

Metodehåndbog

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: 978-87-85236-81-4

Indhold

1.	Introduktion	1
1.1	Samarbejdsmodellen	2
2.	Borgerens forløb	3
3.	Fase 0: Opsporing, henvisning og visitation	4
3.1	Opsporing og henvisning	4
3.2	Visitation	5
4.	Fase 1: Opstart	7
4.1	Forventningsafstemning og samtykke til deling af oplysninger	7
4.2	Afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden	8
4.3	Kortlægning af borgerens netværk og indsatser	9
5.	Fase 2: Tværfaglige netværksmøder	11
5.1	Forberedelse af tværfagligt netværksmøde	11
5.2	Afholdelse af tværfagligt netværksmøde	14
5.3	Opfølgning på tværfagligt netværksmøde	16
6.	Fase 3: Afslutning	18
6.1	Beslutning om indkaldelse til et afsluttende tværfagligt netværksmøde	19
6.2	Afholdelse af afsluttende tværfagligt netværksmøde	19
7.	Redskaber i Samarbejdsmodellen	21
7.1	Borgerens forløb i Samarbejdsmodellen	22
7.2	Kortlægning af netværk og indsatser	23
7.3	Huskeliste til forberedelse af det tværfaglige netværksmøde	25
7.4	Mål- og aftaleskema	26
7.5	Dagsorden og dialogproces for tværfagligt netværksmøde	27
7.6	Spørgeguide til opfølgning med borgeren	29
8.	Litteraturliste	30

1. Introduktion

Der er et behov for at skabe mere helhedsorienterede og koordinerede indsatser til ældre borgere, der lever i en socialt udsat position og har komplekse problematikker (VIVE, 2018). Social- og Boligstyrelsen har i samarbejde med tre kommuner, Vejen, Hvidovre og Odder Kommune, tilpasset Samarbejdsmodellen fra ungeområdet (Socialstyrelsen, 2018 og Rambøll, 2017) til denne målgruppe gennem et modningsprojekt i perioden 2020-2024. Tilpasning af Samarbejdsmodellen skal være med til at understøtte arbejdet med helhedsorienterede indsatser på det kommunale område, og modellen giver således et kvalificeret bud på, hvordan kommuner kan gribe helhedsorienterede og sammenhængende indsatser an, når borgerne har komplekse støttebehov, der går på tværs af flere indsatsområder. Tilpasningen gør Samarbejdsmodellen velegnet til målgruppen af ældre borgere (50+ år) i en socialt udsat position med komplekse problematikker, som har behov for indsatser på tværs af fx social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. 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.

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 henvender sig særligt til kommunal ledelse, men er også vigtig læsning for medarbejdere, da den giver den grundlæggende forståelse af Samarbejdsmodellen. Indsatsbeskrivelsen giver en indføring i Samarbejdsmodellens målgruppe, indsats teori, 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.

2) Metodehåndbog

Metodehåndbogen henvender sig særligt til de tværgående koordinatore, men skal også supplere vidensgrundlaget hos den kommunale ledelse. Den 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.

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.

1.1 Samarbejdsmodellen

Målgruppen for indsatsen er ældre borgere (50+ år) i en socialt udsat position med komplekse problematikker, hvor der er behov for koordinerede indsatser på tværs af fx social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Samarbejdsmodellen skal overordnet sikre, at borgerne i indsatsen modtager en mere sammenhængende, koordineret og recovery-orienteret rehabiliterende indsats. En indsats, som er tilpasset borgernes samlede situation, udfordringer og behov, og som understøtter, at borgerne kommer tættere på at opnå egne ønsker, håb og drømme for fremtiden. Herunder at borgerne kan leve så selvstændigt som muligt, og at det er muligt at forebygge en forværring af borgernes fysiske, psykiske og sociale udfordringer.

Som illustreret i figur 1, består Samarbejdsmodellen af et værdigrundlag, kerneelementer og borgerens forløb. Borgerens forløb er udmøntningen af kerneelementerne på borgerniveau, og skal udføres i overensstemmelse med værdigrundlaget. Værdigrundlaget består af de tre værdier: Recovery-orienteret rehabilitering, Helhedsorientering og Ejerskab. De fire kerneelementer er:

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

Figur 1: Borgerens forløb, de fire kerneelementer og værdigrundlaget i Samarbejdsmodellen



For uddybende beskrivelse af Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag se Indsatsbeskrivelsen.

2. Borgerens forløb

Figur 2 visualiserer borgerens forløb i Samarbejdsmodellen. Borgerens forløb følger fire faser og indeholder aktiviteter og redskaber, som de tværgående koordinators skal hhv. udføre og anvende i opgaveløsningen. De efterfølgende kapitler (kapitel 3-6) beskriver faserne i borgerens forløb. Herunder borgerforløbets aktiviteter og anvendelsen af tilhørende redskaber. Kapitel 7 indeholder de konkrete redskaber.

Figur 2: Arbejdsgang for et borgerforløb efter Samarbejdsmodellen

FASE	Fase 0 Opsporing, henvisning og visitation	Fase 1 Opstart	Fase 2 Tværfaglige netværksmøder	Fase 3 Afslutning
AKTIVITET	- Fagprofessionelle opsporer og henviser borgeren til en indsats i Samarbejdsmodellen - Kommunen vurderer, om borgeren er i målgruppen og visiterer borgeren til Samarbejdsmodellen	Den tværgående koordinator og borgeren har samtaler om: - Forventningsafstemning og samtykke til deling af oplysninger - Afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme - Kortlægning af borgerens netværk og indsatser	Borgeren og den tværgående koordinator afholder tværfaglige netværksmøder gennem: - Forberedelse - Afholdelse - Opfølgning	Borgeren og den tværgående koordinator afholder et afsluttende tværfagligt netværksmøde gennem: - Beslutning om indkaldelse - Afholdelse
REDSKAB	Lokale redskaber	Netværks- og indsatskort Netværks- og indsatskema	Huskeliste til forberedelse af tværfagligt netværksmøde Mål- og aftaleskema Dagsorden og dialogproces for tværfagligt netværksmøde Spørgeguide til opfølgning med borgeren	Mål- og aftaleskema

3. Fase 0: Opsporing, henvisning og visitation

Dette kapitel beskriver aktiviteterne i fase 0. Fasen ligger forud for opstart af borgerforløbet, og den indeholder opgaver, som den tværgående koordinator ikke alene har ansvar for at udføre i praksis, men også opgaver hvor der vil være behov for involvering af andre aktører både i og uden for kommunen. Fase 0 består af aktiviteter og redskaber vist i nedenstående figur.

Figur 3: Aktiviteter og redskaber i fase 0

FASE	Fase 0: Opsporing, henvisning og visitation
AKTIVITET	Fagprofessionelle og andre aktører opsporer og henviser borgeren til en indsats i Samarbejdsmodellen Kommunen vurderer, om borgeren er i målgruppen og visiterer borgeren til Samarbejdsmodellen
REDSKAB	Lokale redskaber

3.1 Opsporing og henvisning

Første aktivitet i fasen er opsporing og henvisning af borgerne til en indsats i Samarbejdsmodellen. Da borgerne kan have behov, som går på tværs af fx social-, sundheds-, og beskæftigelsesområdet, vil der være en lang række aktører både i kommunen, i regionen og i civilsamfundet, som vil kunne være relevante opsporingsagenter for Samarbejdsmodellen. Kommunen kan med fordel samarbejde med disse i opsporingen af borgerne i målgruppen. Eksempler på opsporende medarbejdere er ansatte i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, opsøgende gadeplansmedarbejdere, sagsbehandlere i jobcenter, personale på frivillige sociale væresteder m.m.

Derudover bør kommunen være opmærksom på, at selvom mange af borgerne i målgruppen allerede har en indsats på enten social-, sundhed- og/eller beskæftigelsesområdet, kan de have udækkede behov, der kræver yderligere indsatser, men som mangler at blive udredt. Derfor bør aktørerne ved opsporing af borgerne ikke kun se på kompleksitet i igangværende indsatser, men også tage højde for kompleksitet i eventuelle yderligere behov hos borgeren. Herunder om det er sandsynligt, at borgerne har udækkede behov, hvilket beror på et fagligt skøn.

For at være i målgruppen til Samarbejdsmodellen skal borgerne være i stand til at indgå i og profitere af modellen, hvilket kræver et vist funktionsniveau. Derfor bør kommunen ikke tilbyde indsatsen til borgere, som fx har brug for en alternativ plejehjemsplads, eller som har omfattende kognitive funktionsnedsættelser (fx ved fremskreden demens).

For at opsporingsagenter reelt set har mulighed for at henvise borgere til modellen, skal de have tilstrækkelig viden om, hvordan målgruppen for Samarbejdsmodellen ser ud lokalt.

Målgruppen skal defineres tydeligt og tilstrækkeligt konkret til, at de forskellige aktører kan genkende målgruppen blandt de borgere, som de er i kontakt med. Kommunen skal lokalt definere proceduren for opsporing og henvisning, herunder hvor i kommunen aktørerne skal rette henvisningen til. Kommunen bør udarbejde informationsmateriale og et henvisningsskema, som både medarbejdere i kommunen og aktører uden for kommunen kan benytte. Derudover bør kommunen aktivt opsøge og informere potentielle opsporingsaktører for at udbrede viden om Samarbejdsmodellen.

Praksiseksempel – opsporing

I modningsprojektet har det i høj grad været de tværgående koordinatore og den lokale projektleder, der har opsøgt de fagprofessionelle og andre aktører, som var relevante for opsporing. Projektkommunerne peger dog på, at det er nødvendigt, at den kommunale ledelse deltager aktivt i at sprede budskabet om Samarbejdsmodellen på tværs af organisationen. Herunder også sikre, at fx koordinatorene får adgang til at fortælle relevante afdelinger om Samarbejdsmodellen og dens målgruppe.

Derudover peger kommunerne på, at det, som en del af kommunikationen, er vigtigt at fortælle de gode historier om, hvad borgerne får ud af en indsats i Samarbejdsmodellen, og hvilke udfordringer Samarbejdsmodellen kan løse både for borgeren og for organisationen. Herved kan andre fagprofessionelle også se meningen med at henvise borgere til Samarbejdsmodellen.

Én kommune fortæller desuden, at definitionen af målgruppen skal være så konkret, at andre fagprofessionelle hurtigt (på et informationsmøde) kan identificere konkrete borgere på deres område, som er i målgruppen for Samarbejdsmodellen.

3.2 Visitation

Den tværgående ledelse definerer den lokale procedure for visitation til en indsats i Samarbejdsmodellen. Medarbejderne, der har fået delegeret visitationskompetencen, tager stilling til, om borgeren falder inden for målgruppen og visiterer. Mange borgere i målgruppen har været i det kommunale system i mange år og nærer mistillid til systemet og til de fagprofessionelle. Erfaringerne fra modningsprojektet er, at det ofte både kan tage tid og være vanskeligt at motivere disse borgere til at tage imod en indsats i Samarbejdsmodellen, fx fordi borgerne ikke tror, at det gør en forskel for deres situation. Samtidig viser erfaringerne fra projektkommunerne, at når systemtrætte borgere oplever Samarbejdsmodellen i praksis, får de tillid til den tværgående koordinator og oplever, at de fleste af deres ønsker, håb og drømme er opnåelige. Erfaringen fra projektkommunerne er derfor, at det er vigtigt at prioritere ressourcer til motivationsarbejdet. Derudover bør den tværgående ledelse være opmærksom på, at etablere en agil og smidig visitationsprocedure, så den tværgående koordinator kan handle hurtigt, når borgeren er motiveret.

Når en kommune visiterer en borger til en indsats i Samarbejdsmodellen, erstatter indsatsen ikke øvrige lovpligtige planer på de forskellige forvaltningsområder. I stedet koordinerer Samarbejdsmodellen en helhedsorienteret indsats på tværs af indsatser fra de forskellige forvaltningsområder, hvor borgerne har handleplaner.

Ved visitationen får borgerne tilknyttet en koordinator. Det er tovholderen for Samarbejdsmodellen, der evt. i samarbejde med koordinatorteamet vælger, hvem der skal være koordinator for borgeren. Borgerens koordinator har derefter ansvar for de næste aktiviteter, herunder at forventningsafstemme med borgeren og at sikre borgerens endelige samtykke til at deltage i en indsats efter Samarbejdsmodellen, jf. Fase 1: Opstart.

Tjekliste fase 0

- Er den lokale målgruppe for Samarbejdsmodellen tydeligt defineret?
- Er der udarbejdet kommunikationsmateriale og henvisningsskema?
- Er det opsøgende arbejde sat i system og understøttet af den tværgående ledelse?
- Har kommunen etableret en agil og smidig visitationsprocedure med en tydelig indgang til visiterende myndighed?

4. Fase 1: Opstart

Fase 1 i Samarbejdsmodellen handler om at komme godt i gang med borgerens forløb. Herunder at den tværgående koordinator lærer borgeren at kende og skaber grundlaget for en god relation til borgeren. Fase 1 består af aktiviteter og redskaber illustreret i nedenstående figur.

Figur 3: Aktiviteter og redskaber i fase 1

FASE	Fase 1: Opstart
AKTIVITET	Den tværgående koordinator og borgeren har samtaler om: • Forventningsafstemning og samtykke til deling af oplysninger • Afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme • Kortlægning af borgerens netværk og indsatser
REDSKAB	Netværks- og indsatskort Netværks- og indsatsskema

4.1 Forventningsafstemning og samtykke til deling af oplysninger

På det første møde mellem den tværgående koordinator og borgeren er det vigtigt, at koordinatoren informerer borgeren grundigt om indsatsens forløb, inden vedkommende giver sit endelige samtykke til at deltage. Derudover er det den tværgående koordinators ansvar at forventningsafstemme med borgeren. Den tværgående koordinator kan med fordel notere de gensidige forventninger til forløbet, så det ved behov kan genbesøges under forløbet i Samarbejdsmodellen.

Til forventningsafstemningen er der udarbejdet en visualisering af borgerens forløb (se punkt 7.1).

Formålet med forventningsafstemningen er, at:

- Borgeren er indforstået med formålet og rammen for en indsats i Samarbejdsmodellen. Herunder at borgeren får støtte til at opbygge kompetencer, så borgeren selv helt eller delvist vil kunne tage ejerskab for sin livssituation, og evt. kan modtage en mindre omfattende indsats på sigt. Alternativt at borgeren kan leve så selvstændigt et liv som muligt, men med fortsat støtte gennem Samarbejdsmodellen.
- Tydeliggøre hvilke forventninger den tværgående koordinator har til borgerens deltagelse, og hvilke forventninger borgeren kan have til koordinatoren og de øvrige fagprofessionelle på de tværfaglige netværksmøder.
- Støtte borgeren i at sætte ord på egne ønsker og forventninger til samarbejdet med koordinatoren samt til egen deltagelse i forberedelse og afholdelse af de tværfaglige netværksmøder.

- Indgå konkrete aftaler om, hvordan borgeren deltager i forberedelse og afholdelse af de tværfaglige netværksmøder samt opfølgning herpå.

På tværs af fagområder kan der være brug for et særskilt samtykke til, at de fagprofessionelle kan dele relevante oplysninger om borgeren i forbindelse med de tværfaglige netværksmøder. Behovet for samtykke til deling af oplysninger afhænger af, bl.a. hvordan kommunen er organiseret, og om der er deltagere på det tværfaglige netværksmøde, som ikke er en del af kommunen. Det er derfor nødvendigt, at den enkelte kommune sikrer den rette lokale procedure for indhentning af samtykke, som lever op til gældende lovgivning. Samarbejdsmodellens recovery-orienterede rehabiliterende tilgang betyder desuden, at borgeren hele tiden skal være med til at vurdere behovet for at udveksle oplysninger om sig selv. Det er aftalerne på netværksmødet, mellem borgeren og de øvrige deltagere, som giver anledning til at udveksle informationer. Som udgangspunkt kan deltagerne og koordinatoren ikke tage initiativ til udveksling af oplysninger uden borgeren.

Praksiseksempel - samtykke til deling af oplysninger

I én kommune skriver borgeren under på et standard samtykkeskema i starten af forløbet. Efterfølgende giver borgeren samtykke til at dele de konkrete oplysninger, som deltagerne har brug for at udveksle. Kommunen anvender enten skriftligt eller mundtligt samtykke, hvor samtykket bliver gemt og registreret i kommunens dokumentationssystem.

En anden kommune anvender udelukkende mundtligt samtykke både ved opstart af forløbet og løbende ved behov. Kommunen registrerer samtykket i kommunens dokumentationssystem.

4.2 Afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden

Ved opstart af et forløb i Samarbejdsmodellen, skal den tværgående koordinator afholde et eller flere møder med borgeren, hvor fokus er på borgerens indefra-perspektiv. Formålet med møderne er at få borgeren til at sætte ord på egne ønsker, håb og drømme for fremtiden, herunder hvad vedkommende oplever som et meningsfuldt liv. Dette skal bidrage til at afdække, hvad borgeren ønsker hjælp til, og hvad der motiverer borgeren til at skabe positive forandringer i eget liv. Borgerens indefra-perspektiv og kortlægningen af livssituationen skal bidrage til et veltilrettelagt og målrettet forløb, der tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, håb og drømme for fremtiden. For at opnå indblik i borgerens indefra-perspektiv og livssituation kan den tværgående koordinator:

- Spørge ind til borgerens ønsker og behov, og hvad borgeren ønsker at forandre eller opnå, både her og nu og på længere sigt. Hvad er et godt liv for borgeren. Hvad gør borgeren glad, og hvad vil borgeren gerne have mere af i sit liv.
- Afdække borgerens sociale, sundhedsmæssige og psykiske situation med fokus på både ressourcer og udfordringer.
- Understøtte borgeren i at vurdere, hvad der er vigtigst for borgeren at fokusere på her og nu.

Afdækning af borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden kan foregå på samme møde som forventningsafstemningen, men der vil ofte være behov for flere møder med borgeren for at

komme i mål. Erfaringen fra projektkommunerne er desuden, at borgernes ønsker, håb og drømme samt behov for støtte ofte forandrer sig med tiden. Som regel kan borgeren ikke rumme at tage fat på alle temaer samtidigt, eller der kan opstå ønsker og behov på et senere tidspunkt, når borgeren er i gang med forløbet. Det kan derfor være en god tilgang at betragte afdækningen som en løbende proces.

Praksiseksempel – ønsker, håb og drømme

Koordinatorerne i projektkommunerne oplever, at det generelt kan være svært at tale med borgerne om deres ønsker, håb og drømme for fremtiden. Udfordringen handler for det første om, at borgerne ikke er vant til at blive spurgt og derfor ofte har svært ved at reflektere over og sætte ord på ønsker for fremtiden. For det andet oplever koordinatorerne, at begreberne ønsker, håb og drømme kan være vanskelige for borgerne at forholde sig til, og at det derfor kræver et oversættelsesarbejde. Kommunerne anvender derfor forskellige redskaber til understøttelse af samtalen med borgeren.

En kommune har udviklet et redskab i form af en dialogguide. Hensigten med guiden er at sikre, at koordinatorerne bliver i stand til at tale med borgerne om ønsker og behov på alle relevante livsområder, også selvom det ligger uden for koordinatorens eget fagområde. Guiden indeholder en række konkrete spørgsmål med eksempler på, hvordan koordinatoren kan spørge ind til de forskellige livsområder. Livsområderne drejer sig om borgerens trivsel, relationer, sundhed/helbred, bolig, økonomi samt ønsker og drømme m.m.

En anden kommune anvender et lokalt udviklet redskab (fra psykiatriområdet) til samtalen om borgernes ønsker, håb og drømme. Redskabet illustrerer et skib, der bevæger sig i bølgegang, med en kaptajn og en besætning. Koordinatoren anvender redskabet til at tale om borgerens ret til at bestemme selv (være kaptajn i eget liv), men at der kan være uvejre undervejs, som gør at borgeren har brug for hjælp til at komme i mål. Borgeren har derfor brug for en besætning på skibet med fx fagprofessionelle eller personer fra borgerens private netværk. Kommunens erfaring er, at redskabet hjælper borgeren til sætte ord på sine ønsker, håb og drømme for fremtiden. Derudover understøtter det borgerens forståelse af, at det er vigtigt at sætte ord på ønsker og behov for at kunne være kaptajn i eget liv.

4.3 Kortlægning af borgerens netværk og indsatser

Det er vigtigt at kortlægge både borgerens netværk og de indsatser, som borgeren modtager. Kortlægningen af netværket skaber overblik over, hvilke ressourcepersoner der er i borgerens liv, som borgeren kan rette henvendelse til og få hjælp af på forskellig vis. Kortlægning af borgerens indsatser skaber tilsvarende overblik over eksisterende indsatser og gør, at alle relevante parter ved, hvilke fagprofessionelle der er tilknyttet borgeren, og hvad formålet med den bevilgede indsats er. Dette bidrager til, at der ikke er eller bliver igangsat parallelle indsatsforløb.

Til afdækning af netværk og indsatser er der udarbejdet to redskaber hhv. Netværks- og indsatskort og Netværks- og indsatskema (se punkt 7.2).

Koordinatoren anvender Netværks- og indsatskortet til at afdække borgerens netværk. Kortlægningen af netværket inkluderer både fagprofessionelle, som leverer en indsats eller anden støtte til borgeren, og personligt netværk. Herunder familie, venner og bekendte, samt kontakter og ressourcpersoner fra civilsamfundet (fx frivillige organisationer som foreninger, kirker, væresteder, andre frivillige sociale tilbud m.m.).

I Netværks- og indsatskemaet noterer koordinatoren både, hvilke ressourcpersoner borgeren har i sit liv, og på hvilken måde ressourcpersonerne kan bidrage til borgerens forløb. Her kan der fx være tale om levering af indsatser og anden støtte, men det kan også dreje sig om, at ressourcpersonen er nær familie eller en ven. Den tværgående koordinator og borgeren kan bruge begge redskaber til planlægningen af de tværfaglige netværksmøder og evt. ved opfølgningen på borgerens forløb. Borgeren kan også medbringe overblikket til møder med fagprofessionelle, der ikke har deltaget på de tværfaglige netværksmøder, så de ligeledes får indsigt i, hvilke indsatser borgeren modtager.

For borgere i en socialt udsat position vil kortlægningen af netværket ofte gøre det tydeligt, at borgerens private netværk er begrænset. Projektkommunernes erfaring er, at dette ofte kan være en ubehagelig erkendelse for borgeren, og at den tværgående koordinator kan være nødt til at gribe kortlægningen anderledes an. I praksis vil viden om borgerens netværk ofte dukke op løbende i samtaler om, hvad der er vigtigt i borgerens liv. Derfor er det op til koordinatoren at vurdere, om kortlægningen af borgerens netværk, samt indsatser, skal være en enkeltstående snak ud fra redskaberne, eller om opmærksomheden herpå i stedet skal inkluderes i de løbende samtaler med borgeren uden brug af redskaberne i samtalerne. Det er dog afgørende, at koordinatoren og borgeren får talt om netværk og indsatser i opstartsfasen for at kunne planlægge de tværfaglige netværksmøder. Den tværgående koordinator kan desuden vælge at anvende lokale redskaber til kortlægningen, såfremt redskaberne har tilsvarende indhold og funktion. Herunder også digitale løsninger og dokumentationssystemer. I så fald skal borgeren have let adgang til oplysningerne.

Tjekliste for fase 1

- Kan borgeren se formålet med forløbet i Samarbejdsmodellen?
- Har borgeren og den tværgående koordinator afstemt forventninger til forløbet?
- Har borgeren kortlagt sit netværk og sine indsatser?
- Har borgeren undersøgt sin livssituation og motivation, herunder ønsker, håb og drømme for fremtiden?

5. Fase 2: Tværfaglige netværksmøder

Fase 2 i Samarbejdsmodellen handler om processen omkring de tværfaglige netværksmøder og opfølgning imellem netværksmøderne. Formålet med denne fase er at sætte borgeren i centrum for en recovery-orienteret rehabiliterende og helhedsorienteret indsats. Fase 2 består af aktiviteter og redskaber illustreret i nedenstående figur.

Figur 4: Aktiviteter og redskaber i fase 2

FASE	Fase 2: Tværfaglige netværksmøder
AKTIVITET	Borgeren og den tværgående koordinator afholder tværfaglige netværksmøder gennem: • Forberedelse • Afholdelse • Opfølgning
REDSKAB	Huskeliste til forberedelse af tværfagligt netværksmøde Mål- og aftaleskema Dagsorden og dialogproces for tværfagligt netværksmøde Spørgeguide til opfølgning med borgeren

Antallet af tværfaglige netværksmøder varierer afhængig af den enkelte borgers behov, mål og drømme. Herunder også, hvilken støtte og indsatser borgeren har behov for, og om der opstår væsentlige ændringer i borgerens situation. Erfaringen fra projektkommunerne viser, at der typisk afholdes to-tre tværfaglige netværksmøder per borgerforløb.

Fase 2 har ingen tidsbegrænsning og varer så længe, borgeren har behov for den koordinerende indsats i Samarbejdsmodellen.

5.1 Forberedelse af tværfagligt netværksmøde

Det tværfaglige netværksmøde kræver grundig planlægning og forberedelse, hvilket koordinatoren er ansvarlig for i samarbejde med borgeren. Borgerens aktive deltagelse og perspektiver i planlægningen er afgørende for, at det tværfaglige netværksmøde har fokus på det, borgeren ønsker at tale om. Derudover bidrager det til, at borgeren føler sig inddraget og er tryk, og at det er muligt for borgeren at tage ansvar og ejerskab for de aftaler, som borgeren og deltagerne indgår på det tværfaglige netværksmøde.

Til forberedelsen af det tværfaglige netværksmøde er der en huskeliste (se punkt 7.3) med de vigtigste opmærksomheder, som borgeren og koordinatoren bør tale om forud for

netværksmødet. Nedenstående afsnit udfolder opmærksomhedspunkterne herfra. Derudover kan koordinatoren anvende Mål- og aftaleskemaet (se pkt. 4.2.2 og 7.4) i forberedelsen af netværksmødet.

5.1.1 Tema, deltagerkreds og ramme for det tværfaglige netværksmøde

Som forberedelse til de tværfaglige netværksmøder, støtter koordinatoren borgeren i at beslutte, hvilke temaer borgeren ønsker at drøfte med deltagerne. Herunder borgerens oplevede ønsker og behov. Det er afgørende for borgerens ejerskab og motivation, at borgeren selv beslutter temaerne. Erfaringerne fra projektkommunerne viser, at borgerne i højere grad opnår at komme tættere på deres ønsker, drømme og et for dem meningsfuldt liv, når de fagprofessionelle og øvrige netværk støtter op omkring det, som borgerne selv identificerer som vigtige temaer og behov.

Derudover kan borgeren og den tværgående koordinator med fordel drøfte borgerens overordnede mål, der ligger til grund for valg af temaerne. Det vil sige, hvad borgeren ønsker at opnå overordnet set eller på længere sigt.

Det bidrager til den fælles retning for indsatserne, når deltagerne på netværksmødet også har øje for borgerens overordnede mål. Herunder til en fælles forståelse af, hvad borgeren vil med sit liv og ønsker at få ud af mødet. Derudover bidrager det til, koordinatorens opgave om at styre dialogen på det tværfaglige netværksmøde i den retning, borgeren har besluttet.

Antallet af temaer eller dagsordenspunkter på mødet afhænger af borgerens ønsker, men der skal være tilstrækkeligt med tid til den særlige dialogproces for drøftelsen af borgerens temaer, som er kernen i det tværfaglige netværksmøde (se pkt. 4.2.1). Det kan derfor være nødvendigt at have fokus på få temaer ad gangen. For at sikre fokus og overskuelighed kan temaerne med fordel skrives ind i Mål- og aftaleskemaet under forberedelsen af det tværfaglige netværksmøde.

Ved forberedelsen til de efterfølgende netværksmøder vurderer borgeren og koordinatoren sammen, hvordan det er gået siden sidste tværfaglige netværksmøde, og i hvilken udstrækning de indgåede aftaler er overholdt. Derudover kan der være temaer, der skal på dagsordenen igen.

Borgeren og koordinatoren beslutter sammen, hvilke ressourcepersoner koordinatoren skal invitere til et tværfagligt netværksmøde. Det kan være relevant at invitere både kendte ressourcepersoner, som er afdækket i kortlægningen af netværk og indsatser, samt øvrige ressourcepersoner, som, koordinator mener, er nødvendige for at drøfte borgerens dagsorden. Det kan fx være deltagere, der kan visitere til eller levere relevante indsatser, eller det kan være deltagere, som på anden vis kan understøtte borgeren i at nå sine mål. Ressourcepersoner kan være fra både kommune, region, civilsamfund og privat netværk. Det afgørende er, at borgeren tager aktivt del i beslutningen om, hvem og hvor mange koordinatoren skal invitere, så deltagerkredsen er i tråd med borgerens aktuelle situation, behov og overskud.

Det er vigtigt, at rammen for det tværfaglige netværksmøde er på plads, så både borgeren og koordinatoren kender deres roller, og føler sig trygge i situationen. Herunder bør koordinatoren og borgeren drøfte tidsrammen, behov for pauser, håndtering af følsomme emner, rolleafklaring mellem koordinatoren og borgeren samt særlige ønsker til sted og rammer. Erfaringen fra projektkommunerne er, at det kan være vanskeligt at finde den helt rigtige ramme fra start, og at det er vigtigt, at borgeren er indforstået med, at der er tale om at afprøve og evt. justere den aftalte ramme ved behov.

Praksis eksempel – rammer for afholdelse af tværfagligt netværksmøde

Erfaringen fra projektkommunerne er, at det kan være en udfordring for borgerne at deltage på de tværfaglige netværksmøder. Fx kan borgerne ofte kun rumme få deltagere, særligt i starten af borgerforløbet. Projektkommunerne tager derfor hensyn til, at der kan være tale om en udviklingsproces for borgerne, og at det kan være nødvendigt at begrænse antallet af temaer for herved også at kunne begrænse antallet af deltagere.

Derudover oplever projektkommunerne, at lokaliteten kan have stor betydning for borgernes oplevelse af tryghed og tager derfor i høj grad hensyn til borgernes behov for trygge fysiske rammer. Eksempelvis kan netværksmøderne blive afholdt i borgernes hjem, men der er også et eksempel på afholdelse i en lokal skov, da den pågældende borger tilbringer meget tid der og oplever at føle sig tryk i skoven.

5.1.2 Indkaldelse og forberedelse af deltagere til det tværfaglige netværksmøde

Når de tværfaglige netværksmøder bliver gennemført efter Samarbejdsmodellen, kan det understøtte en markant og positiv udvikling i borgerens situation. Erfaringerne fra projektkommunerne viser, at det særligt er i forbindelse med de tværfaglige netværksmøder, at borgeren og deltagerne oplever, at den helhedsorienterede tilgang og det tværfaglige samarbejde omsættes til nye løsninger og fremskridt.

Det kan dog være en udfordring for deltagerne at bidrage positivt på de tværfaglige netværksmøder, hvis deres rolle og ansvar ikke er tydelig for dem. Deltagerne har derfor brug for at vide, hvordan de skal bidrage på mødet og i drøftelsen af borgerens temaer. Derudover har deltagerne brug for at vide, hvilke temaer der vil blive drøftet på det tværfaglige netværksmøde, og hvorfor deltagerne er relevante for drøftelsen af temaerne. Dette gør det muligt for deltagerne at afsøge forskellige handlegreb og genopfriske relevante paragraffer forud for netværksmødet. Herigennem er deltagerne godt forberedte ift. deres egen faglighed og kan byde ind med forskellige mulige løsninger.

Det er dog vigtigt, at koordinatoren ikke i forvejen indgår aftaler med borgeren eller deltagerne om at få visiteret bestemte ydelser eller indsatser. Beslutninger om indsatser og anden støtte skal først træffes på det tværfaglige netværksmøde, så alle deltagerne er en del af drøftelsen, sammen med borgeren.

Koordinatoren skal desuden informere deltagerne om, at drøftelserne mellem borgeren og mødedeltagerne skal resultere i, at borgeren beslutter, hvilken støtte og indsatser, der er gavnlige for at nå konkrete mål. På mødet aftaler borgeren og deltagerne, hvem der leverer støtte, og hvornår og hvordan der skal følges op på aftalerne. Hvis en fagperson først skal afklare et tilbud om støtte med nærmeste leder eller lign., indgår borgeren og fagpersonen aftale om tidspunkt for tilbagemelding herom.

Koordinatoren skal derudover informere deltagerne om dialogprocessen for drøftelsen af borgerens tema. Herunder at dialogprocessen skal sikre, at alle perspektiver bliver hørt, og at den stiller nogle særlige krav til deltagerne (jf. afsnit 3.3.2).

Praksiseksempel – forberedelse af deltagerne

Projektkommunerne oplever, at det er vigtigt at forberede deltagerne grundigt forud for de tværfaglige møder, særligt første gang de deltager. Erfaringen er, at forberedelsen af deltagerne har en betydning for deres opbakning til netværksmødet og til den særlige mødestruktur.

Det varierer, hvordan koordinatorene forbereder deltagerne. Nogle sender udelukkende information og dagsorden pr. mail. Andre ringer, hvis det er deltagere uden for kommunen, fx borgers egen læge eller pårørende. Erfaringen er dog, at den bedste måde at forberede deltagerne på er gennem en kort samtale, hvorefter koordinatoren sender en e-mail med beskrivelse af formålet med mødet og med Samarbejdsmodellen.

Tjekliste for fase 2 - Forberedelse af tværfagligt netværksmøde

Har borgeren og koordinatoren sammen:

- Besluttet tema for netværksmødet og borgerens overordnede mål?
- Udvalgt deltagerne?
- Aftalt rollefordeling og særlige hensyn?

Har koordinatoren inviteret deltagerne og forberedt dem på opgaven?

5.2 Afholdelse af tværfagligt netværksmøde

Koordinatoren skal som mødeleder facilitere det tværfaglige netværksmøde og dialogprocessen samt sikre, at drøftelserne holder sig til temaerne og opfylder det tværfaglige netværksmødes formål. Redskaberne, der understøtter afholdelse af det tværfaglige netværksmøde, inkluderer hhv. dagsorden og dialogproces for det tværfaglige møde og Mål- og aftaleskema.

5.2.1 Dagsorden og dialogproces for det tværfaglige netværksmøde

Det tværfaglige netværksmøde har en fast dagsorden, der rammesætter netværksmødet fra start til slut.

Et af dagsordenspunkterne drejer sig om drøftelsen af borgerens valgte temaer. Drøftelsen af temaerne følger en fast struktur for dialogprocessen, som definerer, hvem der har ordet hvornår. Dialogprocessen understøtter italesættelsen af borgerens indefra-perspektiv og sikrer, at alle deltagere reflekterer og bidrager, også selvom de ikke har en konkret løsning. Dialogprocessen starter med, at borgeren fortæller om det valgte tema og om behov og ønsker i relation hertil. Derefter bidrager deltagerne én efter én, med hver deres perspektiver på

borgerens tema, hvorefter borgeren får ordet igen. Borgeren hører således deltagernes perspektiver og får mulighed for at reflektere, kommentere og uddybe. Dette understøtter en fælles forståelse for borgerens situation og ønsker, og det kan bidrage til at undgå misforståelser eller fejlfortolkninger. Dialogprocessen understøtter herigennem, at alle arbejder i samme retning i overensstemmelse med borgerens egne ønsker og behov.

Den tværgående koordinator skal som hovedregel anvende dialogprocessens struktur i drøftelsen af borgerens temaer. Der kan dog være enkelte mindre temaer, hvor der ikke er behov for mange forskellige perspektiver. Koordinatoren aftaler i så fald med borgeren, for hvilke temaer de skal anvende dialogprocessen. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at dialogprocessen i høj grad er med til at styrke borgerens oplevelse af at blive hørt og forstået af alle deltagerne, hvorfor dialogprocessen er et vigtigt element i Samarbejdsmodellen.

5.2.2 Mål- og aftaleskema

Mål- og aftaleskemaet er et vigtigt redskab, der både fungerer som aftalereferat og dokumentationsredskab på det tværfaglige netværksmøde, og som understøtter borgerens og deltagernes overblik over aftalerne. Derudover fungerer det som dialogredskab mellem borgeren og koordinatoren i dialogen om borgerens udvikling. Som tidligere nævnt, kan koordinatoren og borgeren desuden bruge skemaet i forberedelse af det tværfaglige netværksmøde.

Den tværgående koordinator udfylder skemaet enten på det tværfaglige netværksmøde eller umiddelbart efter. Koordinatoren noterer de mål, som borgeren har valgt, samt de indgåede aftaler om indsatser eller støtte, der skal hjælpe borgeren med at nå målene. Koordinatoren noterer ligeledes de aftaler, som borgeren indgår med mødedeltagerne i forhold til opfølgning. Eksempelvis kan de fagprofessionelle have brug for at vende tilbage med svar til borgeren, hvis visitering til en indsats kræver ledelsesgodkendelse. Her er det godt at have en aftale om, hvornår borgeren kan forvente at høre fra fagpersonen

Hvis den tværgående koordinator ønsker at supplere med et decideret referat fra det tværfaglige netværksmøde, kan opgaven som referent uddelegeres til en af mødedeltagerne. Et referat vil dog være et supplement, idet Mål- og aftaleskemaet er det primære dokumentationsredskab.

Ved ændringer af aftaler i perioden mellem de tværfaglige netværksmøder, bør de pågældende fagprofessionelle orientere den tværgående koordinator herom, så koordinatoren kan opdatere skemaet.

Praksiseksempel - Mål- og aftaleskema

Erfaringen fra projektkommunerne er, at det er vigtigt at udfylde Mål- og aftaleskemaet i et sprog, som er meningsfuldt for borgeren. Det vil sige mindre fagsprog, så aftalerne er let forståelige for borgeren

Tjekliste for fase 2 - Afholdelse af tværfagligt netværksmøde

- Var borgeren i centrum på mødet fra start til slut?
- Fulgte mødet den dagsorden, som borgeren ønskede?
- Blev borgeren og alle deltagere på mødet hørt?
- Har borgeren og deltagerne aftalt, hvem der har ansvar for at gennemføre de forskellige handlinger, og har koordinator noteret både mål og aftaler om handlinger i Mål- og aftaleskemaet?
- Blev der eventuelt taget referat af mødet?

5.3 Opfølgning på tværfagligt netværksmøde

Den tværgående koordinator er ansvarlig for opfølgning efter de tværfaglige netværksmøder, både umiddelbart efter og løbende mellem de tværfaglige netværksmøder.

5.3.1 Opfølgning umiddelbart efter tværfagligt netværksmøde

Umiddelbart efter det tværfaglige netværksmøde, skal borgeren og koordinatoren evaluere mødet, så borgeren sætter ord på sin oplevelse af det tværfaglige netværksmøde. Herunder, om der blev talt om det, borgeren ønskede at drøfte, om borgeren følte sig hørt i tilstrækkelig grad, og om de valgte mål og aftalerne om indsats og støtte var i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Derudover skal borgeren og koordinatoren vurdere, om de rette deltagere var til stede, for at borgeren kunne få støtte til sine ønsker og behov. Endelig skal koordinatoren sikre sig, at borgeren har overblik over både indsatserne, og hvem der gør hvad frem til næste tværfaglige netværksmøde. Erfaringen fra projektkommunerne er, at borgerne i målgruppen ofte har udfordringer med hukommelsen, hvorfor et synligt skema og løbende dialog om indsatserne kan understøtte et bedre overblik for borgeren.

Borgeren skal desuden godkende Mål- og aftaleskemaet og et eventuelt referat fra det tværfaglige netværksmøde, før koordinatoren sender det til deltagerne og borgeren.

Ved evaluering af det tværfaglige netværksmøde anvender den tværgående koordinator redskabet Spørgeguide til opfølgning med borgeren (se 7.6).

5.3.2 Opfølgning mellem tværfaglige netværksmøder

Imellem de tværfaglige netværksmøder, skal den tværgående koordinator løbende kontakte borgeren og følge op på, hvordan borgeren oplever, at det går med målene og de indgåede aftaler. Koordinatoren skal, sammen med borgeren, følge op mellem hvert netværksmøde.

Det er afgørende, at de ansvarlige deltagere leverer som aftalt, da det bidrager til borgerens oplevelse af at blive taget alvorligt og det skaber tillid til at ord følges af handling. Hvis en deltager alligevel ikke kan overholde en indgået aftale eller må lave aftalen om, skal deltageren orientere både borgeren og koordinatoren hurtigst muligt, så borgeren føler sig inddraget i de næste skridt. Hvis borgeren oplever, at aftalerne ikke bliver overholdt, har den tværfaglige koordinator ansvaret for at kontakte de ansvarlige deltagere

Gennem den løbende opfølgning og samtaler med borgeren, kan den tværgående koordinator støtte borgeren i at se egne fremskridt. Dette bidrager både til borgerens motivation for udvikling og forandring og til borgerens oplevelse af håb for fremtiden. Derudover kan

italesættelse af borgerens resultater støtte borgeren i at (gen)opbygge eller redefinere en positiv selvidentitet og en oplevelse af kontrol over eget liv. Herunder borgerens oplevelse af ejerskab over forløbet og den individuelle recovery-proces.

Praksiseksempel – opfølgning

En projektkommune beskriver, at god opfølgning mellem netværksmøderne er afgørende for kvaliteten af borgerforløbet. Det er fx vigtigt, at koordinatoren og borgeren får viden om, hvad netværksdeltagerne fortager sig mellem møderne, herunder om der er forsinkelser eller behov for at ændre på aftaler. Erfaringen er, at borgeren oplever mest støtte, når koordinatoren følger op på de indgåede aftaler og sikrer, at borgeren hele tiden er orienteret. Koordinatorerne sender også jævnligt orienteringsmails til deltagerne, så alle har viden om, hvor langt borgeren er i sin plan.

Derudover peger projektkommunen på, at det er nødvendigt at italesætte koordinatorens mandat til at følge op på borgerens aftaler, så deltagerne på netværksmødet er indforstået med dette.

Tjekliste for fase 2 - Opfølgning efter det tværfaglige netværksmøde

- Har koordinatoren sendt det borgergodkendte Mål- og aftaleskema (og evt. referat) ud til borgeren og deltagerne på det tværfaglige netværksmøde?
- Har borgeren overblik over de fastsatte mål og de indgåede aftaler?
- Har borgeren og koordinatoren evalueret det tværfaglige netværksmøde, og vurderet om der var de rette deltagere?
- Har borgeren og koordinatoren fulgt op på de indgåede aftaler mellem møderne?

6. Fase 3: Afslutning

Fase 3 handler om at afslutte borgerens forløb på en måde, som både sikrer, at borgeren er klar til at afslutte, og at borgeren kommer godt videre efter endt forløb. Fase 3 indeholder aktiviteter og redskaber illustreret i nedenstående figur.

Figur 5: Aktiviteter og redskaber i fase 3

FASE	Fase 3: Afslutning
AKTIVITET	Borgeren og den tværgående koordinator afholder et afsluttende tværfagligt netværksmøde gennem: • Beslutning om indkaldelse • Afholdelse
REDSKAB	Mål- og aftaleskema

Forløbet i Samarbejdsmodellen skal afsluttes, når borgeren ikke længere har behov for en koordinerende indsats igennem Samarbejdsmodellen. Det kan fx være tilfældet, når udviklingen i borgerens forløb har reduceret behovet for støtte, og borgeren ikke længere har behov for mange indsatser på tværs af forskellige indsatsområder. Forløbet skal også afsluttes, hvis borgeren selv kan klare koordineringen eventuelt med støtte fra en af borgerens ressourcepersoner.

Det er dog også muligt at afslutte et forløb allerede i fase 1, hvis det i de indledende samtaler mellem borgeren og den tværgående koordinator viser sig, at der ikke er behov for en koordinerende indsats via Samarbejdsmodellen. Eller hvis det viser sig, at borgeren har brug for en mere håndholdt og indgribende indsats i stedet. I så fald bør den tværgående koordinator sikre, at borgeren i stedet modtager en anden og mere passende indsats.

Derudover viser erfaringerne fra projektkommunerne, at der kan være behov for at sætte et forløb på pause i en periode. Der kan fx være behov for en pause, hvis en borger oplever forværring af et rusmiddelforbrug i en grad, der gør, at borgeren ikke kan rumme at forholde sig til forløbet og ikke er i stand til at deltage i de tværfaglige netværksmøder. Når en borger har brug for en pause, bør den tværgående koordinator jævnligt tage kontakt til borgeren. Herved bevarer koordinatoren kontakten til borgeren og kan derfor hurtigt genoptage forløbet, så snart borgeren er klar igen.

6.1 Beslutning om indkaldelse til et afsluttende tværfagligt netværksmøde

Hvis borgeren overvejer at afslutte forløbet, bør borgeren drøfte dette med de øvrige involverede ressourcepersoner, da de kan have værdifulde faglige perspektiver, som borgeren og koordinatoren ikke er opmærksomme på. Her er det koordinatorens opgave at opfordre og støtte borgeren i at inddrage sine ressourcepersoner, inden borgeren træffer en endelig beslutning.

Hensigten med at drøfte ønsket om afslutning med ressourcepersonerne er at undgå, at forløbet ophører, før behovet for en koordinerende indsats er udtømt. De forskellige deltagers faglige perspektiver bidrager til borgerens vurdering af, om det er meningsfuldt at afslutte, eller om borgeren stadig kan have udækkede behov for støtte og koordinering.

Erfaringen fra projektkommunerne viser, at nedenstående faktorer kan have indflydelse på, om alle borgerens behov er kendte:

- Borgeren kan som regel ikke overskue at have fokus på alle behov samtidig i en udviklingsproces
- Nye behov og drømme kan opstå efterhånden som borgeren lykkes med sine mål
- Erkendelse og italesættelse af egne behov kan tage lang tid, fordi mange borgere i målgruppen ikke er vant til at reflektere over egne ønsker, håb og drømme for fremtiden
- Negative erfaringer og manglende tillid til systemet kan betyde, at det tager tid for borgeren at blive tryk ved at udtrykke sig ærligt om egne ønsker og behov

Der bør derfor være en særlig opmærksomhed på ikke at afslutte et forløb i Samarbejdsmodellen før alle behov er afdækket, men i stedet understøtte, at borgerens beslutning er velovervejet og i samråd med både borgeren og de involverede fagprofessionelle.

Erfaringen fra projektkommunerne er, at beslutningen om at indkalde til et afsluttende netværksmøde typisk sker i forbindelse med forberedelsen af et tværfagligt netværksmøde. Her vurderer borgeren, hvordan det går med de forskellige indsatser, og hvor langt borgeren er i forhold til at nå sine mål. Hvis borgeren ønsker et afslutningsmøde, skal det fremgå i indkaldelsen til det tværfaglige netværksmøde, at formålet med mødet er at drøfte en afslutning af forløbet.

Indsatsen bør kun blive afsluttet uden afholdelse af et tværfagligt netværksmøde, når der helt tydeligt ikke er behov for flere indsatser eller anden støtte fra ressourcepersoner. Borgeren kan dog til enhver tid afslutte et forløb, hvis borgeren ikke længere ønsker at modtage indsatsen.

6.2 Afholdelse af afsluttende tværfagligt netværksmøde

Det afsluttende tværfaglige netværksmøde forløber overordnet set som de øvrige netværksmøder. På det afsluttende tværfaglige netværksmøde er der imidlertid særligt fokus på, hvordan borgerens udvikling har været, og om borgeren føler sig klar til at afslutte forløbet i Samarbejdsmodellen. Herunder fokus på borgerens positive udvikling og egne ressourcer samt et eventuelt stadig eksisterende behov for støtte. Derudover bør fokus også være på borgerens ønsker og drømme for fremtiden, og om borgeren har overblik over de indsatser, som eventuelt skal fortsætte, men med borgerens egen koordinering.

Det vigtigste i den afsluttende fase er, at borgeren føler sig tryk i det næste skridt, uanset om det er at overgå til en anden indsats, at klare sig mere på egen hånd eller noget helt tredje.

Herunder bør den tværgående koordinator sikre, at borgeren har en kendt livlinje, som borgeren kan kontakte, hvis der opstår udfordringer.

Der kan være borgere, der afslutter et forløb i Samarbejdsmodellen, men hvor det kan være relevant for kommunen at følge op på borgerens situation efter et stykke tid med henblik på at vurdere, om borgeren stadig trives med de aftaler, der blev indgået ved forløbets afslutning. Dette gælder særligt for borgere, hvis problemstillinger fortsat er komplekse ved forløbets afslutning.

Beslutningen om afslutning, og hvilke indsatser borgeren selv skal koordinere fremover, skal dokumenteres i Mål- og aftaleskemaet.

Tjekliste for fase 3

- Er et afsluttende tværfagligt netværksmøde afholdt, og er beslutningen om afslutning drøftet af borgeren og deltagerne?
- Har borgeren overblik over indsatser, som eventuelt skal fortsætte med borgerens egen koordinering?
- Er borgeren tryk ved at afslutte forløbet og tryk ved det nye, der skal ske?

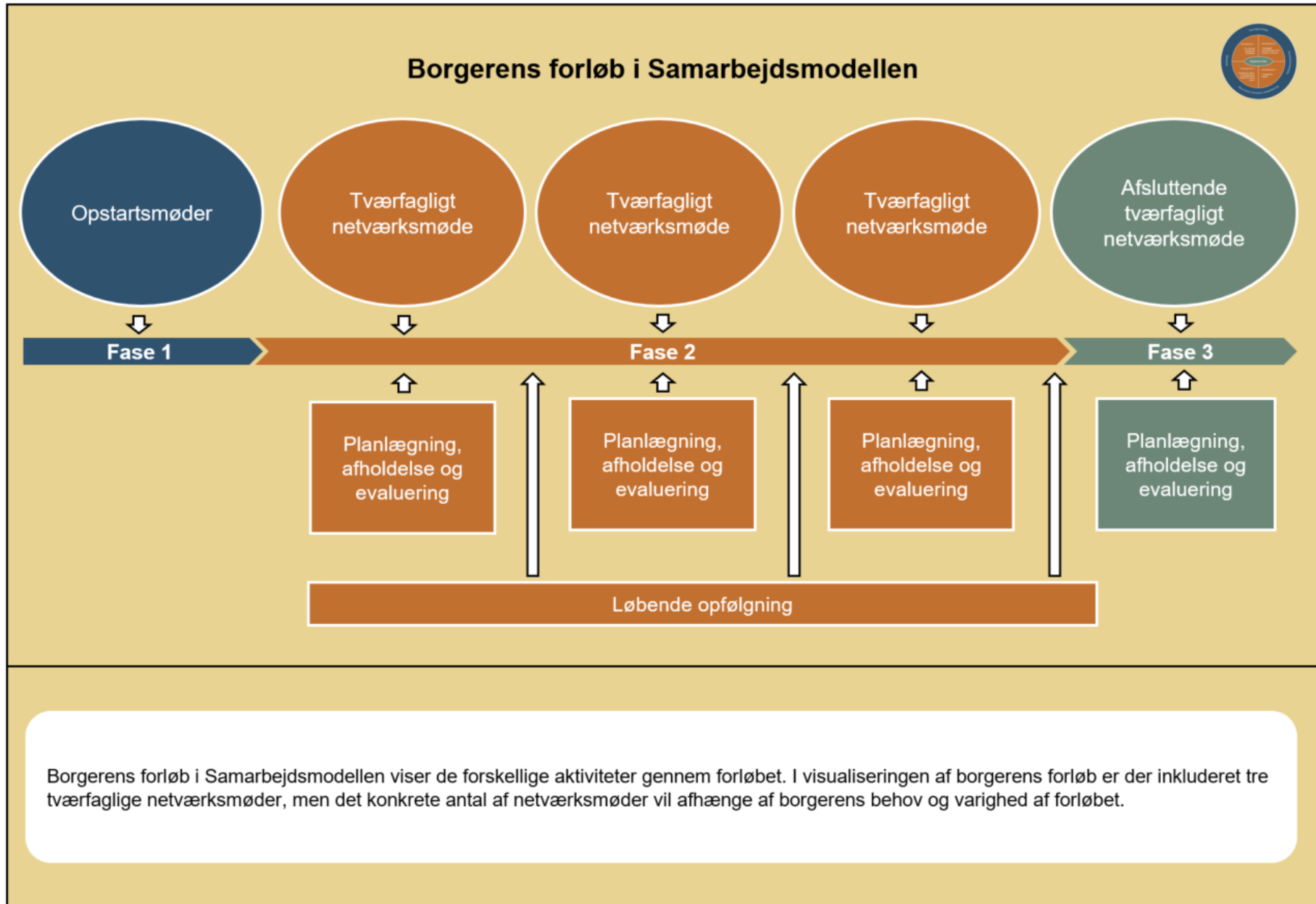
7. Redskaber i Samarbejdsmodellen

Dette kapitel indeholder de redskaber, som den tværgående koordinator skal anvende til at understøtte borgerens forløb. Nedenstående tabel giver et overblik over redskaberne.

I tilfælde af, at kommunen allerede anvender egne redskaber til kortlægning af borgerens netværk og indsatser, kan kommunen anvende disse i stedet, såfremt redskaberne rummer samme indhold som Samarbejdsmodellens redskaber. Kommunen kan også anvende eventuelle digitale løsninger og/eller dokumentationssystemer til registrering af både borgerens kontaktpersoner, indsatser, mål og aftaler m.m. I så fald skal kommunen være opmærksom på, at oplysningerne skal være let tilgængelige for borgeren.

Redskab	Formål
Borgerens forløb i Samarbejdsmodellen	Visualisering aktiviteterne i et borgerforløb.
Netværks- og indsatskort og Netværks- og indsatskema	Kortlægning af borgerens netværk og indsatser.
Huskeliste til forberedelse af det tværfaglige netværksmøde	Overblik over de vigtigste opmærksomhedspunkter ved forberedelse af et tværfagligt netværksmøde. Herunder aftaler om deltagerkreds, rammer for netværksmødet, forberedelse af deltagerne m.m.
Mål- og aftaleskema	Dokumentation og overblik over borgerens mål og aftaler om hhv. indsatser, og opfølgning.
Dagsorden og dialogproces for tværfagligt netværksmøde	Generisk dagsorden med en struktur for dialogprocessen på et tværfagligt netværksmøde, som understøtter den recovery-orienteret rehabiliterende tilgang.
Spørgeguide til opfølgning med borgeren	Overblik over de vigtigste opmærksomhedspunkter ved opfølgning umiddelbart efter afholdelse af det tværfaglige netværksmøde

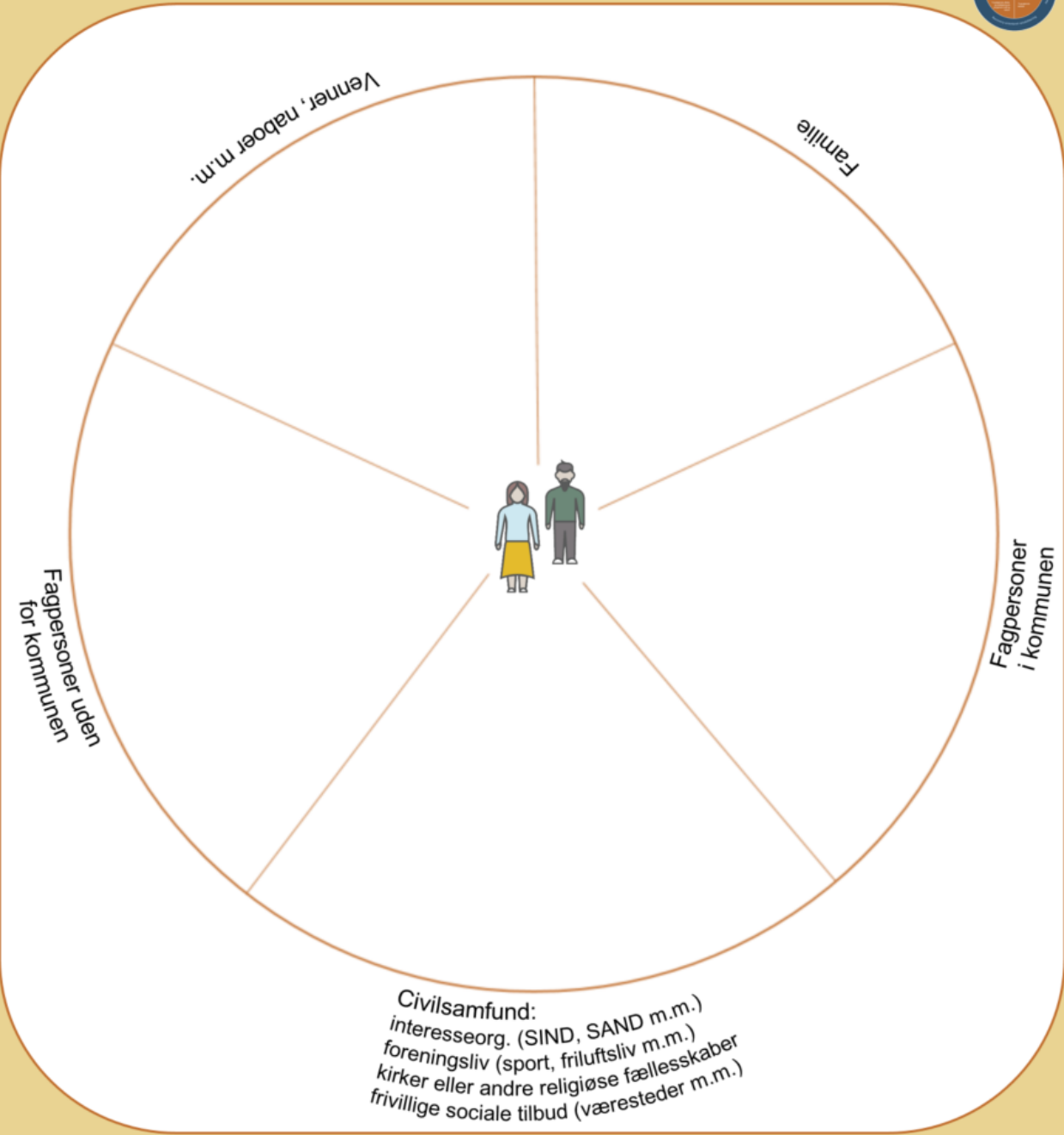
7.1 Borgerens forløb i Samarbejdsmodellen



7.2 Kortlægning af netværk og indsatser

Netværks- og indsatskort





Afdækningen af både netværk og indsatser tager udgangspunkt i Netværks- og indsatskortet fx ved hjælp af nedenstående spørgsmål:

- Hvilke personer er der i dit liv?
- Er der nogen personer, som er særlig vigtige for dig?
- Hvem ved, hvordan du har det?
- Hvem kan du tale med og få hjælp af?
- Er der nogen, som hjælper dig med noget specifikt (fx eksisterende indsatser)?
- Hvem synes du, der skal med til det tværfaglige netværksmøde?



Netværks- og indsatskema

Hvilke ressourcepersoner har du i dit liv? <i>(navn og kontaktoplysninger)</i>	Hvad kan personen hjælpe dig med? <i>(fx eksisterende indsats, type af relation, en man kan ringe til når...mm)</i>

7.3 Huskeliste til forberedelse af det tværfaglige netværksmøde



Huskeliste til forberedelse af det tværfaglige netværksmøde

1. Temaer:

- Hvilket tema ønsker borgeren at tale om på næste tværfaglige netværksmøde?
- Er der temaer, som borgeren ikke ønsker at drøfte, og skal koordinatoren gøre deltagerne opmærksomme på dette i forvejen?
- Hvordan skal koordinatoren håndtere, hvis deltagerne taler om temaer, som borgeren ikke ønsker at drøfte?

2. Status på mål og aftaler

- Virker indsatserne/støtten?
- Har alle overholdt aftalerne (inklusive borgeren)?

3. Deltagerkreds

- Hvilke ressourcepersoner skal deltage?
- Hvor mange deltagere kan borgeren rumme at forholde sig til på det tværfaglige netværksmøde?

4. Roller

- Hvordan ønsker borgeren hjælp til at formidle de valgte temaer og andet?
- Hvem fremlægger dagsordenen? Herunder, hvor meget ønsker borgeren selv at formidle?

5. Rammer

- Tidsramme og antal pauser undervejs?
- Hvordan afslutter koordinatoren netværksmødet, hvis borgeren har behov for at afslutte før tid?
- Særlige rammer med betydning for borgerens tryghed: Fx sted, placering?

6. Invitation og forberedelse af deltagerne

Invitationen til deltagerne bør indeholde information om, hvorfor borgeren ønsker at invitere vedkommende. Herunder hvilket tema borgeren gerne vil drøfte med deltageren.

Forbered deltagerne på:

- Rammen, formål med og forventet output fra netværksmødet
- Dialogprocessen på mødet
- Deltagernes rolle og bidrag på netværksmødet

7.4 Mål- og aftaleskema



Mål- og aftaleskema

Tværfagligt netværksmøde for (navn):

Dato:

Formål med mødet:

(kort opsummering af borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden, som dagens temaer er med til at understøtte og arbejde hen imod. Dvs. hvad er formålet med at snakke om de valgte tematikker? Hvad støtter det overordnet borgeren i at opnå? Hvad er det borgeren gerne vil have ud af at mødet og af at tale om temaerne?)

Tema 1:

Mål for temaet: *(hvad ønsker borgeren at opnå)*

1. aftale:

- *Hvad:*
- *Hvem:*
- *Hvornår:*
- *Opfølgning:*

2. aftale:

- *Hvad:*
- *Hvem:*
- *Hvornår:*
- *Opfølgning.*

Tema 2:

Mål for temaet: *(hvad ønsker borgeren at opnå)*

1. aftale:

- *Hvad:*
- *Hvem:*
- *Hvornår:*
- *Opfølgning:*

2. aftale:

- *Hvad:*
- *Hvem:*
- *Hvornår:*
- *Opfølgning.*

Dato/tidsrum for næste tværfaglige netværksmøde:

7.5 Dagsorden og dialogproces for tværfagligt netværksmøde



Dagsorden for tværfagligt netværksmøde

Dagsordenspunkter

Velkomst, formål og rammesætning:

- Formål
- Dagsorden og borgerens valg af temaer på mødet. Her nævnes evt. borgerens formål med at tale om de valgte temaer, og hvordan de spiller ind i borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden
- Tidsramme, roller og spilleregler
- Valg af referent (evt.)

Præsentation af deltagere:

- Fagområde
- Nuværende relation/samarbejde med borgeren
- Evt. ønske/behov for at få viden med hjem

Drøftelse af borgerens valgte temaer (dialogprocessen):

- Status på mål og aftaler (ved andet møde eller derefter)
- Borgeren og koordinatoren fortæller uddybende om det valgte tema – hvad borgeren ønsker støtte til
- Deltagerne får ordet én efter én – erfaringer fra netværket, fagperspektiver og forslag til mulige løsninger samt refleksioner - samt evt. tilføjelser til "hvordan er det gået siden sidst"
- Borgeren får ordet – respons på deltageres perspektiver/løsningsforslag, samt korrektion af potentielle misforståelser
- Fælles udvikling af løsninger/indsatser

Opsummering af beslutninger og handlinger:

- Visualisering af mødets indhold og forslag til beslutninger
- Alle deltagere byder ind med mulighed for handling
- Borgeren tager den endelige beslutning om valg af støtte og indsatser

Dokumentering i Mål- og aftaleskemaet:

- Koordinatoren noterer beslutningerne om mål, løsninger/indsatser, handlinger, ansvar m.m.
- Borgeren og mødedeltagerne fastsætter dato/tidsrum for næste netværksmøde, hvis muligt

Evaluerings af det tværfaglige netværksmøde:

- Hvordan har mødets form og dialogproces fungeret?
- Fandt borgeren og mødedeltagerne frem til gode løsninger?



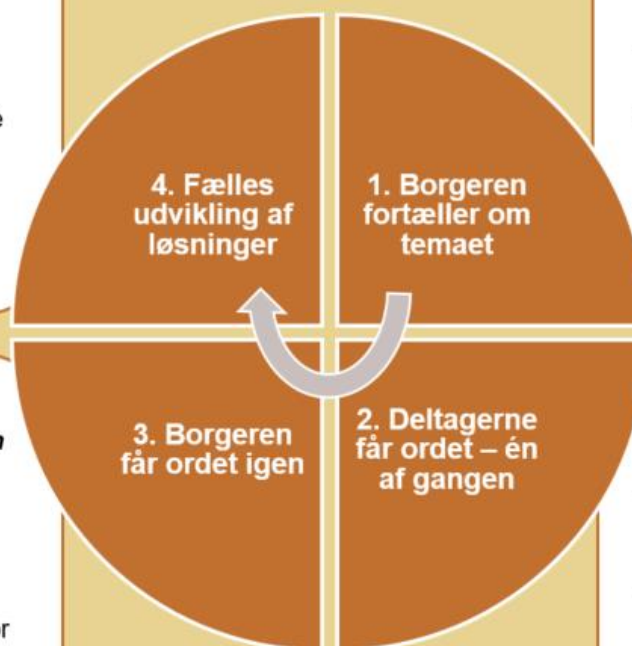
Dialogproces – drøftelse af borgerens tema

Koordinatoren kan spørge deltagerne og borgeren om:

- Hvilke løsninger kan bedst understøtte, at borgeren kommer nærmere sine mål?
- Hvad ønsker borgeren og deltagerne at prioritere og formulere mål for?

Koordinatoren kan spørge borgeren om:

- Hvordan det har været at lytte til deltagerne idéer?
- Hvad er borgeren især blevet glad for at høre?
- Hvad er eventuelt misforstået, eller hvad er borgeren ikke enig i?



Koordinatoren støtter borgeren så meget, som borgeren ønsker, og kan spørge ind til:

- Hvad er især vigtigt for borgeren, at deltagerne forstår omkring temaet?
- Hvilke løsninger ønsker borgeren?
- Hvordan vil en god løsning se ud for borgeren?
- Er der noget, borgeren ønsker, der skal tages hensyn til?

Koordinatoren kan stille spørgsmål om:

- Hvad har deltageren hørt, at borgeren er optaget af?
- Hvilke tanker gør deltageren sig om dette?
- Hvilke konkrete idéer får deltageren i forhold til at hjælpe borgeren?

7.6 Spørgeguide til opfølgning med borgeren



Spørgeguide til opfølgning med borgeren

1. Oplevelsen af det tværfaglige netværksmøde

- Blev mål og indsatser aftalt ud fra dine ønsker, håb og drømme for fremtiden?
- Blev beslutningerne om mål og aftaler taget sammen med dig?
- Blev ansvaret fordelt på alle temaer og på en måde, som du er tilfreds med?
- Bidrog du, og blev du hørt på den måde, du ønskede?
- Blev der talt om det, du gerne ville tale om?
- Var det en god/dårlig oplevelse? Hvorfor?

2. Hvad skal der ske fremover:

- Har du overblik over dine aftaler?
- Hvad er dit ansvar?
- Hvilket ansvar har de øvrige deltagere?

3. Deltagerkredsen:

- Var alle relevante deltagere til stede?
- Hvis ikke, hvem manglede du at invitere, og hvilke temaer ville du gerne have drøftet med dem?

8. Litteraturliste

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.

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



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

www.sbst.dk