser af praksis på tværs af de involverede områder og afdelinger, som medarbejdere og ledere kan navigere efter i den daglige praksis. Nedenstående aktiviteter er eksempler på konkrete rammer, som kommunerne med fordel kan implementere.

Aktiviteter

- **Understøt, at medarbejdere, fra alle involverede afdelinger, arbejder ud fra en fælles forståelse af den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang.** Ledelsen skal tydeligt formidle, at borgerens egne ønsker, håb og drømme for fremtiden er styrende for borgerens forløb og indsatser samt for samarbejdet med borgeren.
- **Understøt, at ledere og medarbejdere føler et fælles ansvar for at finde de gode løsninger for borgerne.** Ledelsen skal både tage et fælles ejerskab for fælles løsninger, og ledelsen skal udbrede forståelsen af det fælles ansvar på medarbejderniveau. Herunder, at alle involverede skal tage ansvar ind i borgersagerne uagtet, hvilken lovgivning eller myndighedsområdeborgersagen i udgangspunktet hører under.
- **Understøt koordinatorenes mandat til opgaveløsningen.** Ledelsen skal tydeligt formidle koordinatorenes mandat til opgaveløsning på tværs af områder og afdelinger. Herved kan ledelsen undgå, at der opstår modstand eller konflikter ved indkaldelse til og afholdelse af de tværfaglige netværksmøder. Fx har koordinatorene et klart mandat til at agere mødeleder og kan både stoppe en drøftelse, som ikke er en del af borgerens valgte temaer og insistere på at indsatserne skal følge borgerens egne ønsker og behov.

- **Beslut at Samarbejdsmodellen har forrang og overtager koordineringsopgaven.** Ledelsen skal formulere en klar definition af, hvornår kommunen tilbyder borgeren et forløb i Samarbejdsmodellen, og hvilken betydning det har for eksisterende indsats og hjælp til koordinering, som borgeren allerede modtager. Herunder skal ledelsen definere, hvornår en indsats foregår i regi af Samarbejdsmodellen, og hvornår en indsats foregår i regi af andre indsats.
- **Uddeleger beslutningskompetence til de faglige medarbejdere, der deltager på de tværfaglige netværksmøder.** Ledelsen bør uddelegere den økonomiske beslutningskompetence, så medarbejderne på netværksmødet har mandat til at tilbyde en specifik indsats. Herved kan medarbejderne anvende deres faglige kompetencer til at tænke kreativt og fleksibelt i arbejdet med at nå borgerens mål samt til at træffe beslutninger og handle hurtigt.
- **Indfør en smidig og agil struktur for involvering af ledelse,** når der er behov for afklaring af indhold eller økonomi i en løsning til borgeren. Der vil særligt være behov for dette, hvis ikke beslutningskompetencen uddelegeres til medarbejderniveauet. Det afgørende her er, at der sikres en agilitet i beslutningsprocedurerne, hvor der hurtigt kan træffes beslutninger i de enkelte borgerforløb.
- **Overvej at indføre kommunal mødepligt til de tværfaglige netværksmøder og faste mødedage med forhåndsreserveret tid,** hvor koordinatorene har mulighed for at indkalde til tværfaglige netværksmøder med henblik på at minimere kalender-udfordringer og sikre deltagelse fra relevante fagprofessionelle.

6.4 Opkvalificer nøglepersoner i Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen går på tværs af forskellige kommunale områder og faggrupper, og ved implementering af Samarbejdsmodellen er der i nogen grad tale om et kulturskifte i store dele af den kommunale organisation. Det er derfor nødvendigt at udbrede viden om

Samarbejdsmodellens grundlæggende værdier og kernelementer med henblik på at skabe en fælles forståelse af Samarbejdsmodellen, og hvordan medarbejdere og ledere skal udføre modellen i praksis. Den tværgående ledelse har ansvaret for at sikre, at både koordinatorene, den tværgående ledelse samt de medarbejdere, der deltager i de tværfaglige netværksmøder, har den nødvendige viden og kompetencer. Der er dog forskel på, hvilket niveau af viden og kompetencer der er behov for på tværs af ledelse og medarbejdere.

De tværgående koordinatore har en særlig rolle i Samarbejdsmodellen og er dem, der i den daglige praksis står som garant for udmøntning af den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang i mødet med borgeren, og som sikrer koordinering ud fra borgerens ønsker og behov. De sikrer det gode samarbejde med relevante ressourcepersoner, før, under og efter netværksmødet. Erfaringerne fra projektkommunerne er, at koordinatorene ofte har brug for yderligere kompetenceudvikling og tværfaglig viden som supplement til viden om Samarbejdsmodellen. Derfor bør kommunen være særlig opmærksom på at sikre, at koordinatorene har de rette kompetencer.

Aktiviteter:

- **Udarbejd en plan for opkvalificering af relevante ledere og medarbejdere.** Som en del af planen skal kommunen sikre, at både medarbejdere og ledere har nødvendig tid til at sætte sig ind i Samarbejdsmodellen. Derudover skal kommunen specificere, hvilke drøftelser der skal til for at få et tværgående fælles fundament og forståelse af modellen. Endelig skal der tages stilling til både vedligehold af viden og kompetencer og til løbende kompetenceudvikling af både nye koordinatore, nye ledere samt de medarbejdere, der ofte deltager på de tværfaglige netværksmøder.
- **Understøt at den tværgående ledelse sætter sig ind i og har en grundlæggende forståelse for Samarbejdsmodellen.** Herunder Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag, samt hvorfor modellen er virksom for målgruppen. Derudover har den tværgående ledelse brug for en god forståelse for aktiviteterne i Samarbejdsmodellens borgerforløb og for den fælles formulering af mål og indsatser, der sker på tværs af faggrupper på de tværfaglige netværksmøder. Det er nødvendigt for at kunne forstå, hvordan en indsats efter Samarbejdsmodellen er anderledes end andre koordinerende indsatser, og hvad det betyder i mødet med eksisterende praksis.
- **Understøt at koordinatorene og den daglige leder sætter sig grundigt ind i, hvordan Samarbejdsmodellen udføres i praksis.** Herunder Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag, forståelse for målgruppen og kompleksiteten i borgernes problemstillinger, samt hvorfor og hvordan modellen er virksom. Herunder også borgerforløbets faser og de tilhørende aktiviteter, redskaber og den faglige tilgang i et borgerforløb efter Samarbejdsmodellen.
- **Understøt at koordinatorene har nødvendige faglige kompetencer, der understøtter arbejdet med Samarbejdsmodellen.** Herunder har koordinatorene brug for opkvalificering i:
 - Recovery-orienteret rehabilitering – så koordinatorene har fælles forståelse og kompetence til at arbejde efter recovery-orienteret rehabilitering i praksis.
 - Relationelle kompetencer – så koordinator kan oparbejde en god og tillidsfuld relation til borgeren, sikre det gode samarbejde mellem ressourcepersonerne og borgeren samt understøtte, at ressourcepersonerne på bedste vis kan sætte deres viden og kompetencer i spil.
 - Mødeledelse – så koordinator formår at facilitere netværksmødet og sikre den gode og åbne dialog mellem borgeren og deltagerne på de tværfaglige netværksmøder.
 - Tværfaglig viden om den pågældende kommunes organisering af de relevante forvaltningsområder, herunder viden om de forskellige kommunale indsatser og tilhørende faglige perspektiver, metoder, rammer m.m.
- **Understøt nødvendigt vidensniveau hos medarbejdere, der ofte deltager på de tværfaglige netværksmøder.** Medarbejderne skal have en overordnet forståelse for Samarbejdsmodellens kerneelementer- og værdier, samt hvordan Samarbejdsmodellen skaber værdi for borgeren. Derudover skal deltagerne kende deres egen rolle og opgave for at kunne bidrage aktivt på de tværfaglige netværksmøder. Medarbejderne skal desuden have stærke monofaglige kompetencer, så de tør tænke kreativt og fleksibelt i løsningerne på borgernes problematikker samt tør anvende evt. uddelegeret beslutningskompetence.

7. Litteraturliste

KL. (2021). Helhedsorienterede indsatser for udsatte borgere - Hvorfor og hvordan. København: KL.

KL. (2022). Helhedsorienterede indsatser for udsatte borgere – Metoder og redskaber. København: KL.

Rambøll. (2017). Ti kommuners foreløbige erfaringer og resultater med samarbejdsmodellen - opsamling. København: Socialstyrelsen.

Rambøll. (2020). Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov. København: Sundhedsstyrelsen.

Rådet for Socialt Udsatte. (2019). Socialt udsattes situation - årsrapport 2019. Rønne: Rådet for Socialt Udsatte.

Socialstyrelsen. (2023). Recovery-orienteret rehabilitering. Vejledning til praksis. Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien. Odense: Socialstyrelsen

VIVE. (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet. København: VIVE – Viden til Velfærd.

Socialstyrelsen. (2018). Samarbejdsmodellen og bostøtte til unge i hjemløshed og unge i risiko for hjemløshed - Guide til beslutningstagere og stabsfunktioner. Odense: Socialstyrelsen.

Social- og Boligstyrelsen. (2023). Seks kritiske succesfaktorer for implementering af helhedsorienteret indsats for udsatte voksne. Odense: Social- og Boligstyrelsen.



Social- og Boligstyrelsen
Lerchesgade 35, 5
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk