

# Evaluering af Samarbejds- modellen til ældre borgere i en udsat position

Juli 2025

Publikationen er udgivet af  
Social- og Boligstyrelsen  
Lerchesgade 35  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
E-mail: [info@sbst.dk](mailto:info@sbst.dk)  
[www.sbst.dk](http://www.sbst.dk)

Udgivet juli 2025

Download eller se rapporten på  
[www.sbst.dk](http://www.sbst.dk).

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse  
af kilde.

ISBN: 978-87-85236-67-8

# Indhold

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Indhold .....                                               | 1  |
| Forord .....                                                | 3  |
| 1. Sammenfatning .....                                      | 4  |
| 1.1 Hovedkonklusion .....                                   | 4  |
| 1.2 En samarbejdsmodel til ældre i udsatte positioner ..... | 4  |
| 1.3 Hovedfund i evalueringen .....                          | 5  |
| 2. Indledning .....                                         | 8  |
| 2.1 Baggrund for og formål med initiativet .....            | 8  |
| 2.2 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål .....    | 8  |
| 2.3 Samarbejdsmodellen .....                                | 9  |
| 2.4 Læsevejledning .....                                    | 12 |
| 3. Datagrundlaget for evalueringen .....                    | 13 |
| 4. Samarbejdsmodellens målgruppe .....                      | 14 |
| 4.1 Afgrænsning af målgruppen .....                         | 14 |
| 5. Resultater .....                                         | 16 |
| 5.1 Resultater på kort sigt .....                           | 17 |
| 5.2 Resultater på mellemlangt sigt .....                    | 22 |
| 6. Implementering .....                                     | 30 |
| 6.1 Implementering af kerneelement 1 .....                  | 30 |
| 6.2 Implementering af kerneelement 2 .....                  | 43 |
| 6.3 Implementering af kerneelement 3 .....                  | 48 |
| 6.4 Implementering af kerneelement 4 .....                  | 54 |
| 7. Forankring af Samarbejdsmodellen .....                   | 63 |
| 7.1 Forankring i de tre projektkommuner .....               | 63 |
| 8. Økonomisk analyse .....                                  | 66 |
| 8.1 Borgerrettede udgifter .....                            | 67 |
| 8.2 Ikke-borgerrettede udgifter .....                       | 69 |
| 8.3 Opstart af indsatsen .....                              | 70 |
| 8.4 Et økonomisk potentiale i en bredere målgruppe .....    | 71 |
| 9. Konklusion .....                                         | 72 |

|                                                |                                                                      |    |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----|
| 9.1                                            | En koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats .....    | 72 |
| 10.                                            | Referencer .....                                                     | 74 |
| Bilag A - Målgruppeanalyse .....               |                                                                      | 76 |
| 10.1                                           | Køn-, etnicitet og aldersfordeling .....                             | 76 |
| 10.2                                           | Størstedelen af borgerne bor alene og hovedparten har børn .....     | 77 |
| 10.3                                           | Lavt uddannelsesniveau og beskæftigelse .....                        | 77 |
| 10.4                                           | Hyppig kontakt til sundhedsområdet og stærkt trivselsbelastede ..... | 79 |
| 10.5                                           | Borgerne er trivselsbelastede .....                                  | 80 |
| 10.6                                           | De anvendte registerdata .....                                       | 81 |
| Bilag B - Metode .....                         |                                                                      | 83 |
| 10.7                                           | Modning af Samarbejdsmodellen .....                                  | 83 |
| 10.8                                           | Evaluerings kvantitative datagrundlag .....                          | 85 |
| 10.9                                           | Evaluerings kvalitative datagrundlag .....                           | 89 |
| 10.10                                          | Fidelitetskriterier og implementeringsanalyse .....                  | 91 |
| Bilag C – Eksempel fra økonomisk analyse ..... |                                                                      | 93 |

# Forord

Kommunerne oplever store udfordringer i arbejdet med at hjælpe ældre borgere i socialt udsatte positioner. Middellevetiden for socialt udsatte mennesker er stigende, og ældre i udsatte positioner har behov for pleje og omsorg i en tidligere alder end andre. Komplexiteten i deres situation medfører et stort behov for samarbejde på tværs af forvaltninger og fagligheder, som kan sikre indsatser, der er målrettet flere behov hos borgerne samtidigt. Samarbejdsmodellen er et godt bud på en helhedsorienteret tilgang, som kan skabe mere koordinerede og sammenhængende borgerforløb til gavn for både borgere og kommuner. Jeg håber, at denne evaluering af Samarbejdsmodellen til ældre i udsatte positioner vil inspirere og guide til en mere helhedsorienteret tilgang til arbejdet med borgere i udsatte positioner.

Evalueringen er baseret på erfaringerne fra de tre projektkommuner: Hvidovre, Vejen og Odder Kommune. Jeg vil gerne takke alle medarbejdere og ledere, der har deltaget i projektet, for et godt samarbejde omkring udvikling og implementering af Samarbejdsmodellen. Tak for jeres værdifulde bidrag med at levere data og anden viden til evalueringen. Jeg vil også gerne takke de borgere, som har delt deres erfaringer med os. Jeres oplevelser af mødet med kommunen og med Samarbejdsmodellen har været helt afgørende for evalueringen.

Initiativet er finansieret af Udviklings- og Investeringsprogrammet på det sociale område. Social- og Boligstyrelsen har været ansvarlig for implementeringsstøtte til de tre projektkommuner samt for at evaluere indsatsen.

God læselyst.

Ellen Klarskov Lauritzen  
Direktør  
Social- og Boligstyrelsen

# 1. Sammenfatning

## 1.1 Hovedkonklusion

Samarbejdsmodellen viser potentiale for at understøtte en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende indsats for borgerne i målgruppen. Vi kan ikke afgøre, om Samarbejdsmodellen generelt øger målgruppens trivsel og personlige recovery. Virkningen for borgerne varierer, idet nogle borgere oplever en positiv udvikling, mens andre oplever begrænset udvikling, og enkelte en tilbagegang.

På kort og mellemlangt sigt oplever hovedparten af borgerne, at de med Samarbejdsmodellen bliver lyttet til og inddraget i deres forløb, og at der bliver handlet og fulgt op på aftaler. Vi vurderer, at borgerne har opnået en udredning, som forholder sig til deres samlede situation og behov. Projektkommunerne oplever, at samarbejdet på de tværfaglige netværksmøder bidrager til en mere helhedsorienteret tilgang til borgerens situation, og borgerne oplever, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe dem. Samlet set vurderer vi, at den helhedsorienterede tilgang, som de tværfaglige netværksmøder bidrager med, understøtter bedre koordinering og sammenhæng i borgernes indsatser.

Resultaterne i evalueringen skal gennemgående tolkes med forsigtighed, da de alene bygger på 34 borgeres spørgeskemabesvarelser og kvalitative interviews med 16 borgere. Heraf var flere af borgerne fortsat i forløb, da evalueringen blev gennemført.

Blandt projektkommunerne er der enighed om, at afgrænsningen af målgruppen til udelukkende at omfatte *ældre* i socialt udsatte positioner er for snæver. Til gengæld ser projektkommunerne et potentiale i at anvende Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, herunder borgere under 50 år. Vi vurderer, at Samarbejdsmodellen med fordel kan afprøves på en sådan bredere målgruppe af voksne i socialt udsatte positioner med komplekse problemer.

## 1.2 En samarbejdsmodel til ældre i udsatte positioner

Social- og Boligstyrelsen har i perioden 2021-2024 udviklet en Samarbejdsmodel til ældre i social udsathed i tæt samarbejde med Vejen, Odder og Hvidovre Kommune. Samarbejdsmodellen skal imødekomme kommunernes og målgruppens behov for en mere koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats for ældre borgere i socialt udsatte positioner med komplekse problemer (Social- og Indenrigsministeriet, 2020).

Med evalueringen undersøger vi, om:

- Samarbejdsmodellen i projektperioden har rekrutteret den tiltænkte målgruppe
- Samarbejdsmodellen viser lovende resultater
- Samarbejdsmodellen er implementérbar i praksis
- Samarbejdsmodellen har forankringspotentiale i projektkommunerne
- Samarbejdsmodellen er urealistisk dyr

Evalueringen giver ikke viden om Samarbejdsmodellens effekt.

## 1.3 Hovedfund i evalueringen

### 1.3.1 De deltagende borgere er i målgruppen for Samarbejdsmodellen

Evalueringen tegner et billede af, at projektkommunerne har rekrutteret borgere i den tiltænkte målgruppe. De borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen, er en stærkt trivselsbelastet gruppe, der sammenlignet med befolkningen generelt er hyppigere i kontakt med sundhedsområdet og i langt højere grad på offentlig forsørgelse. Borgerne bor oftest alene og har et begrænset privat netværk med få eller ingen støttepersoner ud over de fagprofessionelle.

### 1.3.2 Samarbejdsmodellen viser lovende resultater på nogle områder

Projektkommunerne og borgerne oplever, at Samarbejdsmodellen bidrager til et helhedsorienteret samarbejde, som kan styrke koordinering og sammenhæng i borgernes forløb og indsatser.

På kort sigt oplever hovedparten af borgerne, at kommunen lytter til dem, at de bliver inddraget i deres forløb, og at kommunen handler og følger op på aftaler. På mellemlangt sigt oplever projektkommunerne, at samarbejdet på de tværfaglige netværksmøder understøtter en mere helhedsorienteret tilgang til at koordinere og skabe sammenhæng i borgernes forløb. Borgerne oplever, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe dem, og flere af borgerne fortæller, hvordan de er kommet tættere på at realisere deres mål og drømme.

Borgernes trivsel og personlige recovery udvikler sig gennemsnitligt i positiv retning, men der er store individuelle forskelle: 14 ud af 34 borgere oplever en betydelig<sup>1</sup> stigning i trivsel. 17 borgere oplever status quo, og 3 borgere oplever en betydelig tilbagegang.

Borgernes gennemsnitlige trivselsscore udvikler sig i perioden fra 23 point til 33 point og er dermed fortsat langt under normscoren for trivsel på 68 point for befolkningen som helhed.

Udviklingen i borgernes personlige recovery er ligeledes varierende, men gennemsnitligt positiv. 18 ud af 34 borgere oplever en betydelig fremgang. 10 borgere oplever status quo, og 6 oplever en betydelig tilbagegang. De 34 borgere starter på en gennemsnitlig score for personlig recovery på 36 point og slutter på 43 point, hvilket er langt under normscoren for personlig recovery på 71 for den danske befolkning som helhed.

Datagrundlaget er begrænset, og vi kan derfor ikke med sikkerhed konkludere, om Samarbejdsmodellen øger målgruppens trivsel og personlige recovery, og dermed heller ikke, om Samarbejdsmodellen i sig selv fører til en fremgang i borgernes livssituation.

### 1.3.3 Samarbejdsmodellen kan implementeres

Samarbejdsmodellen er overordnet implementeret i de tre projektkommuner. Vi vurderer desuden, at Samarbejdsmodellen er implementérbar for andre kommuner, som ønsker at arbejde med modellen.

---

<sup>1</sup> Betydelig henviser her til en udvikling på minimum ti point, der betragtes som en klinisk signifikant forøgelse i trivsel målt via WHO-5 (Sundhedsstyrelsen, 2017). For både trivsel og personlig recovery gælder, at jo større ændring i point, desto større udvikling i positiv eller negativ retning (se desuden Bilag B-Metode).

Kerneelement 1: En ansvarlig tværgående koordinator er implementeret i alle projektkommuner. Borgerne har haft en fast koordinator, som arbejder ud fra en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Koordinatorerne har etableret et tillidsfuldt samarbejde med borgerne og herigennem hjulpet med at sætte ord på deres ønsker, håb og drømme, og sammen har de kortlagt borgernes netværk og indsatser.

Kerneelement 2: Tværfaglige netværksmøder med borgeren i centrum er implementeret i alle tre. Borger og koordinator udarbejder dagsordenen sammen, og borgeren er med til at beslutte, hvem der inviteres. På møderne formuleres mål- og aftaler, som nedskrives og som tager udgangspunkt i borgerens drømme for fremtiden.

Kerneelement 3: Opfølgning og dokumentation på aftaler om mål og handlinger er implementeret i de tre projektkommuner. Borger og koordinator mødes efter de tværfaglige netværksmøder, følger op på mødet, og hvorvidt deltagerne har fulgt op det der er aftalt.

Kerneelement 4: Tværgående ledergruppe er ikke fuldt ud implementeret i alle projektkommuner. De tværgående ledergrupper omfatter ledere fra de relevante forvaltninger og afdelinger, men har ikke alle steder formået at understøtte det tværfaglige samarbejde om indsatsen og organisere et forpligtende samarbejde, som sikrer tilstrækkelig prioritering af ressourcer til Samarbejdsmodellen.

Vi har identificeret en række drivkræfter og barrierer som kommuner, der ønsker at implementere Samarbejdsmodellen, med fordel kan være opmærksomme på:

- Et team bestående af koordinatore med kompetencer i recovery-orienteret rehabilitering er en central drivkraft i implementeringen af kerneelementet.
- Et godt kendskab til modellen blandt fagprofessionelle og ledere på tværs af organisationen er afgørende. Utilstrækkeligt kendskab til modellen bliver en barriere, som kan medføre, at de tværfaglige netværksmøder ikke prioriteres blandt inviterede deltagere og deres ledere.
- Det er en barriere for implementeringen af forpligtende aftaler, når den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang ikke er tilstrækkeligt anerkendt som forenelig med lovgivning og serviceniveau i kommunen.
- Samarbejdsmodellen skal have et stærkt strategisk ophæng med en fælles fortælling, der forklarer, hvorfor kommunen skal arbejde med Samarbejdsmodellen. Hvis den øverste direktør og tværgående ledergruppe ikke tror på modellen, kan Samarbejdsmodellen ikke implementeres, da den som en helhedsorienteret indsats kræver ledelsesmæssig opbakning på tværs af hele kommunen.

#### **1.3.4 Forankring til en bredere målgruppe**

De tre projektkommuner er enige om, at afgrænsningen af målgruppen til udelukkende at omfatte borgere over 50 år er for snæver. Deres erfaringer fra projektperioden er, at Samarbejdsmodellen har potentiale til at styrke den helhedsorienterede indsats for en langt bredere målgruppe. I det omfang projektkommunerne forankrer Samarbejdsmodellen, er det derfor til en bredere målgruppe af voksne i udsatte positioner.

Med afsæt i projektkommunernes erfaringer vurderer vi, at Samarbejdsmodellen ikke har forankringspotentiale til den specifikke målgruppe af ældre borgere over 50 år. Samtidig vurderer vi,

at Samarbejdsmodellen har potentiale til at blive afprøvet på en bredere målgruppe af voksne i socialt udsatte positioner med komplekse problemer.

#### **1.3.5 Det er ikke muligt at vurdere, om indsatsen er urealistisk dyr**

Den økonomiske analyse giver ikke grundlag for at vurdere, om indsatsen er urealistisk dyr.

Den økonomiske analyse kortlægger alene projektkommunernes omkostninger forbundet med Samarbejdsmodellen. Formålet er at give andre kommuner et grundlag for at vurdere, hvilke investeringer og omkostninger de skal forvente, hvis de vil implementere Samarbejdsmodellen. De gennemsnitlige borgerrettede omkostninger pr. borgerforløb, hvor der har været afholdt et tværfagligt møde, er i størrelsesordenen 25.000 kr., mens omkostningerne er ca. 2.000 kr. pr. borgerforløb, hvor der ikke har været afholdt et tværfagligt møde.

Ved projektets afslutning har de tre projektkommuner valgt at forankre enkelte dele af eller hele Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe. Projektkommunerne vurderer, at der er større fremtidsudsigter i at forankre Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, hvor beskæftigelses- og forebyggelsespotentialer er større.

## 2. Indledning

Social- og Boligstyrelsen har evalueret Samarbejdsmodellen, som beskrevet i initiativet *Et godt ældreliv for socialt udsatte gennem tilpasning af Samarbejdsmodellen*. Fra efteråret 2021 til efteråret 2024, har de tre projektkommuner Vejen, Odder og Hvidovre deltaget i udviklingen og evalueringen af Samarbejdsmodellen.

I denne rapport kan du læse evalueringen af modellens implementering, resultater for målgruppen og omkostninger forbundet med drift af modellen.

### 2.1 Baggrund for og formål med initiativet

Middellevetiden for mennesker i socialt udsatte positioner er stigende, og disse mennesker har behov for pleje og omsorg i en tidligere alder end andre. En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at kompleksiteten i den situation, ældre i socialt udsatte positioner befinder sig i, medfører behov for samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer, herunder indsatser som målrettes flere behov hos borgerne samtidigt (Rambøll, 2020). Halvdelen af de danske kommuner oplever ret store eller meget store udfordringer i arbejdet med ældre i socialt udsatte positioner. Oplevelsen er fx en mangel på indsatser, der kan varetage plejeb behovet, den specialiserede pædagogiske indsats og koordineringen mellem social- og sundhedsområdet (VIVE, 2018).

Samarbejdsmodellen til ældre i socialt udsatte positioner udvikles for at imødekomme kommunernes og målgruppens behov for en mere koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Samarbejdsmodellen er tidligere udviklet og evalueret til psykisk sårbare unge (Rambøll, 2015) og unge med komplekse problemstillinger og støttebehov, som er i risiko for eller befinder sig i hjemløshed (Rambøll og VIVE, 2018). Evalueringerne af modellen til unge viste gode resultater i forhold til at sikre øget koordinering og understøtte, at de unge fik et bedre helhedsorienteret billede af deres egen situation. Formålet med at udvikle en model til ældre borgere i en udsat position, er overordnet at styrke koordinering af den samlede indsats for ældre i socialt udsatte positioner med komplekse problemer (Social- og Indenrigsministeriet, 2020).

### 2.2 Evalueringens formål og undersøgelsesspørgsmål

Denne slutevaluering skal give grundlag for at vurdere, om Samarbejdsmodellen er implementérbar, viser lovende resultater, og om den er uforholdsmæssigt dyr. Dertil vurderer vi, om projektkommunerne oplever et forankringspotentiale for Samarbejdsmodellen til ældre i socialt udsatte positioner. Formålet med evalueringen er således ikke at give sikker viden om indsatsens effekt (se evt. Bilag B – Metode).

Initiativet er en del af Udviklings- og Investeringsprogrammet på socialområdet og følger Social- og Boligministeriets Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats<sup>2</sup>. Initiativer som gennemføres ud fra denne strategi, har som hovedformål at bidrage til national vidensudvikling, hvilket sker gennem en faseopdelt proces. Dette initiativ befinder sig i modningsfasen og har bestået af en periode med udvikling af Samarbejdsmodellen og derefter en periode, hvor projektkommunerne

---

<sup>2</sup> Læs mere om Udviklings- og Investeringsprogrammet her <https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-data/virksomme-indsatser/udviklings-og-investeringsprogrammerne-uip> og Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats her <https://sm.dk/publikationer/2022/jun/strategi-for-udvikling-af-den-sociale-indsats>

har arbejdet videre med modellen, efter en revideret udgave af indsatsbeskrivelsen. Dette er gjort med henblik på at vurdere, om kerneelementerne kan implementeres i en kommunal praksis.

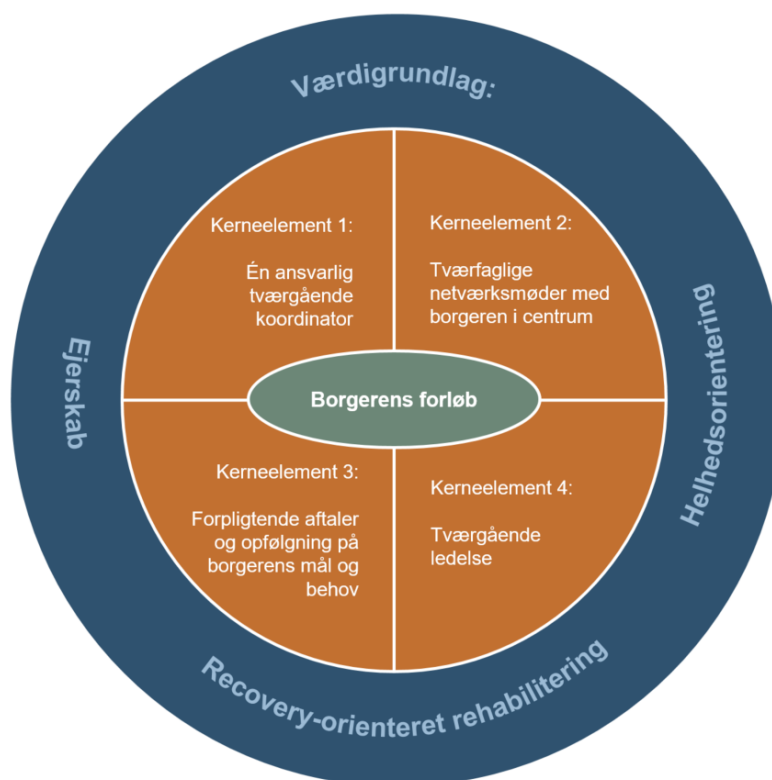
I evalueringen bruges betegnelsen "vi" om evaluator, som omfatter de medarbejdere fra Social- og Boligstyrelsens kontor for Data og Analyse, som har gennemført og afrapporteret evalueringen. Initiativet omtales som Samarbejdsmodellen.

## 2.3 Samarbejdsmodellen

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. Modellen er bygget op omkring fire kerneelementer, der tilsammen udgør modellens fundamentet.

Samarbejdsmodellens primære målgruppe er borgere, som er fyldt 50 år, og som befinder sig i en socialt udsat position og samtidig vurderes at have komplekse problemer.

Samarbejdsmodellen bygger på tre grundlæggende værdier og består af fire kerneelementer, som tilsammen definerer indsatsen, jf. figuren herunder. Værdierne udmøntes igennem arbejdet med kerneelementerne.



**Kerneelement 1 - En ansvarlig, gennemgående koordinator:** Borgeren skal have en fast tværgående koordinator, som er ansvarlig for, sammen med borgeren, at koordinere indsatser og skabe sammenhæng i borgerens forløb. Koordinatoren arbejder tæt sammen med borgeren,

formidler forløbet til borgeren og følger op på borgerens aftaler og udvikling.

**Kerneelement 2 - Tværfaglige møder med borgeren i centrum:** Borger og koordinator skal afholde netværksmøder sammen med relevante ressourcepersoner i borgerens netværk. Netværksmøderne skal have fokus på at koordinere borgerens mål og indsatser. De tværfaglige møder skal understøtte borgerens mål og drømme samt sikre, at borgeren får støtte til en sammenhængende og koordineret indsats målrettet borgerens samlede livssituation og behov.

**Kerneelement 3 - Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og drømme:** Borger indgår forpligtende aftaler om handlinger og mål med deltagerne på det tværfaglige netværksmøde. Skriftliggørelse af borgerens mål og aftaler skal sikre en systematisk opfølgning på igangsatte indsatser og understøtte, at alle involverede parter kan dokumentere resultaterne af samlede indsatser.

**Kerneelement 4 - Tværgående ledergruppe:** Der etableres en tværgående ledergruppe, som består af ledere fra de forvaltninger og afdelinger, der har en afgørende rolle i at få Samarbejdsmodellen til at fungere i kommunen. Ledergruppen har til opgave at prioritere ressourcer og understøtte det tværfaglige samarbejde og den indsats, som skal hjælpe borgeren med at nå egne mål og drømme for fremtiden, herunder at træffe de nødvendige beslutninger for at arbejdet kan foregå.

På baggrund af de revideringer af modellen, som er foretaget i løbet af tilpasningsfasen (se evt. Bilag B – Metode), er der udarbejdet en indsatsteori, som er illustreret på næste side. Indsatsteorien viser Samarbejdsmodellens fire kerneelementer og de aktiviteter og faglige praksis, som knytter sig til kerneelementet. Indsatsteorien skitserer dernæst, hvilket output (hvilke aktiviteter) som forventes på baggrund af kerneelementerne. De nederste bokse viser de forventede resultater af Samarbejdsmodellen på henholdsvis kort-, mellemlangt- og langt sigt. Resultatmålene er formuleret på baggrund af den politiske aftaletekst (Ibid.). Evalueringen måler resultaterne på kort- og mellemlangt sigt, mens de langsigtede resultater vurderes at ligge uden for rammerne af dette projekt at følge op på.

**Figur 2.1**  
**Samarbejdsmodellens Indsatsteori**

| Kerneelementer                       | En ansvarlig, tværgående koordinator                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tværfaglige møder med borgeren i centrum                                                                                                                                                                                                                          | Forpligtende aftaler og opfølgning på borgerens mål og drømme                                                                                                                                                                                                                                                             | Tværgående ledergruppe                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aktiviteter</b>                   | <p>Gennemfører opstartsmøder sammen med borger med afdækning af borgers indsatser, netværk samt håb og drømme for fremtiden</p> <p>Forbereder tværfaglige møder sammen med borger</p> <p>Sparrer med andre koordinatore</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Indkalder og forbereder deltagere til det tværfaglige møde</p> <p>Mødet følger borgerens dagsorden</p> <p>Koordinator faciliterer det tværfaglige møde</p> <p>Mål, handlinger og opfølgning aftales på mødet</p> <p>Deltagerne forpligter sig på aftalerne</p> | <p>De aftaler, som borger indgår med deltagerne på det tværfaglige møde, formuleres i <i>mål- og aftaleskemaet</i></p> <p><i>Mål- og aftaleskemaet</i> godkendes af borger og sendes ud</p> <p>Deltagere fra det tværfaglige møde leverer det aftalte</p> <p>Koordinator og borger følger op på om aftaler efterleves</p> | <p>Organiserer et kommunalt og tværsektorielt, forpligtende samarbejde omkring målgruppen, med inddragelse af sundhedsområdet</p> <p>Prioriterer ressourcer og sikrer mandat</p> <p>Sikrer relevant kompetenceudvikling</p> |
| <b>Output</b>                        | <p>Borger og koordinator har udarbejdet netværks- og indsatsoverblik</p> <p>Borger og koordinator har formuleret borgerens egne ønsker og behov</p> <p>Borger og koordinator har planlagt dagsorden og rammen for det tværfaglige møde</p> <p>Der er afholdt de nødvendige tværfaglige møder</p> <p>Opfølgning er gennemført, jf. metodehåndbogen</p> <p>Der er udarbejdet <i>mål- og aftaleskema</i> for, hvordan borgeren bedst støttes i at opnå egne mål og drømme, i tråd med borgerens egne italesatte ønsker og behov</p> <p>Ledergruppen har etableret procedurer for kompetenceudvikling og for fastholdelse af fokus på Samarbejdsmodellen</p> <p>Ledergruppen har etableret en kommunal og tværsektoriel organisering med et forpligtende samarbejde omkring målgruppen, herunder samarbejde med de relevante aktører på sundhedsområdet, både internt og eksternt</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Kortsigtede resultater</b>        | <p>Borgeren oplever, at blive inddraget, set og hørt, i tråd med egne ønsker og behov</p> <p>Borgeren oplever, at der bliver handlet og fulgt op på aftaler</p> <p>Borgeren har opnået relevant udredning, der forholder sig til borgerens samlede situation, behov og ønsker</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Resultater på mellemlang sigt</b> | <p>Deltagerne på de tværfaglige netværksmøder arbejder mere helhedsorienteret</p> <p>Borgeren oplever øget mestring og kontrol over eget liv</p> <p>Borgeren oplever trivsel og fremgang i sin livssituation</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Langsigtede resultater</b>        | <p>Borgeren kommer tættere på at opnå egne mål og drømme</p> <p>Borgeren bliver så selvhjulpne som muligt</p> <p>Det forebygges at borgers somatiske, psykiske og sociale udfordringer forværres, så borgeren oplever flere gode år</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |

## 2.4 Læsevejledning

Rapporten er opdelt i ni kapitler og to bilag.

*Kapitel 1: Sammenfatning* giver en kortfattet gennemgang af den evaluerede indsats, hvorefter evalueringens hovedfund præsenteres. Sammenfatningen kan læses selvstændigt.

*Kapitel 2: Indledning* opridser formål og baggrund for initiativet. Indledningen beskriver også kort Samarbejdsmodellen som indsats, herunder indsatsteorien og formålet med evalueringen.

*Kapitel 3: Evalueringsdesign* præsenterer kort de anvendte datakilder og analysestrategier.

*Kapitel 4: Målgruppeanalyse* beskriver målgruppen af borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen i projektperioden.

*Kapitel 5: Resultater* giver en vurdering af, om indsatsteoriens mål på kort- og mellemlangt sigt er nået.

*Kapitel 6: Implementering* undersøger, i hvilket omfang fidelitetskriterierne for de enkelte kernelementer i Samarbejdsmodellen er efterlevet, og giver en samlet vurdering af, om Samarbejdsmodellen er implementeret.

*Kapitel 7: Forankring af Samarbejdsmodellen* beskriver i hvilket omfang, de tre projektkommuner har besluttet at videreføre modellen, og til hvilken målgruppe.

*Kapitel 8: Økonomisk Analyse* giver et bud på hvad Samarbejdsmodellen koster for en gennemsnitskommune, med udgangspunkt i data fra de tre deltagende projektkommuner.

Kapitel 9: *Referencer*

Bilag A: Målgruppeanalyse

Bilag B: Metode

Bilag C: Eksempel fra økonomisk analyse

### 3. Datagrundlaget for evalueringen

I dette kapitel præsenterer vi kortfattet de datakilder og analysestrategier, som vi har anvendt i evalueringen. Læsere som ønsker at vide mere om evalueringsdesign, datagrundlag, analysestrategi mv. henvises til Bilag B – Metode.

I evalueringen anvender vi både kvantitative og kvalitative datakilder. De kvantitative datakilder består af henholdsvis aktivitetsdata på borgerniveau (registreret af projektledere og koordinato-  
rer i de tre projektkommuner) og data fra spørgeskemaer (som borgerne har besvaret ved op-  
start og herefter ca. hver tredje måned frem til, at de afsluttes i Samarbejdsmodellen). De kvali-  
tative datakilder består af interviews med borgere, koordinato-  
rer, kommunale deltagere på net-  
værksmøder og ledere i de tre projektkommuner, jf. Tabel 3.1.

**Tabel 3.1**  
Evalueringens datakilder

|                                                                        | Beskrivelse af datakilder                                                                                                                                                                         | Antal deltagere (N)                        | Anvendelse (kapitler)                                                  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aktivitetsdata</b>                                                  | Oplysninger om aktiviteter relateret til borgerforløb, fx antal møder ml. borger og koordinator, antal netværksmøder, indsats- og netværkskortlægning mm.                                         | 80                                         | - Implementering<br>- Omkostninger                                     |
| <b>Spørgeskema til borgere i indsatsen</b>                             | Spørgsmål om trivsel, personlig recovery og støtte til recovery, oplevelse af samarbejde med kommunen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Første måling</li> <li>• Sidste måling</li> </ul> | 34                                         | - Implementering<br>- Resultater                                       |
| <b>Interviews borgere</b>                                              | Kvalitative interviews med borgere med fokus på deres oplevelse af at deltage og deres oplevede                                                                                                   | 16 interviews                              | - Implementering<br>- Resultater                                       |
| <b>Interviews med koordinato-<br/>rer, projektledere<br/>og ledere</b> | Kvalitative interviews med koordinato-<br>rer og ledere, bl.a. med fokus på hvordan de arbejder med og implementerer indsats-<br>sen, udfordringer mv.                                            | 4. år: 17 interviews                       | - Implementering<br>- Resultater<br>- Forankring<br>- Målgruppeanalyse |
| <b>Omkostningsin-<br/>terviews</b>                                     | Kvalitative interviews med projektledere med fokus på aktiviteter og omkostninger forbundet med indsatsen                                                                                         | 2. år: 3 interviews<br>3. år: 3 interviews | - Implementering<br>- Omkostninger                                     |

I besvarelsen af de enkelte evalueringsspørgsmål anvendes typisk to eller flere datakilder til at belyse samme eller forskellige aspekter af et givet evalueringsspørgsmål. Gennem inddragelse af både kvantitative og kvalitative data, analyserer vi om Samarbejdsmodellen når de mål, som antages i indsats teorien, på kort- og mellemlangt sigt. Dele af analysen tager udgangspunkt i data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 34 borgere, som har deltaget i et helt forløb efter Samarbejdsmodellen. Andre dele af analysen baserer vi på interviews med borgere i Samarbejdsmodellen og fagprofessionelle samt ledere, som giver indblik i deres erfaringer fra projektet. Spørgeskema- og interviewdata supplerer hinanden på forskellig vis igennem analysen. Nogle steder gennem triangulering, hvor de understøtter og bekræfter hinanden, andre steder komplementerer de hinanden eller bidrager til at nuancere og balancere de positive og negative tendenser i data (Greene et al., 1989).

## 4. Samarbejdsmodellens målgruppe

I dette kapitel præsenterer vi de vigtigste pointer fra evalueringens målgruppeanalyse (se Bilag A - Målgruppeanalyse), med fokus på hvad der kendetegner de borgere, som har været en del af indsatsen. På den baggrund giver vi en vurdering af om den gruppe af borgere, som har deltaget i projektperioden, ligner den målgruppe, som Samarbejdsmodellen er tiltænkt ifølge Indsatsbeskrivelsen.

### Hovedfund

Målgruppen for Samarbejdsmodellen er defineret ud fra få udvalgte parametre. Inklusionskriterierne for, at borgerne har kunne modtage Samarbejdsmodellen, er social udsathed, komplekse problemer og en nedre aldersgrænse på 50 år.

Målgruppeanalysen tyder på, at de borgere, som har deltaget i projektperioden, opfylder indsatsbeskrivelsens inklusionskriterier for borgere i Samarbejdsmodellen. Registeranalysen kan dog ikke med sikkerhed vurdere graden af udsathed eller problemkompleksitet. Dette skyldes dels det begrænsede antal borgere i Samarbejdsmodellen, dels at nogle af de anvendte registerdata dækker over mørketal, hvor borgerne ikke har modtaget den hjælp eller indsats, de reelt har behov for og er berettiget til.

De borgere, som deltager i Samarbejdsmodellen, er en stærkt trivselsbelastet målgruppe, som er i hyppigere kontakt med sundhedsområdet og i langt højere grad på offentlig forsørgelse sammenlignet med befolkningen generelt. Langt hovedparten af borgerne bor alene, og erfaringerne fra projektkommunerne er, at borgerne ofte er karakteriseret ved at have et begrænset privat netværk og få eller ingen støttepersoner foruden fagprofessionelle i deres liv.

### 4.1 Afgrænsning af målgruppen

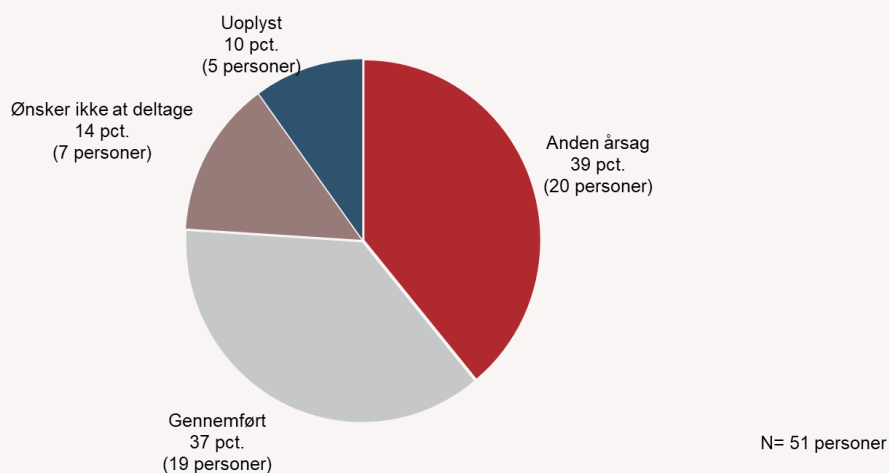
Samarbejdsmodellen retter sig mod ældre i socialt udsatte positioner med komplekse problemer, jf. Indsatsbeskrivelsen. At være *ældre* defineres her med udgangspunkt i, at borgere i udsatte positioner ofte oplever markant tidligere alderssvækkelse end borgere, som ikke er i en udsat position. Der er sat en nedre aldersgrænse for deltagelse på 50 år. *Social udsathed* betragtes i denne sammenhæng som flere samtidige udfordringer, der afholder borgeren fra at indgå i et ønsket hverdagsliv, herunder eksempelvis helbreds-mæssige udfordringer, psykiske lidelser, misbrug, hjemløshed og langvarig arbejdsløshed. *Komplekse problemer* betegner her en sammensætning af flere samtidige udfordringer og dertil ofte vanskeligheder med at bevare overblik over udfordringer og indsatser.

#### 4.1.1 Borgerne i Samarbejdsmodellen er en særligt belastet målgruppe

Samlet set har projektkommunerne registreret 80 borgere, hvoraf 29 fortsat var i et forløb ved evalueringens afslutning, mens 51 borgere var afsluttet eller stoppet. Ud af de 51 borgere, som er afsluttet, er 19 borgere (37 pct.) registreret som "gennemført", jf. Figur 4.1. Dette dækker over, at koordinator sammen med borgeren har vurderet, at borgeren ikke længere har behov for Samarbejdsmodellen som en koordinerende indsats. Koordinatoren har afsluttet ca. to ud af fem borgere med en anden årsag end gennemført. Dette skyldes en række faktorer såsom, at

borgerne er for kognitivt udfordrede, misbrugende eller af andre grunde ikke kan overkomme at fortsætte i Samarbejdsmodellen, herunder deltage i et tværfagligt netværksmøde. Derudover er enkelte borgere flyttet til en anden kommune, blevet langtidsindlagte eller afgået ved døden. Koordinatorerne har afsluttet syv borgere, fordi de ikke længere ønskede at deltage, mens der for fem borgere ikke er blevet angivet en årsag til, at deres forløb er blevet afsluttet.

**Figur 4.1**  
**Andel afsluttede forløb efter årsag til afslutning**



Kilde: Aktivitetsregistreringer 2022-2024

Det relativt store frafald af borgere, som ikke gennemfører deres forløb, afspejler en reel udfordring i forhold til at opspore og rekruttere målgruppen for Samarbejdsmodellen. I nogle borgerforløb er det først under de mere dybdegående samtaler omkring afdækning af borgerens indsatser, netværk, mål og drømme, at koordinator får tilstrækkeligt indblik i borgerens udfordringer, liv og situation i øvrigt til at vurdere, om vedkommende reelt er i målgruppen. I nogle tilfælde betyder det, at borgere som i første omgang er visiteret til modellen, fordi de vurderes at være i målgruppen, i løbet af de første uger eller måneder afsluttes igen, fordi afdækningen viser, at de enten er for kognitivt udfordrede eller omvendt, at deres udfordringer ikke er "komplekse" nok.

Målgruppeanalysen for Samarbejdsmodellen er defineret ud fra få udvalgte parametre, som kan spænde bredt. Social udsathed, komplekse problemer og en nedre aldersgrænse på 50 år, har været inklusionskriterierne for at borgere kunne modtage Samarbejdsmodellen. Målgruppeanalysen af de borgere, som deltager i Samarbejdsmodellen, tegner en karakteristik af en stærkt trivselsbelastet målgruppe, som er i hyppigere kontakt med sundhedsområdet og i langt højere grad på offentlig forsørgelse sammenlignet med befolkningen. Langt hovedparten af borgerne bor alene, og erfaringerne fra projektkommunerne er, at borgerne ofte er karakteriseret ved at have et begrænset privat netværk og få eller ingen støttepersoner foruden fagprofessionelle i deres liv.

Målgruppeanalysen tyder på, at de borgere som har deltaget i projektperioden, opfylder indsatsbeskrivelsens inklusionskriterier. Vi kan ikke vurdere graden af udsathed eller problemkompleksiteten, dels fordi antallet af borgere i analysen er 64, hvilket begrænser analysemulighederne, dels fordi der i nogle af opgørelserne kan være et betydeligt mørketal, som skyldes at borgerne ikke har opsøgt eller fået alle de indsatser, de reelt har haft behov for.

## 5. Resultater

I dette kapitel præsenterer vi Samarbejdsmodellens virkninger og resultater med udgangspunkt i indsats teorien. indsats teorien operationaliserer initiativets overordnede formål og succeskriterier i en række resultatmål på kort- og mellemlangt sigt. Den viser samtidig, hvordan målene forventes nået, når kerneelementerne implementeres som beskrevet.

Vi ser på, om borgerne i Samarbejdsmodellen oplever at blive inddraget, hørt og set, samt om kommunen handler og følger op på aftaler. Vi vurderer, om borgerne opnår relevant udredning i forhold til deres samlede situation, behov og ønsker. Dernæst ser vi på, borgernes udvikling i trivsel og personlig recovery, samt om Samarbejdsmodellen medfører et helhedsorienteret samarbejde om borgerne på de tværfaglige netværksmøder.

Ifølge den politiske aftale for Samarbejdsmodellen skal evalueringen overordnet vurdere, om Samarbejdsmodellen bidrager til, at ældre socialt udsatte med komplekse problemstillinger modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som er tilpasset deres samlede situation, udfordringer og behov - herunder øger borgernes mestring og kontrol over eget liv samt trivsel og fremgang i deres livssituation. Når vi afslutningsvis samler op, undersøger vi, hvorvidt resultaterne samlet set indikerer, om Samarbejdsmodellen kan understøtte en mere sammenhængende og koordineret kommunal indsats, der medfører, at borgernes livssituation forbedres og bringer dem tættere på deres mål, ønsker og drømme for fremtiden.

### Hovedfund

Samarbejdsmodellen viser potentiale for at understøtte, at borgere i målgruppen får en mere helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende indsats. Vi kan ikke med sikkerhed afgøre, om Samarbejdsmodellen øger målgruppens trivsel og personlige recovery. Virkningen for borgerne varierer, idet nogle borgere oplever en positiv udvikling, mens andre oplever begrænset udvikling og enkelte endda en tilbagegang. Resultaterne skal fortolkes med forsigtighed, fordi de alene er baseret på 34 borgeres spørgeskemabesvarelser og kvalitative interviews med 16 borgere.

Når vi kigger på resultaterne, oplever hovedparten af borgerne, at de bliver lyttet til og inddraget i deres forløb, og at der bliver handlet og fulgt op på aftaler. Borgerne har opnået en udredning som forholder sig til deres samlede situation og behov. Projektkommunerne erfarer, at samarbejdet på de tværfaglige netværksmøder giver deltagerne en mere helhedsorienteret tilgang til borgerens situation, og borgerne oplever, at de forskellige afdelinger i projektkommunen samarbejder for at hjælpe dem. Dette må alt andet lige bidrage til bedre koordinering og sammenhæng i borgernes indsatser på tværs af de afdelinger og myndighedsområder, som de fagprofessionelle repræsenterer.

14 ud af 34 borgere, oplever en klinisk signifikant stigning i trivsel på 10 point eller derover. 17 borgere oplever status quo, og 3 borgere oplever en klinisk signifikant tilbagegang på minimum 10 point. De 34 borgere starter på en gennemsnitlig trivselsscore på 23 og slutter på 33 - altså fortsat langt under normscoren for trivsel på 68 for befolkningen som helhed. Når det gælder udviklingen i borgernes personlige recovery, oplever 18 ud af 34 en fremgang på 10 point eller derover. 10 borgere oplever status quo og 6 oplever minimum 10 points tilbagegang. De 34 borgere starter på en gennemsnitlig personlig recovery på 36 og slutter på 43. Normscoren for den danske befolknings recovery er 71, så borgerne i Samarbejdsmodellen har en markant lavere personlig recovery sammenlignet med den øvrige danske befolkning.

## 5.1 Resultater på kort sigt

Samarbejdsmodellens indsatsteori illustrerer en antagelse om, at specifikke aktiviteter og output relateret til samarbejdet mellem borger, koordinator og mødedeltagerne på de tværfaglige netværksmøder, fører til en række borgerrelaterede og mere organisatoriske resultater. På kort sigt forventes aktiviteter og output at medføre:

- At borgeren oplever at blive inddraget i tråd med egne ønsker og drømme i overensstemmelse med den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang.
- At borgeren oplever, at der bliver handlet og fulgt op på aftaler.
- At borgeren har opnået relevant udredning, der forholder sig til borgerens samlede situation, behov og ønsker.

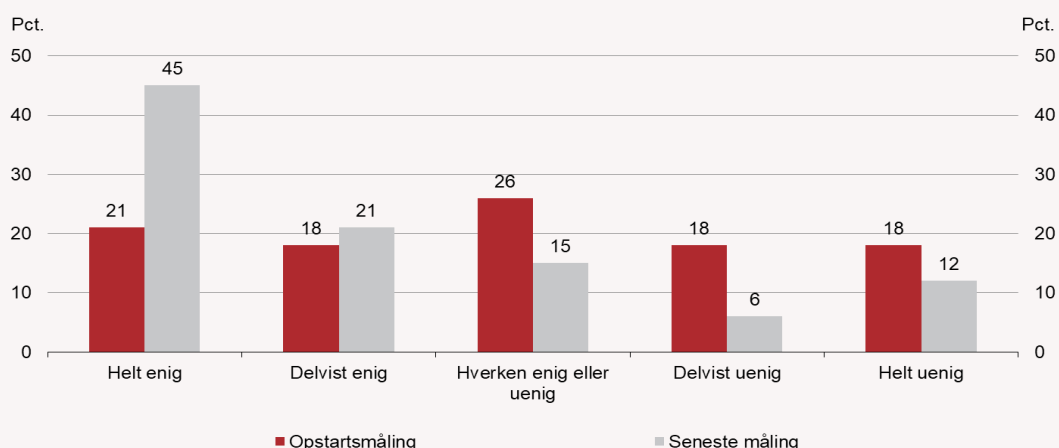
### 5.1.1 Borgerne oplever at blive inddraget, hørt og set

Samarbejdsmodellen forventes på kort sigt at resultere i, at borgeren oplever at blive inddraget, set og hørt, i tråd med egne ønsker og behov. Vi undersøger, om borgerne oplever at blive inddraget, dels ved at spørge dem om de oplever, at kommunen lytter til dem og dels ved at spørge, om de har været med til at beslutte, hvad netværksmøderne skal handle om, og hvem der skal inviteres. Vi undersøger desuden, om borgerne oplever at de bliver lyttet til og forstået på netværksmøderne.

Flere borgere oplever, at der bliver lyttet til dem på møderne med kommunen efter, at de er startet i Samarbejdsmodellen. I den seneste måling svarer 45 pct., at de er helt enige i, at der bliver lyttet til dem, mens dette kun var tilfældet for 21 pct. af borgerne ved opstartsmålingen, jf. Figur 5.1. Andelen af borgere, som er helt eller delvist uenige i udsagnet, falder fra 36 pct. i opstartsmålingen til kun 18 pct. i den seneste måling.

Figur 5.1

Andel borgerbesvarelser på spørgsmålet: Jeg oplever, at der bliver lyttet til mig på møderne med kommunen



Anm.: N= 34 borgere  
Kilde: Spørgeskemadata

Den positive udvikling i borgernes spørgeskemabesvarelse bekræftes i interviews med borgerne. En gennemgående oplevelse blandt borgerne er, at de inddrages i deres forløb og har

medbestemmelse. Det vil blandt andet sige, at de har været med til at beslutte, hvad der skal tales om på netværksmøderne, og hvem der skal inviteres. Inddragelsen kan give borgerne en oplevelse af, at deres stemme er vigtig, at de bliver taget alvorligt og at mødet reelt skal dreje sig om det, der er vigtigt for borgeren.

Netværksmøderne opleves som meget anderledes, end borgerne tidligere har været vant til i kommunen. Forud for de tværfaglige møder har de fleste været skeptiske og uden tillid til, at der ville blive lyttet til dem. Flere af borgerne fortæller om netværksmøder, hvor de til deres overraskelse oplever, at der netop ikke bliver talt hen over hovedet på dem. Andre beskriver, at de har haft en følelse af at være et menneske frem for et nummer. En borger fortæller om sin oplevelse af netværksmødet:

---

*Jeg synes det var godt, og de havde også mange gode... altså de havde jo set mig, det kunne jeg mærke, når de snakkede om tingene. De kunne jo se hvor mine problemstillinger var henne, og nogle af dem kunne så også sige, at når de havde hjulpet mig med det, så kunne de jo så se, at det blev bedre ik. Så der var meget... og jeg følte jo så, at det var mig de havde fokus på ik. Det var ikke det der med, at det bare var et eller andet de har læst oven på et stykke papir vel. Det var så betryggende. - Borger*

---

En anden borger fremhæver, at han har følt sig hørt, fordi han på mødet blev bedt om at fortælle, hvordan han gerne ville have det, og koordinator havde indskærpet over for de andre deltagere, at det var vigtigt for borgeren, at de lyttede. I interviewet fortæller borgeren, hvordan det gav ham lyst til at være samarbejdsvillig, og samtidig gav ham en oplevelse af, at han fik flere muligheder. Borgerne fortæller, at deltagerkredsen på møderne faktisk lytter til dem, hvilket er en positiv og vigtig oplevelse. Nogle borgere hæfter sig ved, at deltagerne på mødet taler sammen om det, som borgeren ønsker, mens borgerne kan høre og forholde sig til det. Andre borgere beskriver, at måden, der bliver talt til dem på møderne, er anderledes, og svarene, som de får, er mere konkrete sammenlignet med, hvad de tidligere har oplevet. En borger fortæller:

---

*[...] Når du går op selv og sætter dig foran en [red; medarbejder i kommunen] og skal forklare hvordan du har det, vedkommende er jo helt blank, det kan du se. [...] Det er meget det der med paragraffer. "Nej det kan vi ikke hjælpe, nej det kan vi gøre, nej det kan vi ikke hjælpe dig med", og så kan jeg ikke rigtig sige noget, fordi jeg kender jo ikke systemet vel? Hvorimod det her [tværfaglige netværksmøder, red.], der kom de jo ind fra flere sider ik', hvor man så følte, at det var ikke bare et åndsvagt problem. Det er virkelig... det er en stor forskel. - Borger*

---

Enkelte borgere fortæller, at de ikke har følt sig set og hørt på netværksmøderne. For nogle handler dette om, at der er blevet talt om en løsning, som borger på ingen måde ønsker. Det kan også handle om, at borger har oplevet en deltager med negativ attitude over for borgeren, mens det for andre handler om koordinatorens tilgang. En borger fortæller:

---

*Det var ligesom om [red; koordinator] mente, forventede, at de spørgsmål og de ting der skulle frem [red; på netværksmødet], skulle jeg stille til hende, så hun kunne stille dem videre. Altså sådan virkede det, det sagde [red; min pårørende] også: "det virkede jo som om, hun bliver halvt fornærmet, fordi du selv stiller de spørgsmål direkte". - Borger*

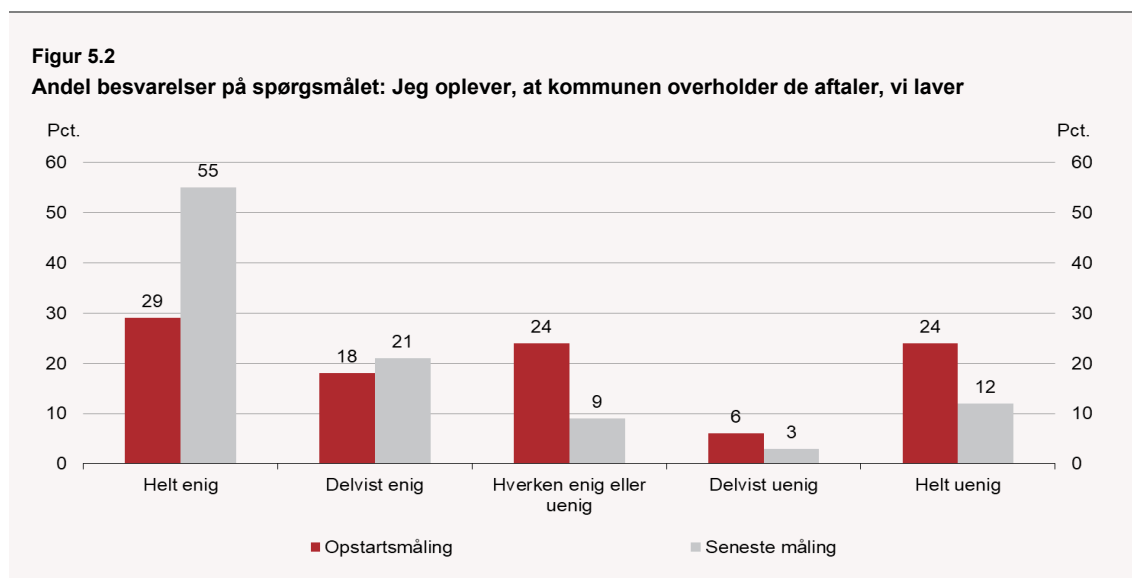
---

En anden borger beskriver en lignende oplevelse til et netværksmøde, hvor koordinator i borgers optik er for styrende, hvilket giver borger en oplevelse af, at det er koordinatorens møde og ikke borgerens. Langt hovedparten af borgerne oplever dog, at de bliver lyttet til, og flere fortæller, at de har deltaget aktivt i møderne. Enkelte har selv haft ansvar for at styre møderne, fx ved at byde velkommen eller fortælle, hvad mødet skulle handle om.

### 5.1.2 Borgerne oplever, at der bliver handlet og fulgt op på aftaler

Samarbejdsmodellen forventes på kort sigt at resultere i, at borgerne oplever, at der bliver handlet og fulgt op på aftaler. Vi undersøger borgernes oplevelse af dette ved at spørge, om de oplever, at kommunen overholder de aftaler, som de laver. Vi vurderer, om der handles og følges op med afsæt i både borgernes og de kommunale medarbejderes erfaringer.

Flere borgere oplever, at der bliver handlet og fulgt op på aftaler efter, at de er startet i Samarbejdsmodellen. Lidt over halvdelen af borgerne svarer i den seneste måling, at de er helt enige i, at kommunen overholder aftaler, mens dette kun var tilfældet for knap en tredjedel af borgerne ved opstartsmålingen, jf. Figur 5.2.



Anm.: N= 34 borgere  
Kilde: Spørgeskemadata

Interviewene bekræfter den positive udvikling i borgernes oplevelse af, at kommunen overholder deres aftaler. Størstedelen af borgerne bekræfter, at der bliver fulgt op på aftaler, og flere borgere oplever, at der på netværksmøderne udarbejdes konkrete handleplaner, som deltagerne derefter følger op på. For borgerne giver opfølgningen en oplevelse af, at der sker noget positivt i deres liv.

Borgerne beskriver, hvordan de tværfaglige netværksmøder fører til handling, og at dette for nogle står i kontrast til tidligere oplevelser og erfaringer med kommunen. Forløbet i Samarbejdsmodellen giver borgerne håb om, at denne udvikling kan fortsætte. En borger fortæller, at han tidligere har haft en følelse af at "slå hovedet mod muren" i mødet med kommunen, men at denne følelse har ændret sig i takt med, at handlinger iværksættes:

---

*Ja, der sker i det mindste noget, og jeg har håbet på, at der sker, eller kan ske, noget mere, fordi der sker i det mindste et eller andet. Det står i det mindste ikke totalt stille op af den der væg der, som jeg snakkede om. - Borger*

---

Borgere, såvel som koordinatore, oplever gennemgående, at de har haft et godt samarbejde, som har været kendetegnet ved tillid og konstruktiv dialog. Borgerne fortæller, at de har været i løbende kontakt med deres koordinator og har oplevet at blive inddraget og informeret undervejs i forløbet.

Det har betydning for oplevelsen af tryghed og relationen til koordinatoren, at koordinatoren mødes med borgeren fysisk og i borgerens hjem, hvis det er hvad borger foretrækker. En borger, som har haft forskellige koordinatore, sammenligner de samtaler, hun har haft med den nye koordinator over telefonen med den tidligere koordinators hjemmebesøg. På møderne i borgerens hjem kunne de sammen foretage opkald eller skrive mails til mødedeltagere, hvilket var med til at skabe tryghed hos borger, da hun med egne øjne oplevede, at koordinator handlede og fulgte op på deres aftaler. Denne tryghed forsvinder, når de ikke mødes fysisk og kan skabe en usikkerhed i forhold til, hvad der sker i borgerens sag.

Koordinatorer og projektledere oplever, at det bidrager positivt til kommunikation og opfølgning, når aftaler og mål nedskrives på de tværfaglige netværksmøder. En koordinator fortæller her, hvordan hun oplever, at møderne og de nedskrevne aftaler giver stor gennemsigtighed og tydelighed i, hvem der gør hvad - også i dialogen med borger:

---

*Og der er også lagt en plan, at der kommer et referat her fra mødet. Og så hvis opgaver, som der står: "Nå så det var det, jeg skulle tage mig af". Det har jeg brugt så sent som i dag, referatet. "Men hvad var det egentlig lige..." at køre det igennem sammen med borgeren. Hvad var det, vi aftalte, og hvad var det vi skulle gå i gang med. - koordinator*

---

Metoden omkring netværksmøderne tilsiger, at alle aftaler skal skrives ned i et mål- og aftaleskema eller referat og godkendes af borger, inden det sendes ud til alle deltagerne. Borgerne bekræfter, at der tages referat på møderne, som de skal godkende. Og de oplever, ligesom koordinatore og projektledere, at de nedskrevne aftaler bidrager positivt til kommunikation og løbende opfølgning på aftaler. Skemaet giver mulighed for, at borgerne kan følge med i planer og fremskridt:

---

*I: Lavede I en plan? B: Ja, vi havde en plan. I: Blev den skrevet ned, eller hvordan? B: Den blev skrevet ned, og jeg fik en kopi med hjem. I: Okay, så du kunne se...? B: Ja. I: Og hvad stod der i den plan? B: Der stod mine mål, stykke for stykke, ikke. Og så satte man sådan et lille flueben ud foran. Eller, jeg gjorde i hvert fald. I: Når målet var nået? B: Ja. I: Det må da have været ret fedt, at kunne sætte de der flueben undervejs? B: Ja, men det har jeg heller aldrig gjort før. Sådan noget der, har jeg altid grint lidt af. Men jeg har gjort det, og det har faktisk virket på mig. - Borger*

---

Enkelte borgere oplever, at koordinator ikke følger op på aftalerne. Interviewene tyder på, at kommunikationen og matchet mellem disse borgere og deres koordinator ikke har været god. Nogle få borgere fortæller, at de har haft begrænset kontakt til deres koordinator, men vurderer at de måske heller ikke har haft behov for det, og fremhæver ikke den minimale kommunikation som noget negativt.

### **5.1.3 Borgerne opnår relevant udredning**

Samarbejdsmodellen forventes på kort sigt at resultere i, at borgerne opnår relevant social- og sundhedsfaglig udredning i forhold til deres samlede situation, behov og ønsker. I evalueringen har vi ikke indsamlet data om indholdet af den socialfaglige udredning, som foregår under koordinatorens kortlægning af borgerens indsatser og netværk eller den tværfaglige afdækning, der foregår på netværksmøderne. Vi kan dermed ikke vurdere om den udredning, de enkelte borgere har opnået, er relevant i forhold til borgerens samlede situation, ønsker og behov. Med afsæt i resultat- og implementeringsevalueringen udleder vi mere overordnet, at koordinatorens kortlægning og de tværfaglige netværksmøder giver et godt grundlag for, at borgerne opnår relevant udredning.

I Implementeringsevalueringen vurderer vi, at kerneelement 1 og 2 gennemgående er implementeret. Herunder, at borger og koordinator samarbejder om at kortlægge borgers netværk og indsatser og formulerer ønsker, håb og drømme for fremtiden. Indsatsoverblikket og netværkskortlægningen er første del af udredningsarbejdet, der giver overblik over borgers samlede situation og behov. På baggrund af kortlægningen og formuleringen af borgerens mål og drømme bliver borger og koordinator enige om hvilke temaer, de skal sætte på dagsordenen, og hvem de skal invitere til de tværfaglige netværksmøder.

På de tværfaglige netværksmøder samles alle de perspektiver og fagligheder, som tilsammen kan sikre, at borgerens samlede situation og behov bliver belyst. En af projektlederne giver her et eksempel på et konkret borgerforløb, hvor videndelingen mellem de forskellige fagligheder, der foregår på de tværfaglige netværksmøder, førte til afdækning af kritiske forhold hos borgeren, som måske ellers var blevet overset:

---

*Og så en anden ting, jeg virkelig synes gør en forskel i den her Samarbejdsmodel. Det er de forskellige fagligheder. Vi har også et eksempel med en borger, som kom med i projektet. Og vedkommende har sådan set kontakt med sundhedssystemet, men ikke ret meget. Og vedkommende drikker også. Hvor vi jo har den her sundhedsfaglige kompetence i teamet. Og den*

*socialfaglige. Hvor man på den socialfaglige jo også har talt meget om misbrug og arbejde og sociale forhold. Hvor de sundhedsfaglige sagde: "det er ikke normalt, at n borger har [red; anonymiseret]. Der er et eller andet. Det skal man have undersøgt." Og de andre ville ikke have tænkt over det. Og så viste det sig jo, at borgeren havde [red; anonymiseret] [...] Men der var en eller anden sygdom [...]. Så borgeren skulle faktisk indlægges og have det fjernet. Og det er det, der hjælper. Vi får bare løst problemerne på en anden måde, fordi vi har de forskellige perspektiver med - Projektleder*

---

Som vi redegør for i både implementeringsevalueringen og resultatevalueringen, bidrager de tværfaglige netværksmøder til en helhedsorienteret tilgang til afdækning af borgerens situation, som øger mulighederne for at hjælpe borgeren tættere på dennes håb og drømme. Vi vurderer på den baggrund, at Samarbejdsmodellen derfor kan understøtte, at der foretages en udredning, som er relevant for borgerens samlede situation, ønsker og behov.

## **5.2 Resultater på mellemlangt sigt**

Samarbejdsmodellens indsatsteori illustrerer en antagelse om, at specifikke aktiviteter og output relateret til samarbejdet mellem borger, koordinator og mødedeltagere på netværksmøderne fører til en række borgerrelaterede og organisatoriske resultater. På mellemlangt sigt forventes aktiviteter og output at medføre, at:

- Deltagerne på de tværfaglige netværksmøder arbejder mere helhedsorienteret
- Borgeren oplever trivsel og fremgang i sin livssituation.
- Borgeren oplever øget mestring og kontrol over eget liv.

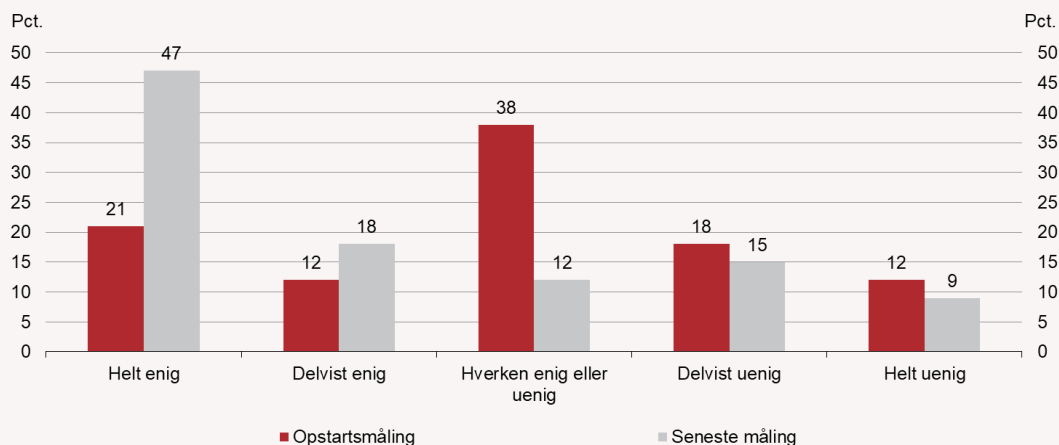
### **5.2.1 Helhedsorienteret samarbejde på de tværfaglige netværksmøder**

Samarbejdsmodellen forventes på mellemlangt sigt at understøtte, at der arbejdes mere helhedsorienteret. Det helhedsorienterede samarbejde på de tværfaglige netværksmøder skal understøtte, at borgerne får en mere koordineret og sammenhængende indsats. Vi undersøger, om deltagerne på de tværfaglige netværksmøder har fået en mere helhedsorienteret tilgang med afsæt i borgernes tilkendegivelser og oplevelser samt de kommunale medarbejderes erfaringer.

Samarbejdsmodellen ser ud til at understøtte en mere helhedsorienteret tilgang til arbejdet med borgerne. En større andel af borgerne oplever i løbet af deres forløb, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe dem. Ved den seneste måling er knap to tredjedele af borgerne helt eller delvist enige i, at forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe dem, jf. Figur 5.3. Ved opstart var det kun en tredjedel af borgerne, som var helt eller delvist enige heri.

**Figur 5.3**

**Borgernes besvarelse på udsagnet: Jeg oplever, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe mig**



Anm.: N= 34 borgere  
Kilde: Spørgeskemadata

At arbejde helhedsorienteret i borgerforløbene kræver, at de rette deltagere er samlet til de tværfaglige netværksmøder. En borger fortæller her, hvordan Samarbejdsmodellen har understøttet, at der med borgerens ord ikke er nogen mellemmand, da næsten alle de vigtigste fagprofessionelle i borgerens netværk er samlet og hører det samme:

---

*De er jo kommet... Altså, sørget for at sætte det op. "Er der nogen, du vil have med til mødet"? Ja, hvis der er nogen, der skal være med til mødet, så skal alle, der har med mit cpr-nummer med. For jeg gider ikke mellem-mænd. Så bliver det altid noget helt tredje. Og de mødte alle sammen op! Og vi måtte leje et kæmpe lokale hernede. I: Hvor mange havde du med? B: Jeg tror, det var 12 eller sådan noget, mand. Jeg har fået alle sammen med. Den eneste jeg ikke har fået med, det er min økonomisagsbehandler, men jeg ville også gerne have hende med. - Borger*

---

Erfaringen fra koordinatore og projektledere er, at sammensætningen af deltagere er central for udbyttet af netværksmødet. Når de rigtige deltagere og fagligheder er repræsenteret på mødet, kan der findes løsninger med det samme. En projektleder fortæller, at møderne kan bidrage til en hurtig og positiv udvikling i borgerens forløb, når det lykkes at samle de rigtige deltagere. Dette er først og fremmest fagprofessionelle med den rette viden og tilstrækkeligt mandat til at træffe beslutninger under, eller umiddelbart efter, mødet. De typiske deltagere er medarbejdere fra sundhedsområdet, visitationen og myndighed på voksenområdet samt udførere, fx støttekontaktpersoner m.v. Beskæftigelsesområdet kan også være en vigtig deltager i de borgerforløb, hvor det er relevant. Deltagerne på netværksmøderne fortæller, at det derimod kan virke kontraproduktivt og skabe usikkerhed hos borgeren, hvis der mangler en central fagperson på mødet. Det samme gælder, hvis deltagere ikke har den forventede viden eller tilstrækkeligt mandat med sig.

Flere af deltagerne på de tværfaglige netværksmøder fortæller, hvordan de oplever, at møderne har bidraget til at styrke det helhedsorienterede samarbejde omkring borger. De fremhæver særligt tre faktorer, som efter vores vurdering indikerer, at de tværfaglige netværksmøder understøtter et mere helhedsorienteret samarbejde. For det første beskriver nogle deltagere, at det at sidde ved samme bord gør det legitimt at bevæge sig ind på hinandens fagområder. I den forbindelse fremhæver deltagerne, at koordinatorens facilitering er afgørende for udbyttet af mødet. Møderne fungerer bedst, når koordinatoren, som mødeleder, sætter en tydelig ramme og styrer mødet ud fra borgerens dagsorden på en måde, som samtidig inddrager de forskellige deltagernes perspektiver. En deltager på netværksmødet fortæller:

---

*Og normalt så ville jeg have det stramt med, at nogen sad og fortalte mig, at det er hendes pædagogiske behov, der er størst. "Hun skal på botilbud hende der" og jeg var sådan, "det er ikke dig, der vurderer det, det er mig." Men at vi ligesom sådan i fællesskab her... Hun får forklaret, "jamen hendes plejebehov, de er sådan og sådan og sådan [...]" Og demenskoordinatoren, hun giver sit med, og måske var det også fordi, jeg var enig, men i hvert fald, der følte jeg bare, at det faktisk var enormt rart, at vi alle tre var på samme side. Vi havde den samme vurdering ét eller andet sted, altså at det var den her vej, vi skulle gå. Så der var det egentlig rart at høre det samme, hvor jeg måske i andre situationer hvis nogen kommer og fortæller mig: "den her borger skal bare have dét her, og dét skal du lige fixe." Der har jeg det sådan lidt "det er ikke dig" - Deltager på tværfagligt netværksmøde*

---

For det andet, så styrker netværksmøderne deltagernes kendskab til hinanden, og øger samarbejdet mellem deltagerne på tværs af deres forskellige fagområder. Flere deltagere fortæller, at det ofte er svært at gennemskue, hvem de skal tage fat i fra andre fagområder, og der kan tilmed være en barriere hos den enkelte i forhold til at række ud og efterspørge sparring fra fagprofessionelle andre steder i kommunen. Netværksmøderne er med til at dæmme op for denne problematik. En deltager på netværksmødet fortæller:

---

*Men jeg synes også, det åbnede en masse døre for mit vedkommende også at møde samarbejdspartnerne omkring borgeren, fordi det var jeg ikke særlig bekendt med i forvejen [...]. Men dét der med, at man ligesom fik set hinanden i øjnene... Og jeg synes det gav en åbning ind til hinandens verdener i forhold til godt at turde at ringe og sige, hey, hvad synes du? – Deltager på tværfagligt netværksmøde*

---

At få overblik over og samtidig få ansigt på hvilke andre fagprofessionelle, borgeren har i sit netværk, gør det lettere at tage kontakt. Oplevelsen blandt deltagerne er, at de tværfaglige netværksmøder bidrager til bedre kommunikation på tværs af afdelinger end tidligere. Deltagerne på netværksmøderne oplever altså, at kendskabet til hinanden gør det nemmere at navigere i og få overblik over de mange indsatser og fagprofessionelle, som er rundt om borgeren. Relationerne og samarbejdet bliver styrket, det bliver nemmere at ringe til hinanden og få flere faglige perspektiver på en given udfordring.

For det tredje beskriver deltagerne, hvordan netværksmøderne er med til at afmontere forestillinger om "de andre" i borgerens netværk og gør det nemmere at afklare, hvem der gør hvad. Møderne understøtter, at kommunikationen mellem parterne bedres og bidrager til, at deltagerne får en øget forståelse for deres kolleger andre steder i kommunen og et bedre indblik i de forskellige arbejdsområder, og hvem der kan støtte borgerne med hvad. Flere af mødedeltagerne fremhæver, at det fungerer godt når koordinator, som afslutning på møderne, samler op og gentager ansvars- og opgavefordeling m.v.

Uklarheder i ansvaret på tværs af afdelinger og fagområder har tidligere resulteret i, at der ikke blev handlet, og borgeren er faldet imellem to stole, fordi alle troede, at andre havde opgaven. En mødedeltager fortæller:

---

*Dét der er godt ved, at der er sådan nogle møder, det er, at vi ikke laver dobbeltarbejde eller kommer til at træde hinanden over tæerne. Fordi der var altså nogle gange dét der med, at så tror man lige, at den ene gør det og man tror "det er Karen, den tager hun sig af." Og Karen siger "det er sgu da bostøtten, der lige napper den." Altså, det kan jo godt ske, og det er jo ikke fordi, vi ikke vil noget eller mener noget, men det er jo bare dét, der sker. Og så ved man, så sker der ikke noget, og så bliver der ikke gjort noget, og så sidder man og kigger på hinanden et halvt år efter og siger "hvad fanden, gjorde du ikke det?" – Deltager på tværfagligt netværksmøde*

---

Efter vores vurdering er koordinatorens evne til at styre mødet og sikre inddragelse af deltagerne forskellige perspektiver med til at skabe det gode fundament for et helhedsorienteret samarbejde på de tværfaglige netværksmøder. Møderne fremmer deltagernes forudsætninger for at arbejde mere helhedsorienteret, også mellem møderne, og skaber større klarhed og overblik over, hvilke handlinger de hver især har ansvaret for at følge op på. De tværfaglige netværksmøder, og den opfølgning på mål og aftaler som derefter sker, medfører dermed et tættere samarbejde om de konkrete borgerforløb mellem de fagprofessionelle på tværs af organisationen. Interviewene med deltagere på de tværfaglige netværksmøder, med koordinatorene og projektledere, indikerer således at Samarbejdsmodellen bidrager til en bedre og mere helhedsorienteret koordinering og sammenhæng i borgernes indsatser på tværs af de fagprofessionelles afdelinger og myndighedsområder.

### **5.2.2 Udviklingen i borgernes trivsel**

Samarbejdsmodellen forventes på mellemlangt sigt at øge borgernes trivsel. Vi undersøger derfor udviklingen i borgernes trivsel ved brug af måleredskabet WHO-5, jf. Boks 5.1.

### Boks 5.1

#### Måling af trivsel via WHO-5

Borgernes trivsel er kortlagt via WHO-5, der er et kort spørgsmålsbatteri med fem udsagn til at vurdere selvoplevet trivsel. Udsagnene beder borgeren forholde sig til, hvorvidt de har følt sig tilpas i de seneste to uger.

På en skala fra 0 til 5 (fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden") bliver borger bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

I de sidste to uger...

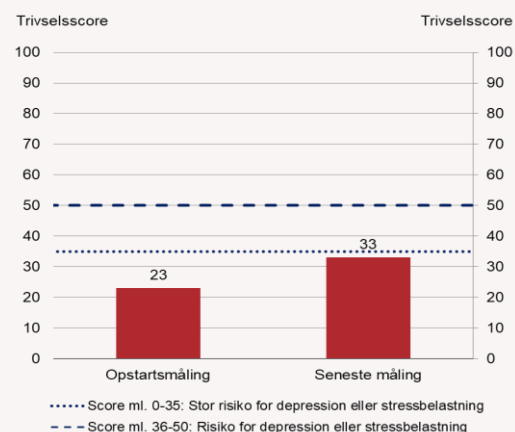
- 1) ... har jeg været glad og i godt humør
- 2) ... har jeg følt mig rolig og afslappet
- 3) ... har jeg følt mig aktiv og energisk
- 4) ... er jeg vågnet frisk og udhvilet
- 5) ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig

Besvarelsen af de fem spørgsmål omsættes til et pointtal mellem 0 og 100. Jo større pointtal, jo højere trivsel. Ved en score mellem 0 og 35 kan der være stor risiko for depression eller stressbelastning. Mellem 36-50 kan der være risiko for depression eller stressbelastning. Ved en score på over 50 er der umiddelbart ikke risiko for depression eller stressbelastning.

Borgernes gennemsnitlige trivsel udvikler sig positivt fra deres opstartsmåling til den seneste måling. Den gennemsnitlige trivselsscore stiger fra 23 ved opstart til 33 ved seneste måling. Trivselsscoren stiger således 10 point., jf. Figur 5.4.

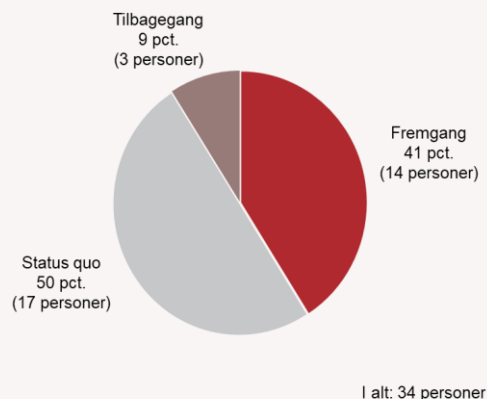
**Figur 5.4**

Gennemsnitlig trivselsscore ved første og seneste måling, målt via WHO-5



**Figur 5.5**

Andel borgere fordelt på udviklingen i deres trivselsscore mellem første og seneste måling, målt via WHO-5



Anm.: N=34 personer  
Kilde: Spørgeskemadata

Gennemsnittet dækker over, at nogle borgere oplever en betydelig positiv udvikling i deres individuelle trivsel, mens andre borgere ikke oplever nogen eller ligefrem oplever en negativ udvikling. 14 ud af 34 borgere har en stigning i deres trivselsscore på 10 point eller derover, jf. Figur 5.5, hvilket betragtes som en klinisk signifikant forøgelse i trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2017). 3 ud af de 34 borgere oplever en tilbagegang i deres trivsel svarende til en forringelse på 10 point eller derover. Halvdelen af borgerne har en trivselsscore, der kan betegnes som status quo. Disse borgere har hverken oplevet en fremgang eller tilbagegang på 10 point eller derover i trivsel fra opstartsmålingen til den seneste måling. Den gennemsnitlige trivselsscore på 33 ved afslutning indikerer, at borgerne stadig er meget trivselsbelastede og i stor risiko for depression og stressbelastning. Scoren er markant lavere

end tærskelværdien på 50, som er den nedre grænse for normalområdet, hvor der ikke umiddelbart er risiko for depression eller stressbelastning (Sundhedsstyrelsen, 2017). Ved afslutning af forløbet ligger borgerne gennemsnitligt set stadig langt under normscoren for trivsel på 68 for befolkningen som helhed (ibid.).

### 5.2.3 Udviklingen i borgernes personlige recovery

Samarbejdsmodellen forventes på mellemlangt sigt at øge borgernes personlige recovery, herunder mestring og kontrol over eget liv. Vi undersøger borgerens udvikling i personlig recovery, jf. Boks 5.2.

#### Boks 5.2

##### Måling af personlig recovery via Brief Inspire O

Personlig recovery måles via Brief Inspire O, der er et måleredskab, som måler fem elementer i recovery. Elementerne betegnes CHIME, og de dækker over, om borgeren oplever at være forbundet til andre, at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv.

På en skala fra 1-5 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver den unge bedt om at vurdere følgende fem udsagn:

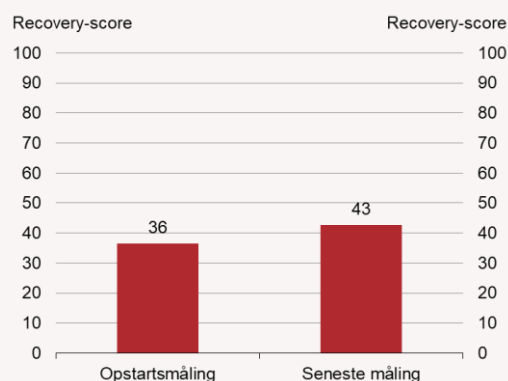
- 1) Jeg føler mig støttet af andre mennesker
- 2) Jeg har håb og drømme om fremtiden
- 3) Jeg har det godt med mig selv
- 4) Jeg gør ting, som betyder noget for mig
- 5) Jeg føler, at jeg har kontrol over mit liv.

Der udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100 på baggrund af borgerens besvarelse af de fem spørgsmål. Jo flere point, jo højere personlig recovery.

Borgerne oplever begrænset udvikling i personlig recovery. Den gennemsnitlige score i personlig recovery stiger fra 36 til 43 fra opstartsmålingen til den seneste måling. Dermed oplever borgerne i gennemsnit en stigning på 6 point i deres recovery-score, jf. Figur 5.6.

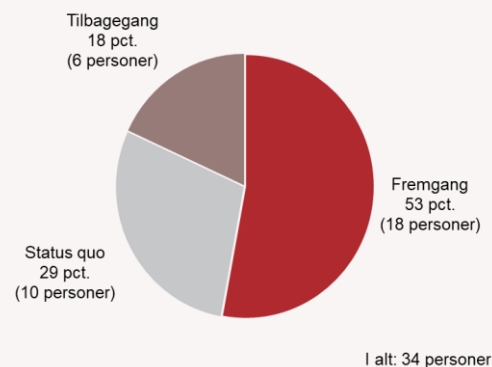
**Figur 5.6**

Gennemsnitlig personlig recovery-score ved første og seneste måling, målt via Brief Inspire O



**Figur 5.7**

Andel borgere fordelt på udviklingen i deres recovery-score mellem første og seneste måling, målt via Brief Inspire O



Anm.: N=34  
Kilde: Spørgeskemadata

Flere borgere oplever en betydelig fremgang i deres personlige recovery, mens andre oplever en betydelig tilbagegang. 18 ud af 34 borgere har en fremgang på 10 point eller derover i deres recovery-score, mens 6 borgere oplever en lige så markant tilbagegang i deres personlige recovery, jf. Figur 5.7. Knap hver tredje borger har en recovery-score, der kan betegnes som status quo. Disse borgere har hverken oplevet en fremgang eller tilbagegang på 10 point eller derover i personlig recovery fra opstartsmålingen til den seneste måling.

Borgernes recovery-score ved den seneste måling er under 50 og dermed under den tærskel, som i et nyere dansk studie betragtes som normalområdet (Møller, Gondan, Austin, Slade & Simonsen, 2023). Normscoren for den danske befolkning er 71 for personlig recovery, og resultaterne peger på, at borgerne i Samarbejdsmodellen har en markant lavere personlig recovery sammenlignet med den danske befolkning.

#### 5.2.4 Fortolkning og perspektivering af resultater på borgerniveau

Nogle af borgerne oplever en positiv udvikling, der stemmer overens med indsatsteorien, andre borgere har ingen eller begrænset udvikling, mens de er i indsatsen. Når vi kigger på resultaterne på kort- og mellemlangt sigt, ser vi positive tendenser på tværs af målene for inddragelse, handling og opfølgning på aftaler samt etablering af et helhedsorienteret samarbejde om borgeren. Samtidig ser vi, at nogle af borgere oplever øget trivsel og en stigning i deres personlige recovery. Borgerne er dog fortsat trivselsbelastede, og deres personlige recovery er lav, når vi sammenligner med normscoren for den danske befolkning. Samtidig er der flere af de borgere, som indgår i resultatmålingen, der stadig er i et igangværende forløb, hvilket betyder, at deres trivselsniveau og recovery fortsat kan udvikle sig i både positiv og negativ retning.

De 16 kvalitative interviews med borgere har givet indblik i målgruppens levede liv, og hvor langt disse borgere er fra et liv med samme høje trivsel og personlige recovery, som kendetegner normalbefolkningen. Målgruppens udfordringer omfatter et sammensurium af problemstillinger, såsom mangeårigt misbrug, periodisk hjemløshed omfattende psykiske såvel som fysiske lidelser og social isolation. Problemstillinger som ikke nødvendigvis forsvinder i kraft af deres deltagelse i Samarbejdsmodellen. Borgerne er som udgangspunkt kun med i Samarbejdsmodellen, så længe de har et koordineringsbehov, ikke nødvendigvis fordi de er nået i mål med deres håb og drømme. I bedste fald er deres udfordringer reduceret, håndteret eller stabiliseret i takt med, at de får hjælp til det, de selv finder vigtigst.

En af borgerne, som er interviewet om sin deltagelse i Samarbejdsmodellen, beskriver et livsforløb, som på mange måder er karakteristisk for deltagerne i projektet. Han fortæller i interviewet om et langt liv med misbrug, prostitution, gentagne indlæggelser i psykiatrien og flere andre udfordringer, som fortsat præger hans liv. For denne ældre mand er drømmen, at han med tiden kan trække helt ud af sit hashmisbrug og få bugt med den sociale angst, som isolerer ham, så han får overskud til at komme mere ud og genoptage samværet med den nærmeste familie. Han fortæller i interviewet, hvordan han oplever, at han med Samarbejdsmodellen har fået det bedre, fordi han nu får hjælp til de ting, han selv ønsker at arbejde med. Han beskriver, hvordan forløbet i Samarbejdsmodellen har givet ham et positivt skub:

---

*I: Hvordan tror du, at det du har oplevet nu her, efter du er kommet med i projektet, hvordan tror du at det har påvirket dig? B: Jamen, det har påvirket mig positivt. Altså for det første at opleve, at der er nogle mennesker, der vil hjælpe mig. Og det bliver jeg sådan meget rørt over ik. Bliver berørt af det.*

*Det havde jeg sgu ikke lige set komme. [...] I: Så i det hele taget gør du faktisk en del for at komme mere ud nu? B: Ja. I: Er det noget, der er sket, efter du er kommet i projektet, eller var du begyndt på det? B: Nej, det er efter. Jeg bliver meget glad, når jeg får den hjælp, for så føler jeg at jeg får et skub ik. - Borger*

---

En anden borger beskriver sig selv som institutionsbarn, der er blevet kastet rundt og har oplevet utallige svigt, og som gennem hele sit liv har været en del af systemet. Borgeren har været i et langvarigt misbrug, levet isoleret og mistet kontakten til sine børn. Hun fortæller, at hun forinden opstart i Samarbejdsmodellen var meget frustreret og havde et konfliktfyldt samarbejde med kommunen, som var præget af lav tillid. Hun følte, at Samarbejdsmodellen var "den sidste chance". Her oplever hun så for første gang, at der bliver lyttet til hende, og hun har sammen med koordinatoren og på baggrund af de tværfaglige netværksmøder formået, at komme tættere på sine håb og drømme. Borgeren er kommet i beskæftigelse, har fået etableret kontakt til sine børn og lever nu mindre isoleret, hvilket alt andet lige har øget hendes trivsel og recovery.

De interviewede borgeres fortællinger viser med al tydelighed, hvor trivselsbelastede målgruppen er, og hvor lidt tiltro mange af dem har til sig selv og deres chancer for at få det bedre. Det til trods, er der flere af borgerne, som beskriver, hvordan de med koordinatorens og de tværfaglige netværksmøders hjælp, har fået det bedre. Nogle af borgerne kommer hurtigt fra start i samarbejdet med koordinator og de tværfaglige møder, mens opstarten i andre borgerforløb er langsom, fordi der er behov for længere tid til at opbygge en tillidsfuld relation med koordinatoren og derefter flere tværfaglige møder for at komme nærmere deres mål og drømme. Nogle borgere oplever en markant og relativt hurtig bedring, mens andre oplever begrænset eller ingen udvikling. For nogle kan det være et mål i sig selv, at deres tilstand ikke forværres.

Med denne evaluering har vi ikke haft mulighed for at afdække, hvilke forhold i borgernes livssituation eller forløb, som foruden Samarbejdsmodellen, har indflydelse på, om de oplever forbedret trivsel og recovery. Vi har heller ikke undersøgt, om disse parametre udvikler sig på længere sigt, når borgeren er afsluttet i Samarbejdsmodellen. Evalueringen konstaterer, at Samarbejdsmodellen hjælper nogle af borgerne tættere på deres håb og drømme, og øger nogle borgers trivsel og recovery, men vi mangler viden om, hvad der kendetegner den målgruppe, som har størst glæde af modellen.

Forudsætningen for, at kerneelementerne fører til de resultater, som er beskrevet i det foregående er, at Samarbejdsmodellen samlet set er implementeret efter hensigten. I implementeringsevalueringen, som følger i næste afsnit, undersøger vi, om dette er tilfældet.

## 6. Implementering

I dette kapitel undersøger og vurderer vi, om Samarbejdsmodellen til ældre i udsatte positioner med komplekse problemer kan implementeres, som den er beskrevet. Dette vurderes med afsæt i en række fidelitetskriterier, som belyser graden, hvormed indsatsen er blevet implementeret i de tre projektkommuner (se mere Bilag B - Metode).

### Hovedfund

#### **Samarbejdsmodellen er overordnet implementeret i de tre projektkommuner**

Vi vurderer desuden, at Samarbejdsmodellen er implementérbar for andre kommuner, som ønsker at arbejde med modellen.

**Kerneelement 1: En ansvarlig tværgående/gennemgående koordinator** er implementeret i alle kommuner. Borgerne har haft en fast koordinator, som arbejder ud fra en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Koordinatorerne har etableret et tillidsfuldt samarbejde med borgerne og herigennem hjulpet med at sætte ord på dennes ønsker, håb og drømme, og sammen har de kortlagt borgerens netværk og indsatser.

**Kerneelement 2: Tværfaglige Netværksmøder med borgeren i centrum** er implementeret i alle tre kommuner. Borger og koordinator udarbejder dagsordenen sammen, og borgerne er med til at beslutte, hvem der inviteres. På møderne formuleres mål og aftaler, som nedskrives og tager udgangspunkt i borgerens drømme.

**Kerneelement 3: Opfølgning og dokumentation på aftaler om mål og handlinger** er implementeret i de tre projektkommuner. Borger og koordinator mødes efter de tværfaglige netværksmøder, følger op på mødet, og hvorvidt deltagerne har fulgt op på det der er aftalt.

**Kerneelement 4: Tværgående ledergruppe** er ikke fuldt ud implementeret i alle projektkommuner. De tværgående ledergrupper omfatter ledere fra de relevante forvaltninger og afdelinger, men har ikke alle steder formået at understøtte det tværfaglige samarbejde om indsatsen og organisere et forpligtende samarbejde, som sikrer tilstrækkelig prioritering af ressourcer til Samarbejdsmodellen.

### 6.1 Implementering af kerneelement 1

Det fremgår af Indsatsbeskrivelsen, at borgeren skal have en fast tværgående koordinator, som er ansvarlig for, sammen med borgeren, at koordinere indsatser og skabe sammenhæng i borgerens forløb. Koordinatoren skal sammen med borgeren kortlægge borgerens håb, ønsker og drømme for fremtiden samt borgerens netværk og indsatser. Hertil skal koordinatoren sammen med borgeren forberede de tværfaglige netværksmøder, herunder formulere dagsorden og beslutte, hvem der skal inviteres.

### Fidelitetskriterier for kerneelement 1

- Borgeren har en fast koordinator tilknyttet
- Samtale om borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden i opstartsfasen
- Borger og koordinator har sammen kortlagt borgerens netværk og indsatser
- Borger og koordinator har sammen formuleret dagsordenen
- Borger og koordinator har sammen besluttet hvem, der skal inviteres til netværksmødet

### Vurdering af kerneelements implementeringsgrad i projektkommunerne

Kerneelementet er i tilfredsstillende grad implementeret i alle projektkommuner. Alle borgere, som har været en del af Samarbejdsmodellen, har haft en fast koordinator, som i overvejende grad arbejder ud fra en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Dette bekræftes af borgerne, herunder i den positive udvikling af borgernes oplevelse af støtte til recovery fra deres koordinator. Samtidig ser det ud til, at det i de fleste borgerforløb lykkes koordinatorene at skabe den nødvendige tillid og tryghed i relationen med borgeren, som er grundlaget for samtalen om borgerens ønsker, håb og drømme. I mere end otte ud af ti borgerforløb er det lykkedes projektkommunerne at implementere kortlægning af borgerens netværk og indsatser som afsæt for det videre forløb. I langt hovedparten af de tværfaglige netværksmøder har borger og koordinator sammen formuleret en dagsorden og beslutter sammen, hvem der skal inviteres til de tværfaglige netværksmøder.

En betydelig drivkraft for at implementere kerneelementer har været etableringen af et team af koordinatore, som har mulighed for at sparre og støtte hinanden i det helhedsorienterede og recovery-orienterede rehabiliterende samarbejde med borgerne. Det samme gælder rekruttering af medarbejdere med de rette kompetencer til den krævende koordinatorrolle og efterfølgende kompetenceudvikling. Hvis ovenstående ikke prioriteres, kan det virke som afgørende barrierer for implementeringen af kerneelementet.

Med afsæt i kerneelementets fidelitetskriterier beskriver vi i det følgende, hvordan og med hvilke greb projektkommunerne har implementeret kerneelementet.

#### 6.1.1 Borgeren har en fast koordinator tilknyttet

Borgeren skal have fast koordinator tilknyttet, som er ansvarlig for, sammen med borgeren, at koordinere indsatser og skabe sammenhæng i borgerens forløb, jf. Indsatsbeskrivelsen. Med afsæt i en rehabiliterende tilgang er koordinator ansvarlig for at understøtte, at borgeren føler ejerskab, inddragelse og tillid til systemet. Vi vurderer, at projektkommuner efterlever fidelitetskriteriet, dels fordi de har sikret en fast koordinator til alle borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen, og dels fordi koordinatorene vurderes at arbejde med afsæt i en rehabiliterende tilgang.

Der er i alle projektkommuner rekrutteret koordinatore, som ved siden af andre opgaver, er ansat ca. 10 timer om ugen som koordinator i Samarbejdsmodellen. Alle borgere får tilknyttet en fast koordinator, som har ansvar for at koordinere borgerens indsatser og skabe sammenhæng i forløbet. Projektkommunerne differentierer sig i forhold til, hvor mange koordinatore de har ansat i Samarbejdsmodellen. I to projektkommuner har der igennem hele projektperioden været ansat mellem tre og seks koordinatore, som har udgjort et koordinatorteam. Koordinatorene

kommer fra forskellige afdelinger i kommunen og er således ikke forankret under en særlig sektorfaglighed eller lovgivning. I én kommune har samme medarbejder varetaget koordinatør- og projektlederrollen i længere perioder alene, afbrudt af perioder med en enkelt koordinator tilknyttet, og i en periode på fem måneder med et koordinatorteam på fem koordinatører fra forskellige afdelinger i kommunen.

#### 6.1.1.1 Koordinatorerne arbejder recovery-orienteret rehabiliterende

Det fremgår af Indsatsbeskrivelsen, at koordinatøren i sit samarbejde med borgeren skal tage afsæt i en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Koordinatøren er ansvarlig for at etablere og opretholde en tillidsfuld relation til borgeren og derigennem understøtte, at borgeren føler ejerskab, inddragelse og tillid til systemet. Vi vurderer, at koordinatørerne i langt overvejende grad tager afsæt i en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang i samarbejdet med borgerne.

##### Boks 6.1

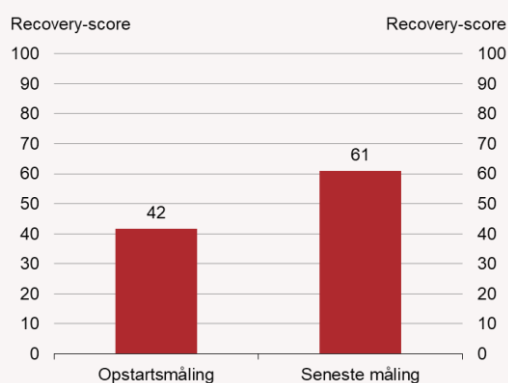
##### Sådan har vi målt støtte til recovery

Alle borgerne i Samarbejdsmodellen er blevet bedt om at besvare et spørgeskema ved opstart og derefter med tressk måneders mellemrum, som handler om deres trivsel, recovery og samarbejde med kommunen.

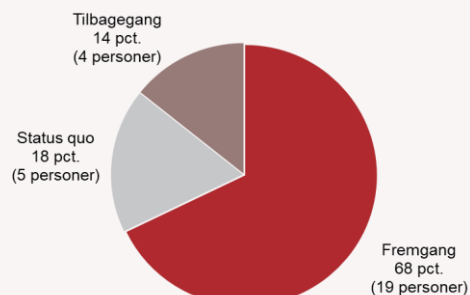
I dette afsnit refereres til målingen af støtte til recovery, som indfanges via Brief Inspire, der er et anerkendt måleredskab, som undersøger, om borgeren oplever at være forbundet til andre, at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv. På en skala fra 1-4 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver borgeren bedt om at vurdere fem udsagn. På baggrund heraf udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100. Jo flere points, jo højere personlig recovery. Se Bilag B - Metode for en nærmere gennemgang.

Borgerne oplever at være støttet i deres recovery. Den gennemsnitlige score i støtte til recovery ved opstartsmålingen er 42, mens den gennemsnitlige score ved borgers seneste måling er 61, jf. Figur 6.1. Vi ser her en betydelig gennemsnitlig stigning på 19 point i borgernes oplevelse af at blive støttet i deres recovery.

**Figur 6.1**  
Gennemsnitlig støtte til recovery ved første og sidste måling, målt via Brief Inspire



**Figur 6.2**  
Andel borgere fordelt på udviklingen i deres støtte til recovery-score, målt via Brief Inspire



I alt: 28 personer

Anm.: N=28 borgere. Kun borgere, der har mødt deres koordinator før opstartsmålingen, har besvaret støtte til recovery-spørgsmålene.

Kilde: Spørgeskemadata

Flere borgere oplever en betydelig positiv udvikling i deres oplevelse af, at koordinator støtter deres recovery. To ud af tre borgere oplever en fremgang i støtte til recovery på 10 point eller

derover fra opstartsmålingen til seneste måling, mens 14 pct. oplever en tilbagegang på 10 point eller mere i deres støtte til recovery, jf. Figur 6.2. Knap en ud af fem borgere oplever hverken fremgang eller tilbagegang på 10 point eller derover på deres oplevede støtte til recovery.

De interviewede borgere er blevet spurgt til deres oplevelse af og relation til koordinatoren. Borgere beskriver i de fleste tilfælde deres koordinator som en betydningsfuld person, som én de har en god relation til, hvilket vi vurderer kan være med til at understøtte borgerens oplevelse af, at koordinatoren støtter deres recovery-proces.

Særligt tre faktorer, foruden koordinators afdækning af borgers håb, ønsker og drømme for fremtiden, synes at have en betydning for de interviewede borgers oplevelse af støtte. For det første er borgerne i altovervejende grad *trygge ved og har tillid til deres koordinator*. En af borgerne beskriver relationen til koordinatoren som et vendepunkt i en periode af hans liv, hvor han ikke havde kontakt til andre og lukkede sig om sig selv. Ifølge borgeren havde det stor betydning for relationen, at koordinatoren tog sig tid til at opbygge en tillidsfuld relation, og borger fremhæver koordinatorens interesse i at lytte og lære borgeren at kende. Andre borgere fremhæver deres koordinator som empatisk, og som et menneske de har tillid til, og dermed kan være åbne overfor.

Flere af de interviewede borgere har oplevet ét eller flere skift af koordinator. Nogle borgere beskriver, at det har været problemfrit eller okay at skifte koordinator, og er overvejende tilfredse med deres nye koordinator. En borger fortæller, at den nye koordinator er okay, men han savner den tætte relation, han havde opbygget til den tidligere koordinator. Andre borgere italesætter, at skift i koordinator har været en dårlig oplevelse, fordi de føler, at de skal starte forfra med at opbygge relationen, mens det for andre giver en oplevelse af at være en kastebold. Disse borgere tegner store kontraster mellem den nye og gamle koordinator, som muligvis forstærkes af, at de ikke er glade for deres nye koordinator. Dette må forventeligt også kunne påvirke en tilbagegang i borgernes oplevede støtte til recovery. Enkelte borgere fremhæver, at de oplevede det som positivt, at deres gamle koordinator var med til deres første møde med den nye koordinator.

For det andet beskriver flere borgere, at de oplever, *at koordinatoren faktisk tager sig tid til at lytte til dem* og ikke bare haster videre i deres program. Nogle borgere beskriver det som en følelse af, at koordinatoren reelt er der for at hjælpe dem og oplever, at de har en anderledes relation, end de er vant til med kommunale medarbejdere på. En borger fortæller:

---

*Altså hun virker ikke fordomsfuld, som ellers er min erfaring med de fleste fra kommunen, må jeg sige. At man på forhånd er bedømt som en, der ikke slår til og hører til i én eller anden kasse. Og man skal være i én eller anden kasse og hvis ikke i dén kasse, så en anden kasse. Men man skal være i én af dem. Sådan er hun ikke, det føler jeg ikke. Og derfor er jeg meget glad for hende.” - Borger*

---

Enkelte borgere fortæller, at de oplever, at deres koordinator taler ned til dem og ikke møder dem i øjenhøjde. Disse borgere understreger vigtigheden af at have en god kemi med koordinatoren, da det i modsat fald kan gøre, at de ikke føler sig lyttet til. Borger kan frygte repressalier,

såsom ikke at kunne blive i indsatsen, hvis de siger, at de ikke oplever, at samarbejdet med koordinator er godt. Vi vurderer alt andet lige, at dette kan påvirke en tilbagegang i den oplevede støtte til recovery.

Endelig fremhæver flere borgere, at *koordinatoren hjælper dem* med deres udfordringer og sager i kommunen. I den forbindelse bliver det også nævnt, at koordinatoren følger op på det, som borgeren har fortalt og ønsket, og at koordinatoren har haft en stor betydning for, hvor borgeren står i dag. Borgerne oplever også generelt, at de bliver inddraget i de beslutninger, der træffes, samt at koordinatoren kan være en vigtig støtte i at holde konfliktniveauet med andre aktører nede. Dette, vurderer vi, er faktorer, som kan understøtte borgernes oplevelse af støtte til recovery, herunder en oplevelse af tillid, at føle sig inddraget og i kontrol.

### 6.1.2 Samtale om borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden

En hjørnesten i Samarbejdsmodellen er de samtaler mellem koordinator og borger, som handler om borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden. Samtalen om borgerens fremtidsønsker skal bidrage til, at forløbet tager udgangspunkt i borgerens muligheder, ressourcer, behov, ønsker og drømme for fremtiden, jf. Indsatsbeskrivelsen. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da det i langt overvejende grad lykkes for koordinatorene at skabe den nødvendige tillid og tryghed i relationen med borgeren, som giver det nødvendige grundlag for de efterfølgende samtaler om borgerens ønsker, håb og drømme.

Koordinatorerne fortæller, at samtalerne om ønsker for fremtiden ofte fylder meget i starten af borgerforløbene, da borgerne ofte har svært ved at sætte ord på, hvad de drømmer om, og flere af dem har helt givet op på deres drømme. En koordinator fortæller:

---

*Jeg oplever det faktisk som værende svært for rigtig mange af borgerne pludselig... at skulle turde at åbne op og turde ønske og drømme. Fordi "jeg kan drømme om, at solen skinner i morgen. Altså hvor stort må jeg drømme, og er det ikke også lidt fjollet, og også at sætte ord på det, og giver det overhovedet mening at fortælle, fordi det kan jo ikke lade sig gøre alligevel." Altså på den måde er der flere af dem, der slet ikke er vant til at blive hørt, og det virker fuldstændig urealistisk for dem. "Og hvorfor skal jeg sidde og snakke om, at jeg har den her drøm, når det ikke er noget, du kan hjælpe mig med?" - Koordinator*

---

En koordinator fortæller, at udgangspunktet for dialogen med borgerne har ændret sig. Før Samarbejdsmodellen handlede det om at afdække borgers udfordringer og matche dette med kataloget af kommunale tilbud. I Samarbejdsmodellen er dialogen og mødet med borgeren i stedet centret omkring borgers drømme, og hvilke forandringer i borgers liv der skal til for at komme tættere på drømmen. En koordinator fortæller:

---

*Vi plejer jo, hvis man kan snakke om plejer, at tale om, hvad er det for nogle udfordringer, du har. Hvad vil du gerne have hjælp til? Hvordan kunne det blive nemmere for dig? Og så kigger vi på det ud fra det katalog, vi ved, der er i kommunen eller i organisationen. Og her [red; i Samarbejdsmodellen],*

---

*der snakker vi dybest set menneske til menneske om "hvis du havde noget at sige her, og hvis du havde din mulighed for at vælge frit, hvordan skulle dit liv så være? Og hvad er det for nogle elementer, der ikke er til stede, som vi så måske kan kigge ud efter, og se om vi kan finde på noget." Så det er jo et andet udgangspunkt for en samtale - Koordinator*

---

For nogle borgere er det første gang, de oplever, at der er nogen, som taler med dem om, hvad de ønsker og drømmer om. Det kan derfor være vanskeligt for dem at sætte ord på. Nogle har mistet håbet om en bedre fremtid og vover ikke længere at drømme. En af borgerne beskriver, at det gør ondt at tale om ønsker for fremtiden, fordi det indebærer en erkendelse af at være ensom. Blandt nogle borgere er negative erfaringer med ikke at føle sig lyttet til eller mødt ligeledes medvirkende til at skabe en umiddelbar modstand mod at åbne sig over for koordinatoren. Andre borgere forholder sig mere konkret til deres umiddelbare ønsker, såsom bevilling af et køretøj. Uanset om de har sat ord på deres ønsker og drømme før, er det betydningsfuldt for dem, at de nu oplever at blive mødt i dét, de drømmer om. En borger fortæller:

---

*I: Hvordan oplevede du dét der med at sætte nogle ord på, hvad du gik og drømte om? B: Det har jeg gjort før. Men jeg føler ikke, at, altså igen, jeg var bare ham, der sidder med problemerne, som lukker lort ud. Det er jo sådan, jeg har følt mig gennem tiden. Men det har jeg ikke gjort den her gang. -*

Borger

---

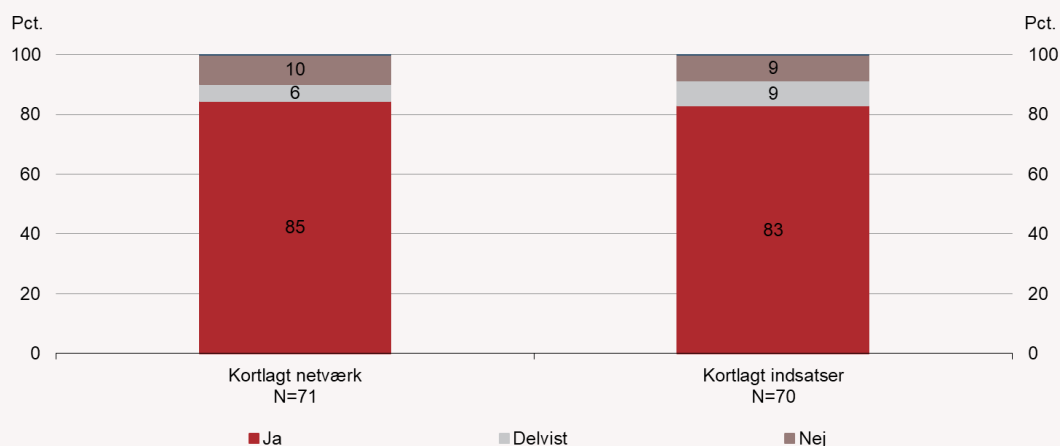
En udslagsgivende forudsætning for at lykkes i samtalen med borgeren er, at koordinatoren prioriterer tid til at lytte og etablere grundlæggende tillid. Koordinatorerne erfarer, at det i de fleste borgerforløb er nødvendigt at bruge minimum to, og ofte flere møder sammen med borgeren, hvor de taler om ønsker, håb og drømme. De oplever, at det er afgørende, at de ikke skynder sig, når samtalen handler om borgerens ønsker til fremtiden. Der skal prioriteres tid til at tale om det ad flere omgange, og borgerne skal have tid til at føle sig trygge ved at have denne samtale med koordinatoren.

### **6.1.3 Kortlægning af netværk og indsatser**

Borger og koordinatoren skal sammen kortlægge borgerens netværk og indsatser, jf. Indsatsbeskrivelsen. Kortlægningen skal tydeliggøre relevante ressourcepersoner i borgerens netværk, som, på forskellig vis, kan bidrage til borgerens forløb og sikrer, at der ikke igangsættes parallelle indsatsforløb. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da de i langt hovedparten af borgerforløbene får kortlagt både netværk og indsatser.

Koordinatoren har sammen med borger kortlagt borgerens private og professionelle netværk i 85 pct. af borgerforløbene, mens der i 82 pct. af forløbene er blevet kortlagt, hvilke indsatser borgeren modtager, jf. Figur 6.3.

**Figur 6.3**  
**Andel borgerforløb hvor hhv. netværk og indsatser er kortlagt**



Anm.: \*Der er hhv. 5 og 11 borgerforløb, hvor der ikke er lavet en registrering, og disse er ikke inkluderet i opgørelsen. Procentangivelsen er afrundet til nærmeste heltal, derfor summerer søjlerne ikke til 100.  
Kilde: Aktivitetsregistreringer 2022-2024

Netværkskortlægningen består af to redskaber: et *netværkskort* og et *netværksoverblik*, mens der til indsatskortlægningen er ét redskab i form af et *indsatsoverblik*. Koordinatorerne fortæller, at redskaberne understøtter en systematisk afdækning, men de oplever, at det er unødvendigt med to forskellige overblikredskaber. Koordinatorerne foreslår, at netværks- og indsatsoverblikket slås sammen til ét redskab, idet de oplever, at dette i praksis fungerer bedst.

Koordinatorerne erfarer, at den viden, som netværks- og indsatsoverblikket indfanger, er nødvendig for at spore sig ind på, hvad Samarbejdsmodellen skal bidrage til i det enkelte borgerforløb, og hvilke deltagere de skal indkalde til netværksmøderne. Det er dog ikke i alle forløb, at de to redskaber anvendes i dialogen med borgeren. Flere koordinators fremhæver, at de sammen med borgeren primært bruger netværkskortet, da netop dette redskab, efter deres opfattelse, giver tilstrækkelig information til at kortlægge indsatser og netværk. Netværkskortet bruges sammen med borgeren til at skabe et visuelt overblik over borgerens netværk. Koordinatorerne fremhæver, at netværkskortet også giver dem et bedre kendskab til borgeren og kan være med til at understøtte en dialog, som sætter spot på drømme og håb for fremtiden. En koordinator fortæller:

---

*K: Jeg synes også, jeg oplever, at netværkskortet er et rigtig godt redskab til dialog I: Hvordan? Kan du sætte lidt flere ord på? K: Altså ja, fordi der er jo noget, der hedder familie for eksempel. Og venner og sådan noget. Har du haft venner, hvis du ikke har det nu? Hvor er de henne, og hvad er der sket? Og familien også. Og så kommer man også måske ind på nogle drømme og ønsker: Jeg kunne egentlig godt tænke mig at se min datter igen. – Koordinator*

---

Koordinatorerne oplever, at netværkskortet kan være en svær øvelse i nogle borgerforløb, da det med anvendelsen af redskabet bliver tydeligt, at nogle borgere kun har fagprofessionelle

omkring sig. Hertil kan kortlægningen i nogle borgerforløb være hæmmende for en flydende dialog. Nogle koordinators oplever, at netværkskortlægningen ofte er meningsfuld i de borgerløb, hvor borgerens håb og drømme blandt andet handler om tættere kontakt eller relationer til personer i netværket. En koordinator fortæller, at det er en metode, hun bruger for at få et billede af, hvor sårbar en situation borgeren står i, og hvorvidt borgeren har nogen at søge støtte hos i sit netværk. Brugen af netværkskortet og dialogen, der følger heraf, kan også være med til at tydeliggøre, hvis der er fagprofessionelle, som borgerne ikke ønsker inddraget. Koordinatorerne fortæller, at dette også kan hjælpe dem i den videre dialog med de fagprofessionelle, hvis de stiller sig undrende over for, at de ikke inddrages mere.

Koordinatorerne oplever ikke, at kortlægningen af borgerens netværk og indsatser tager lang tid, og at det som ofte kan klares på ét møde.

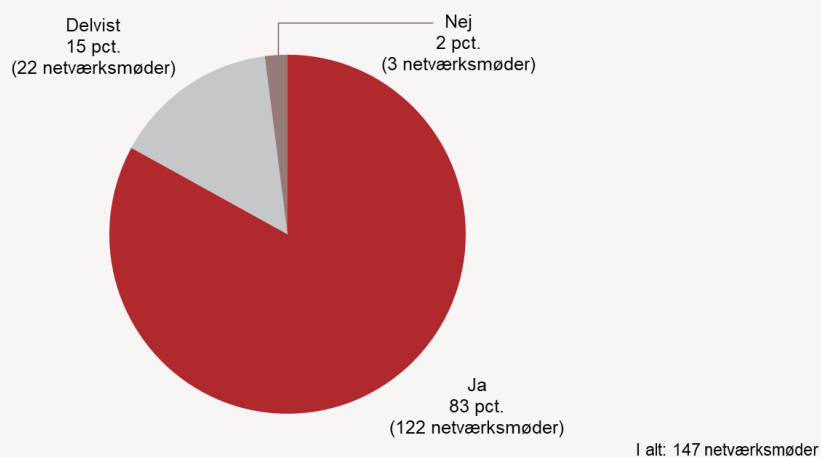
#### 6.1.4 Borger og koordinator har sammen formuleret dagsordenen

Borger og koordinator skal sammen formulere en dagsorden før et tværfagligt netværksmøde, jf. Indsatsbeskrivelsen. Dagsordenen formuleres i et samspil mellem borger og koordinator og tager gennemgående udgangspunkt i at afdække, hvordan borger kommer tættere på at nå sine mål og drømme. Dagsordenen bliver derfor også guidende i forhold til, hvem borger og koordinator inviterer til møderne. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da både koordinators og borgere, med enkelte undtagelser, fortæller, at dagsordenen formuleres i fællesskab.

I langt hovedparten af de tværfaglige netværksmøder har borger været med til at formulere dagsordenen til mødet. Koordinatorerne har vurderet, at borgerne har været med til at formulere en dagsorden i fire ud af fem netværksmøder, mens borgerne delvist har været med til at lave en dagsorden i 15 pct. af netværksmøderne, jf. Figur 6.4.

**Figur 6.4**

Andel netværksmøder, hvor borgeren har været med til at formulere dagsordenen på det tværfaglige netværksmøde



Anm.: Der er fem netværksmøder, hvor der ikke er lavet en registrering, og disse er derfor ikke inkluderet i opgørelsen.

Kilde: Aktivitetsregistreringer 2022-2024

Koordinatorerne efterlader i interviewene et indtryk af, at det generelt ikke er en udfordring at udarbejde dagsorden sammen med borgerne, men i nogle borgerforløb er det svært. En koordinator beskriver, at samarbejdet med borgeren om at formulere en dagsorden kan ses som en "faglig dans", hvor koordinators rolle er at oversætte borgerens livsverden til den kommunale

system-kontekst. En væsentlig faktor for at samarbejdet omkring udarbejdelsen af dagsordenen lykkes er, at koordinator har sat sig grundigt ind i borgers ønsker, mål og drømme. Dette gør det nemmere for koordinator at støtte borgeren i at formulere de temaer til dagsordenen, som er vigtigst for borgeren.

I de borgerforløb, hvor samarbejdet omkring dagsordenen opleves som vanskeligt, kan det ifølge en koordinator handle om, at borger ikke er vant til at tage ejerskab eller have indflydelse på møderne med kommunen. Det kan dermed være vanskeligt at træde ind i en ny rolle, hvor de er en aktiv part, der skal bidrage til samarbejdet med koordinatoren. To koordinatore fortæller:

---

*K1: Men der er nogen, der bare gerne vil have, at vi gør det for dem. Altså det er min oplevelse i hvert fald. K2: Jeg tænker jo, at de er opdraget i den tro, at det er vores møder. K1: Ja præcis. K2: De skal bare komme, men det er vores møder. Det er os, der holder møder. Det er ikke dem, der holder møder. Og det er jo nok også den her målgruppe, vi har fat i. At det har de simpelthen fået indoktrineret. - Koordinatorer*

---

De interviewede borgere er blevet spurgt, om de har været med til at bestemme, hvad der skulle tales om på netværksmøderne. Nogle af borgerne har svært ved at genkalde sig det, mens andre er meget bevidste om, at de har været inddraget i udarbejdelsen af dagsordenen. For borgeren kan samarbejdet om dagsordenen understøtte en oplevelse af opbakning til det, de siger, og at det er deres ønsker, som mødet drejer sig om. Koordinatorerne fortæller, at de også bruger dagsordenen som en mulighed for at afklare med borgeren, om der er noget, som borgeren ikke ønsker, at der bliver talt om på mødet.

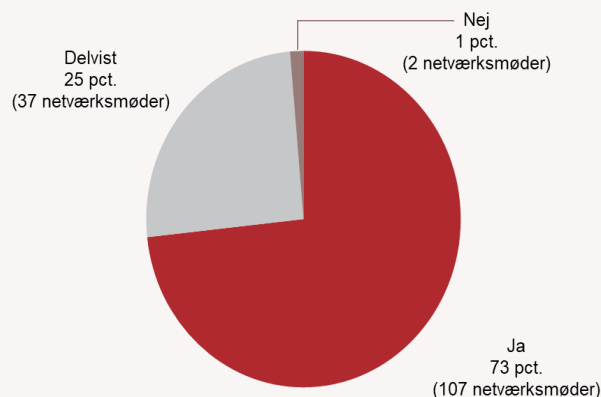
#### **6.1.5 Borgeren er med til at beslutte hvem, der inviteres til netværksmødet**

Ifølge Indsatsbeskrivelsen skal borgeren være med til at beslutte hvem, der inviteres til de tværfaglige netværksmøder. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da både koordinatore og borgere, med enkelte undtagelser, fortæller, at borgerne er med til at beslutte, hvem der skal inviteres.

Koordinatorerne har vurderet, at borgerne i ca. tre ud af fire netværksmøder har valgt hvem, der skal inviteres, mens de delvist har været med til at vælge, hvem der skal deltage i 25 pct. af netværksmøderne, jf. Figur 6.5.

**Figur 6.5**

**Andel netværksmøder, hvor borgeren har valgt, hvem der inviteres til at deltage på det tværfaglige møde**



I alt: 146 netværksmøder

Anm.: Der er seks netværksmøder, hvor der ikke er lavet en registrering, og disse er ikke inkluderet i opgørelsen. Procentangivelsen er afrundet til nærmeste heltal, og summer derfor ikke til 100.

Kilde: Aktivitetsregistreringer 2022-2024

Koordinatorerne har til opgave at hjælpe borgerne med at udpege relevante deltagere med afsæt i borgerens ønsker og drømme og fortæller på tværs af projektkommunerne, at det er helt essentielt, at de i den sammenhæng bruger deres faglighed til at vejlede borgerne. Borgeren har ofte ikke nogle forudsætninger for at vide hvilke fagprofessionelle, som bedst kan hjælpe med eksempelvis bolig eller førtidspension. En koordinator beskriver:

---

*Borgerne ved jo ikke, hvem der kan være med til at hjælpe til det her. Altså, jeg prøver meget at være åben og høre ind til også, er der noget af netværket at kigge på, eller er der nogle idéer, der kunne tænkes? Jamen, kunne du bare tænke dig at have din ven Brian med, bare for at han kan høre, hvad der sker og støtte dig? Altså, sådan noget. Men hvad det er for nogle instanser, der skal kaldes ind, der synes jeg, at jeg bestemmer det meget. –*

Koordinator

---

Både koordinatorene, projektledere og deltagerne på de tværfaglige netværksmøder beskriver i den sammenhæng, at et godt kendskab til kommunen er afgørende for koordinatorrollen. Det er en klar fordel at koordinatorene har en del års erfaring i kommunen, da koordinatoropgaven kræver et godt og bredt kendskab til kommunens forskellige arbejdsgange, fag- og myndighedsområder samt civilsamfundsområdet. Det handler om at kunne have en helhedsorienteret tilgang til borgerne. I det hele taget er koordinatorenes kompetencer centrale for implementeringen af Samarbejdsmodellen – herunder både når det gælder samarbejdet med borgeren generelt, og når det gælder afholdelsen af de tværfaglige netværksmøder.

### 6.1.6 Drivkræfter og barrierer for implementeringen af kerneelement 1

Vi har overordnet identificeret to centrale drivkræfter og barrierer for implementeringen af kerneelement 1, som andre kommuner med fordel kan være opmærksomme på, hvis de vil implementere Samarbejdsmodellen.

Projektkommunerne har erfaret, at et team af koordinatore er en afgørende drivkraft, idet teamet understøtter koordinatorenes kompetencer og opgaveløsning. Med afsæt i projektkommunernes erfaringer vurderer vi, at en afgørende drivkraft for implementering af kerneelementet er, at koordinatorene kompetenceudvikles og derudover besidder en række kompetencer, som er centrale for koordinatorens arbejde i Samarbejdsmodellen.

#### 6.1.6.1 *Ét team bestående af koordinatore er en afgørende drivkraft i implementeringen og drift af modellen*

Koordinatoropgaven i Samarbejdsmodellen er kompleks, og det italesættes af både projektledere, koordinatore og ledere som en afgørende faktor, at koordinatorene indgår i et tværfagligt team med andre koordinatore. Der er etableret faste koordinatorteam i to ud af tre projektkommuner. Et tværfagligt koordinatorteam opleves af koordinatore og projektledere som afgørende for implementering af kerneelementet og for driften af indsatsen. Med et team i ryggen kan koordinatorene trække på hinandens fagligheder og specialiserede viden om, hvilke fagkompetencer og indsatser der kan bidrage ind i de enkelte borgerforløb. Borgerforløbene er i sig selv komplekse. Det er derfor afgørende med tæt faglig sparring om forløbene i koordinatorteamet, hvor både social-, sundheds- og beskæftigelsesfaglige perspektiver inddrages og understøtter den enkelte koordinator i at tilrettelægge det bedst mulige forløb for borgeren. Det tværfaglige team imødekommer en helhedsorienteret tilgang i koordinatoropgaven og sikrer kvalitet i de enkelte borgerforløb. En koordinator fortæller:

---

*Jeg synes i hvert fald, at det er afgørende [med sparring i koordinatorteamet, red.], især hvis man har været hos nogle borgere, som har nogle håb, ønsker og drømme, og man tænker: Det er ikke altid, jeg ved, hvem vil være gode at invitere [til et netværksmøde, red.]. [...] Det kan være en fra ydelsesafdelingen, det kan være en fra voksenrådgivningen, det kan være et andet sted fra. Hvor vi egentlig jo også drøfter borgerne, fordi vi mødes på nogle koordinatormøder og siger: Hvem kan jeg hive fat i? Og så er der måske en anden, der: "Åh, jamen, der kan man da ringe til den og den". Og der er det helt afgørende, for at borgeren jo får den mulighed. Det kan godt være, at hvis [en anden koordinator, red.] sad derude, så kunne hun måske godt sige: Jamen, så er der den og den, vi skal have fat i. De skulle jo gerne have det samme tilbud i virkeligheden på en eller anden måde. Og det er ikke koordinatorens faglige viden. Men at det er hele teamets faglige viden, vi kan drage nytte af. – Koordinator*

---

For det andet understøtter koordinatorteamet, at den enkelte koordinator arbejder og fastholder sin recovery-orienterede praksis i de enkelte borgerforløb, hvilket kan være vanskeligt, når kommunen som helhed ikke arbejder på den måde. Projektkommunerne erfarer, at det hertil stiller

store krav til koordinatorenes kompetencer at arbejde recovery-orienteret rehabiliterende i deres samarbejde og samtalepraksis med den enkelte borger, hvilket teamet af koordinatorene også kan være med til at understøtte. En koordinator fortæller:

---

*[...] når vi sidder i teamet, er det også med til at holde mig på sporet til at være recovery-orienteret og ikke blive løsningsfokuseret, eller tage "nu skal jeg nok fikse det". Men dét der med at hele tiden være recovery-orienteret. Det synes jeg, at teamet arbejdede rigtig meget på. For det kan være svært indimellem. – Koordinator*

---

For det tredje er koordinatorene i det tværfaglige koordinatorteam med til at udbrede kendskabet til Samarbejdsmodellen i de afdelinger, de kommer fra, hvilket er med til at smidiggøre samarbejdet om de enkelte borgere, øge rekrutteringen af borgere til modellen og sikre opbakning til de tværfaglige netværksmøder.

#### 6.1.6.2 At være koordinator kræver solide kompetencer og kompetenceudvikling

Kompetente koordinatorene fungerer som en afgørende drivkraft i implementeringen af Samarbejdsmodellen, mens utilstrækkelige kompetencer kan være en væsentlig stopklods i borgerforløbene. Koordinatoropgaven stiller store krav til de fagpersoner, som varetager rollen. Både fordi koordinatoren er så central i Samarbejdsmodellen, og fordi rollen taler ind i mange forskellige kompetencer og dertil en vis erfaring med at forstå og begå sig i den kommunale organisation. Koordinator, projektledere og deltagere fra de tværfaglige netværksmøder italesætter en række kompetencer, som koordinatorene i Samarbejdsmodellen skal besidde. En projektleder beskriver:

---

*Jamen, de skal faktisk have utrolig mange kompetencer. De skal kunne samtale med borgerne, så de kan bruge den recovery-orienterede tilgang. Så de skal have en form for samtalekompetencer og kunne oversætte tilgangen til praksis, og det er lidt svært. Så skal de være mødeledere. Også i den her recovery-orienterede praksis, som stiller rigtig store krav til dem. Fordi de skal jo ikke kun være mødeledere for borgerne, som kan være vældig udfordret af den struktur, modellen lægger på møderne, men de skal også være mødeledere for alle de andre deltagere [...] og på en eller anden måde skal de styre de her deltagere i en retning, som kan være svært fordi mange af dem, der kommer, har jo masser af erfaringer fra netværksmøder, men ikke fra den her type netværksmøder. De kommer typisk med en dagsorden, også med en agenda ind til de her møder. Og så forventer vi jo af dem, at de her møder bliver afholdt på en særlig måde. Så det skal de også kunne. Og så skal de alt dét her, som vi kalder mellemrumsarbejde, hvor man jo koordinerer på kryds og tværs mellem de her netværksmøder. Og det stiller nogle ret store krav til både forståelse af organisationen, og de forskellige deltageres arbejdsområder, hvad der findes af muligheder, hvordan man ind... Altså, en hel organisations- og tilbudsforståelse. Så jeg synes, det er en rimelig stor opgave, de har - Projektleder*

---

Mest gennemgående er italesættelsen af kompetencer, der handler om at forstå og anvende den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang i samarbejdet med borgeren. Dette forudsætter i langt de fleste tilfælde, at nye koordinatore kompetenceudvikles inden for recovery-orienteret rehabilitering. Koordinatorerne skal grundlæggende tro på, at den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang, som praktiseres, når de sætter borgeren ved roret, vil aktivere medejerskab. Og de skal have tiltro til, at det er muligt at skabe forandring - også selvom det tidligere er slået fejl. Det recovery-orienterede mindset er vanskeligt at opretholde konsekvent og i alle borgerforløb. Koordinatorerne kan dels være påvirket af negative erfaringer og agerer dels i en kommunal kontekst, der ikke altid understøtter denne måde at arbejde på. En vedvarende og reflekteret tilgang til egen praksis og konstant insisteren på at arbejde recovery-orienteret rehabiliterende er dermed en kernekompetence hos koordinatorene, så de kan understøtte positiv forandring. Når koordinatoren mister troen på, at borgeren kan udvikle sig, bliver de selv en barriere for den positive forandring. Det er derfor afgørende, at koordinatorene som minimum besidder en grundig indsigt i og anerkender potentialet i den recovery-orienterede tilgang. Dette kan foruden kompetenceudvikling også fastholdes gennem sparring og støtte fra de andre koordinatore i teamet.

Ud over det recovery-orienterede mindset skal koordinator have et godt kendskab til den kommunale organisation samt et indblik i mulighederne på de forskellige myndighedsområder. En koordinator beskriver her, hvordan hun oplever, at den brede faglighed og viden om de forskellige områder af kommunen er et vigtigt element i at understøtte den helhedsorienterede tilgang til borgeren:

---

*I: hvad skal en koordinator, som du ser det? K: Det er et rigtig godt spørgsmål. Altså man skal kunne mange ting, det skal man altså. Altså, for det første, så synes jeg, at man skal have så bred en viden og faglig forståelse på tværs af sundhedsområdet og socialområdet, så man kan se begge dele. Og måske helst også beskæftigelsesområdet. Det er sådan et sted, jeg ikke har så meget indsigt. Men dét der med at have en bred viden, en bred faglig viden, så man kan se bredt nok, og helheds... altså, se en stor nok helhed hos denne her borger, til rent faktisk at kunne lave en helhedsorienteret indsats. Også til at kunne facilitere den der helhedsorienterede indsats, men også at få øje på, hvad er det egentlig for nogle behov, den her borger har.*

– Koordinator

---

Ifølge en leder fra en tværgående ledergruppe, skal koordinatorene også have et godt indblik i lovgivningen på tværs af områder, så de ved, hvad der kan lade sig gøre, når de taler med borgerne og ikke kommer til at give dem falske forhåbninger. Det handler om at kunne se, hvilke muligheder der findes i organisationen og forstå arbejdsgangene. Men det er også vigtigt at kende til civilsamfundsorganisationerne, som også kan inddrages på de tværfaglige netværksmøder.

Koordinatorerne skal desuden mestre dét, der af nogle koordinatore beskrives som "mellemrumsarbejde", som handler om at koordinere på kryds og tværs med forståelse for de andre fagprofessionelles arbejdsområder, lovgivning og øvrige rammer.

Et stærkt ledelsesmæssigt fokus på rekruttering af de bedst egnede medarbejdere til den krævende koordinatorrolle og efterfølgende kompetenceudvikling er en afgørende forudsætning for

implementeringen af de øvrige kerneelementer i Samarbejdsmodellen. Sammen med etableringen af et team af koordinatore, som har mulighed for at sparre og støtte hinanden i det helhedsorienterede og recovery-orienterede rehabiliterende samarbejde med borgerne, kan dette fungere som vigtige drivkræfter for implementering af de tværgående ansvarlige koordinatore.

## 6.2 Implementering af kerneelement 2

Det fremgår af Samarbejdsmodellens indsatsbeskrivelse, at borgeren og koordinatoren sammen skal afholde det nødvendige antal netværksmøder med deltagelse af relevante ressourcepersoner i borgerens netværk. Det nødvendige antal forstår vi her som det antal møder, borgeren i samarbejde med koordinator vurderer, er nødvendigt i forhold til koordinering og opfølgning på borgerens mål og aftaler. Det er i henhold til indsatsbeskrivelsen væsentligt, at de tværfaglige møder støtter borgeren i at opnå egne mål og drømme for fremtiden og sikrer, at borgeren får støtte til en sammenhængende og koordineret indsats målrettet borgerens samlede livssituation og behov.

### Fidelitetskriterier for implementering af kerneelement 2

- Koordinator indkalder og forbereder deltagere til det tværfaglige netværksmøde
- Der er afholdt det nødvendige antal tværfaglige netværksmøder
- Koordinator faciliterer det tværfaglige netværksmøde, og sikrer at borgerens dagsorden følges

### Vurdering af kerneelements implementeringsgrad i projektkommunerne

Kerneelementet er implementeret i de tre projektkommuner. Koordinatorerne forbereder mødedeltagerne på mødets form og indhold, og mødedeltagerne oplever at være tilstrækkelig forberedt. Der er ikke en gennemgående ensartet praksis i, hvordan koordinatorene forbereder mødedeltagerne. På tværs af projektkommunerne ser vi dog typisk at koordinatorene forbereder deltagere mundtligt, efterfulgt af skriftlig information om mødets form og borgerens dagsorden. De tværfaglige netværksmøder skal afholdes, så længe koordinator sammen med borger vurderer, at møderne er nødvendige i forhold til koordinering og opfølgning. Der er i gennemsnit afholdt cirka tre netværksmøder per afsluttet borgerforløb på tværs af de tre projektkommuner, og vi ser ingen nævneværdige forskelle mellem projektkommunerne i antal gennemsnitlige netværksmøder. Borgere og mødedeltagere giver desuden indtryk af, at koordinatorene faciliterer møderne og sikrer at borgerens dagsorden følges.

En potentiel barriere i implementeringen af de tværfaglige netværksmøder er: manglende viden om Samarbejdsmodellen i organisationen og prioritering af medarbejderressourcer til møderne. Disse faktorer kan have betydning for, om inviterede fagpersoner prioriterer at deltage i møderne. At øge organisationens kendskab til Samarbejdsmodellen kan være en drivkraft ind i at sikre opbakning til møderne.

I det følgende beskriver vi med afsæt i kerneelementets minimumskriterier, hvordan og med hvilke greb projektkommunerne har implementeret kerneelementet.

### 6.2.1 Koordinator indkalder og forbereder deltagerne

Koordinatorerne skal forud for det tværfaglige netværksmøde indkalde og informere deltagerne om mødets temaer, jf. Indsatsbeskrivelsen. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, dels fordi koordinatorerne tilkendegiver, at de i forbindelse med indkaldelsen i langt overvejende grad forbereder mødedeltagerne på både mødets form samt indhold, dels fordi mødedeltagerne oplever at være tilstrækkelig forberedt.

Deltagerne på de tværfaglige netværksmøder fortæller, at de i overvejende grad oplever, at koordinator har forberedt dem tilstrækkeligt til, at de kan deltage aktivt og bidrage med relevante perspektiver på de tværfaglige netværksmøder. Der er enkelte eksempler på, at mødedeltagerne ikke er blevet tilstrækkeligt forberedt. Utilstrækkelig forberedelse af deltagerkredsen i forhold til mødets tema og kompleksiteten heri kan medføre, at deltagerne på mødet ikke føler sig godt nok klædt på til at bidrage med relevante perspektiver. En mødedeltager fortæller:

---

*Jeg tror, i hvert fald for mig, så handlede det nok om egentlig, at kompleksiteten først rigtig gav sig til kende, da man sad til mødet og man følte sig måske sådan en lille smule, har jeg lyst til at sige, fagligt taget på sengen. Og det er ikke rart for hverken én selv, men det er heller ikke rart for borgeren, at sidde dér og føle, at der sidder én, der er sådan lidt [...] og ikke helt ved, hvad man lige skal hive op af hatten. Så hvad kan man sige, at man som tovholder og koordinator øjner, hvor komplekst det her er, og "er der behov for det, og at de her ting vil være rigtig fine, at du får forberedt dig ekstra godt på før mødet." – Deltager på tværfagligt netværksmøde*

---

Hovedparten af koordinatorerne fortæller, at de forud for et netværksmøde ringer deltagerne op, mens et fåtal udelukkende kommunikerer med deltagerne per mail. I én af projektkommunerne er der forskellige fremgangsmåder blandt koordinatorerne i forhold til at forberede mødedeltagerne. Projektlederen i denne kommune forklarer, at det kan være svært for koordinatorerne at finde tid til at ringe til alle deltagerne, og at det kræver et vedvarende fokus at opretholde en ensartet praksis. Alle tre projektkommuner har udarbejdet et informationsskriv om Samarbejdsmodellen og forventningerne til deltagerne, som sendes til deltagerne forud for mødet.

Koordinatorer og projektledere har erfaret, at en personlig henvendelse er vigtig. Den personlige henvendelse klæder deltagerne på til mødets dagsorden, men den personlige henvendelse kan også være nøglen til at få deltagerne til at prioritere mødet. Det er ikke altid tilstrækkeligt blot at sende en mødeindkaldelse i Outlook, og etablering af samarbejdsrelationer synes at være et væsentligt element i at sikre deltagerens opbakning til de tværfaglige netværksmøder. En koordinator fortæller:

---

*Når man arbejder i sådan et system, som vi gør, så får man jo mange indkaldelser til alverdens ting, og vi har jo besluttet, at det her skal prioriteres. Og en måde at få folk til at se mening med tingene, det er jo egentlig at have en relation til dem. Så tænker jeg også, at det er vigtigt i forhold til den op-ringning, at man taler med dem og siger "du er inviteret, fordi det er vigtigt,*

---

*fordi borgeren har sagt..." Altså at man ligesom inddrager dem på den måde. - Koordinator*

---

Projektkommunerne har erfaret, at det ofte er tids- og ressourcekrævende at samle de fagpersoner, som borger og koordinator er blevet enige om, skal deltage. Tidsrummet fra at borger og koordinator har besluttet, at der skal afholdes et tværfagligt netværksmøde til, at det bliver afholdt, skal gerne være så kort som muligt, da det for koordinatorerne handler om at gribe borgers motivation. I praksis har dette dog vist sig at være vanskeligt, da processen med at finde et tidspunkt, hvor alle parter kan deltage, er svær. Hertil har det særligt i starten, men også senere i projektet været vanskeligt, at få de indkaldte parter til at deltage i mødet. Dette udfoldes nærmere i afsnittet om drivkræfter og barriere.

### **6.2.2 Der er afholdt det nødvendige antal tværfaglige netværksmøder**

Indsatsbeskrivelsen angiver, at det konkrete antal møder skal afhænge af borgerens behov og skal aftales fra gang til gang. Møderne skal afholdes, så længe der er behov for koordinering og opfølgning. Der kan derfor ikke sættes en nedre grænse for antallet af møder, der skal være afholdt for, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet.

Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, dels fordi der i gennemsnit er afholdt cirka tre<sup>3</sup> netværksmøder per afsluttet borgerforløb på tværs af de tre projektkommuner. Og dels fordi at projektledere og koordinators fortæller, at der gennemgående er blevet afholdt det antal netværksmøder, som er aftalt mellem borger og koordinator. I enkelte borgerforløb er der ikke afholdt netværksmøder, fordi koordinator og borger sammen har vurderet, at borger ikke kan gennemføre det, fx på grund af angst eller kognitive udfordringer som fx alkoholdepens.

### **6.2.3 Koordinators facilitering af de tværfaglige netværksmøder**

Ifølge Indsatsbeskrivelsen har koordinator til opgave at facilitere det tværfaglige møde, hvilket betyder, at koordinator skal styre mødets proces fremfor at styre indholdet og bestemme resultatet af mødet. Det tværfaglige møde afholdes med udgangspunkt i borgerens dagsorden og med borgeren i centrum for mødets drøftelser. Derudover følger af metoden at alle deltagere skal høres, og dialogen skal være anerkendende. Vi vurderer, at projektkommunerne har efterlevet fidelitetskriteriet, hvilket begrundes i det følgende.

Koordinatorerne erfarer, at de har en afgørende rolle på de tværfaglige netværksmøder. På møderne skal de sikre, at borgerens dagsorden følges og samtidig skabe rum for, at alle mødedeltagere kommer på banen med deres faglige perspektiver og mulige løsninger. Koordinator og projektleder fortæller samstemmende, at det kræver stærke kompetencer i dialogisk mødeledelse. Flere af koordinatorerne fortæller, at det er en helt ny rolle for dem at facilitere møder og dét, at de tværfaglige netværksmøder følger en særlig metode med borgeren i centrum og inddragelse af alle deltagere, gør det ikke nemmere at udfylde rollen. Borgerens dagsorden er dog ifølge koordinatorerne et redskab, som er med til at sikre, at drøftelserne på mødet handler om netop det, som er vigtigst for borgeren. Samtidig understøtter borgerens dagsorden, at mødedeltagerne har samme fokus på mødet og indgår i en dialog om samme tema fremfor alene at fokusere på egne fag- eller myndighedsområde. En koordinator fortæller:

---

<sup>3</sup> Gennemsnitlig antal netværksmøder på 2,8 pr. deltager er beregnet afsluttede borgerforløb, hvor der minimum har været afholdt ét netværksmøde.

---

*Jamen, fordi det jo er borgeren, der har besluttet dagsordenen og siger: Det er dét her, jeg ønsker. Det er dét her jeg vil. Og det kan vi [koordinatore, red.] hele tiden holde tilbage mod og sige, "men er det så rigtigt, når andre byder ind med det"? Og så må borgeren sige ja og nej. Hvor jeg tænker, tidligere netværksmøder, jeg har siddet til, jamen, der kan godt sidde deltagere fra fem forskellige områder, som alle sammen har en mening om, hvad der skal arbejdes med. Og det er så måske dét, konklusionen bliver, at de fem arbejder med hver deres område. Hvor jeg tænker: Stakkels den borger, som er med i alle de arbejdsindsatser og relationer og opgaver, uden at der måske er en sammenhæng med det. Så på den måde tænker jeg også, at der bliver mere ét fokus. - Koordinator*

---

Koordinatorerne fortæller, at de under møderne hele tiden vender tilbage til borgeren for at af-søge, om de perspektiver, der bliver fremlagt på mødet, matcher borgerens ønsker og drømme. At vende tilbage til borgeren kan ligeledes være et godt greb ind i at understøtte den recovery-orienterede mødepraksis, hvis nogle af mødedeltagerne afviger fra denne præmis.

Langt hovedparten af borgerne oplever, at mødedeltagerne lytter til dem og flere fortæller, at de også selv har deltaget aktivt i møderne og nogle har endda selv stået for en del af mødeledelsen, fx ved at byde velkommen og fortælle, hvad mødet skal handle om. Nogle borgere beskriver, at de tværfaglige netværksmøder er meget anderledes sammenlignet med møder i kommunen, som borgeren tidligere har deltaget i. På de tværfaglige netværksmøder føler de, at både de og deres udfordringer bliver taget alvorligt, og de kan have en følelse af, at de bliver betragtet som et menneske frem for et nummer i køen.

Der er få eksempler på tværfaglige netværksmøder, som ifølge borgere eller mødedeltagere ikke er blevet faciliteret godt. Få borgere fortæller, at de enten har oplevet, at koordinatoren har været for styrende på mødet, eller at mødeledelsen var så fokuseret på dagsordenen og faciliteringen, at borgeren ikke fik mulighed for at sige andet end det, der var direkte relateret til dagsordenen. Borgerne har i disse tilfælde oplevet, at det var koordinatoren som var centrum for mødet og ikke borgeren selv. Nogle mødedeltagere har oplevet, at omdrejningspunktet for mødet ændrede karakter, fordi borgeren i høj grad afveg fra dagsordenen. Dette betød, at der ikke længere var den rigtige deltagerkreds eller faglighed til stede på mødet. Koordinatorerne skal altså balancere deres mødeledelse nøje og have øje for, at en manglende eller lav grad af styring kan føre til, at mødedeltagerne ikke kan bidrage med faglige perspektiver på mødet, mens en høj grad af styring kan give borgeren en oplevelse af at blive klemmt på mødet.

Disse oplevelser viser, hvor afgørende koordinators facilitering af mødet er, og deltagerne på de tværfaglige møder fremhæver koordinatorens facilitering som et centralt element i mødet. De hæfter sig særligt ved, at koordinatoren som mødeleder sætter en tydelig ramme og dagsordensstyrer mødet. Dette er med til at understøtte, at de fagprofessionelle alene kan fokusere på at bringe deres faglighed til bordet, da koordinatoren styrer mødets proces. Hertil er der flere af mødedeltagerne som fremhæver, at koordinatorens evne til tydeligt at samle op og gentage ansvars- og opgavefordeling m.v. i slutningen af møderne er meget værdifuld.

Samlet set vurderer vi, at koordinatorens evne til at styrke den tværfaglige dialog og samle op på ansvars- og opgavefordeling på mødet øger mødedeltagernes ejerskab over borgerforløbet. Det understøtter, at deltagerne går fra netværksmøderne med en tydelig retning for, hvilke

handlingerne selv og deres kollegaer skal udføre, hvilket hertil kan være med til at øge ejerskabet blandt de involverede. Mødedeltagerne erfarer, at tydelighed om opgaver og ansvar er med til at dæmme op for antagelser om, hvem der gør hvad. Sådanne antagelser og uklarheder i ansvar på tværs af afdelinger og fagområder har tidligere kunne resultere i, at der ikke bliver handlet, eller at borgeren falder imellem to stole, fordi man i god tro har antaget, at andre havde opgaven.

## **6.2.4 Drivkræfter og barrierer for implementering af kerneelement 2**

Vi har identificeret en betydelig barriere i implementeringen af kerneelement 2, som andre kommuner med fordel kan være opmærksomme på, hvis de vil implementere Samarbejdsmodellen.

Projektkommunerne har erfaret, at manglende viden om Samarbejdsmodellen i kommunen samt utilstrækkelig prioritering af medarbejderressourcer bliver betydelige barrierer i forhold til implementeringen af de tværfaglige netværksmøder. At øge organisationens kendskab til Samarbejdsmodellen kan være en drivkraft ind i at sikre opbakning til møderne.

### **6.2.4.1 Manglende opbakning til de tværfaglige netværksmøder**

Det er på de tværfaglige netværksmøder, at Samarbejdsmodellen som helhedsorienteret indsats for alvor udspiller sig. De tværfaglige netværksmøder involverer fagpersoner fra mange afdelinger i kommunen på tværs af forvaltninger og centre, der omfatter sundhed, ældre, voksenmyndighed, beskæftigelse, misbrug, ydelser mm. Et vist kendskab til Samarbejdsmodellen blandt medarbejdere og ledere, fordelt over det meste af organisationen, er nødvendigt for at sikre opbakning til de tværfaglige møder – og dette kræver en massiv og langsigtet kommunikationsindsats, som både projektleder, koordinatore og tværgående ledergruppe skal tage del i. Koordinatorerne oplever gennemgående, at det har været tidskrævende at arrangere de tværfaglige møder, og særligt i starten af projektperioden har det været vanskeligt at få de inviterede fagpersoner til at prioritere deltagelse. To faktorer synes at være centrale barrierer i at sikre opbakning til møderne. Den første er, at de inviterede fagpersoner mangler viden om Samarbejdsmodellen. Den anden er, at der nogle steder har manglet ledelsesmæssig prioritering af medarbejderressourcer.

At få mødedeltagere til at prioritere de tværfaglige netværksmøder er ifølge koordinatore og projektledere blevet en mindre barriere i løbet af projektperioden. Dette skyldes dels, at både koordinatore og projektledere i projektperioden har formidlet formålet med og indholdet af Samarbejdsmodellen vidt og bredt i den kommunale organisation. Kendskabet til Samarbejdsmodellen er derved blevet større, og dét i takt med at dem, der undervejs har deltaget i møderne, kan formidle deres konkrete erfaringer fra de tværfaglige netværksmøder til deres kolleger. Særligt disse positive erfaringer og konkrete eksempler, som formidles fra kollega til kollega, synes at bidrage til en stærkere opbakning til Samarbejdsmodellen.

Det er også kendskabet til modellen, der skaber forudsætning for, at ledere med direkte medarbejderkontakt sikrer at deres medarbejdere reelt har tid til at prioritere deres deltagelse i de tværfaglige netværksmøder. Ifølge projektledere og koordinatore kræver dette en udtalt opbakning til Samarbejdsmodellen, og at de hjælper deres medarbejdere med at skabe plads til forberedelse og deltagelse i møderne i en travl hverdag. Hvis de ikke gør det, bliver manglende prioritering af medarbejderressourcer en barriere for deltagelse og dermed for gennemførelsen af de tværfaglige netværksmøder.

At øge organisationens kendskab til Samarbejdsmodellen og få de fagprofessionelle, såvel som lederne, til at købe ind på modellens værdigrundlag er tidskrævende og forudsætter et vedvarende fokus på kommunikation og brobyggende samarbejdsrelationer på tværs af organisationen. Den tværgående ledergruppe har i den forbindelse en central betydning i at tilskynde ledere og medarbejdere under dem til at bakke op og deltage i møderne. I to af projektkommu-

nerne har ledergruppen fungeret som aktive fortalere for modellen og bidraget til at formidle viden om modellen gennem diverse møder, særligt blandt ledelse og medarbejdere i deres egne afdelinger (se mere herom i afsnittet omhandlende Implementering af kerneelement 4). Hvis den tværgående ledergruppe ikke formår at gå forrest i at sikre opbakning til Samarbejdsmodellen eller ikke evner at oversætte Samarbejdsmodellen til den lokale kontekst, vil det alt andet lige være vanskeligt for koordinatorene at skabe opbakning til de tværfaglige netværksmøder blandt de inviterede fagpersoner.

## 6.3 Implementering af kerneelement 3

Det fremgår af Indsatsbeskrivelsen, at borgeren indgår forpligtende aftaler om handlinger og mål med deltagere på det tværfaglige netværksmøde, som der herefter skal følges op på. Aftalerne formuleres i et mål- og aftaleskema, så alle involverede har et fælles og samlet overblik. Skriftliggørelsen af borgerens mål og aftaler skal sikre en systematisk opfølgning på igangsatte handlinger og understøtte, at alle involverede parter kan dokumentere resultaterne af de samlede indsatser. Koordinator følger op med borger efter de tværfaglige møder og sikrer sig at borger kan godkende de nedfældede aftaler, inden de sendes ud. Koordinator følger herefter op på, om alle har leveret det aftalte. Vurderingen er, at fidelitetskriterierne i kerneelementet efterleves i alle tre projektkommuner.

### Fidelitetskriterier for implementering af kerneelement 3

- Der er *udarbejdet mål og aftaler* for, hvordan borgeren bedst understøttes i at opnå egne drømme og mål.
- Opfølgningsmøder mellem koordinator og borger
- Mellem tværfaglige møder følger koordinator op på, om alle leverer det aftalte

### Vurdering af kerneelements implementeringsgrad i projektkommunerne

Kerneelementet er implementeret i de tre projektkommuner. På de tværfaglige netværksmøder indgås mål og aftaler, som nedfældes i mål- og aftaleskemaet eller et referat enten på eller umiddelbart efter møderne. Aftalerne beskriver, hvem der skal følge op på hvad og er med til at skabe overblik i det videre forløb for både borger og fagprofessionelle. Borger og koordinator mødes efter de tværfaglige netværksmøder, hvor borger skal kunne godkende aftalerne, inden de sendes ud til deltagerne. Skriftliggørelsen af mål og aftaler giver borgerne en oplevelse af at blive set og hørt. Borgers godkendelse af aftalerne giver ejerskab over det videre forløb og øger tilliden til kommunen. Mellem de tværfaglige møder følger koordinator op på, at aftalerne efterleves og undersøger, hvad der er sket, hvis dette ikke er tilfældet, så borger kan få klar besked om det videre forløb.

En potentiel barriere i implementeringen af forpligtende aftaler er, når dette opleves som uforeneligt med lovgivning og projektkommunens serviceniveau. Barrieren hænger sammen med manglende indsigt i, hvordan den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang skal praktiseres.

#### 6.3.1 Der er udarbejdet mål og aftaler

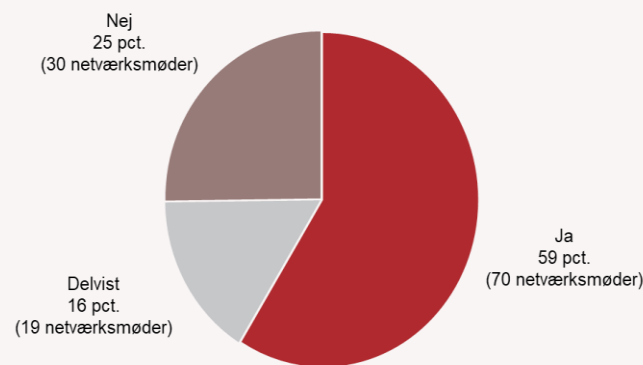
På de tværfaglige netværksmøder skal mål og aftaler for, hvordan borgeren bedst understøttes i at opnå egne drømme og mål, nedskrives, jf. Indsatsbeskrivelsen. Formålet er at skabe fælles fokus og overblik over det aftalte, og herigennem øge ejerskabet over den helhedsorienterede

indsats hos både borger og fagprofessionelle. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, dels fordi at mål og aftaler, som bliver indgået på de tværfaglige møder, nedskrives, og dels fordi mødedeltagerne erfarer, at de nedskrevne aftaler er et holdepunkt, som skaber tydelighed om, hvem der gør hvad.

Koordinatorerne anvender mål- og aftaleskemaet forskelligt. I en fjerdedel af netværksmøderne tilkendegiver koordinatorerne, at de ikke har udfyldt mål- og aftaleskemaet på mødet, mens 16 pct. svarer, at de delvist har udfyldt det på mødet, jf. Figur 6.6.

**Figur 6.6**

**Andel netværksmøder, hvor borger og deltagere på netværksmødet har udfyldt Mål- og aftaleskemaet**



I alt: 119 netværksmøder

Anm.: Der er fem netværksmøder, hvor der ikke er lavet registreringer, og disse er ikke inkluderet i opgørelsen.

Kilde: Aktivitetsregistreringer 2023-2024

Nogle koordinators fortæller, at de i stedet for at anvende mål- og aftaleskemaet skriver referat med borgerens mål og de indgåede aftaler, fordi de oplever, at dette fungerer bedre. Andre koordinators tilkendegiver, at de oplever skemaet som meget overskueligt og anvendeligt. Vi har erfaret, at flere af koordinators har svaret nej eller delvist i opgørelsen ovenfor, da de i stedet for mål- og aftaleskemaet skriver referat eller først udfylder skemaet *efter* netværksmødet og dermed ikke under mødet, som opgørelsen er baseret på.

Både koordinators og deltagere på de tværfaglige netværksmøder fortæller, at mål- og aftaleskema eller dét at skrive referat understøtter deres videre sagsbehandling. For deltagerne på de tværfaglige netværksmøder er det under alle omstændigheder afgørende, at de nedskrevne mål og aftaler præcist angiver, hvad der skal gøres af hvem, og inden for hvilken tidsramme opgaven skal løses. Tidsrammer og aftaler skal være klart beskrevet, så både de fagprofessionelle og borgerne har overblik, og alle ved hvornår de forventes at følge op på deres del. Aftalerne bliver et fast holdepunkt, som alle efterfølgende kan henvise til, hvis der opstår tvivl om, hvem der skal gøre hvad.

### 6.3.2 Opfølgningsmøder mellem koordinator og borger

Efter det tværfaglige netværksmøde følger koordinator op på mødet sammen med borgeren og sikrer sig, at borger kan godkende de skriftlige aftaler fra mødet, som angiver, hvem der skal gøre hvad, for at nå de aftalte mål. Når borger har godkendt de skriftlige aftaler, sendes mål og aftaler ud til deltagerne. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da borgerne med få undtagelser oplever, at koordinators følger op, og at aftaler er blevet nedfældet og godkendt.

De fleste borgere fortæller, at aftalerne er blevet nedfældet, og at de efterfølgende har godkendt det aftalte. Enkelte borgere kan ikke huske det. Nogle borgere fortæller, at koordinator har talt med dem om referatet, og andre har fået det tilsendt på mail. Ifølge Indsatsbeskrivelsen skal kerneelementets fokus på forpligtende aftaler og opfølgning bidrage til, at borgeren oplever, at det er deres egne ønsker til mål og handlinger, der sætter retning for det videre forløb. Skriftliggørelsen af mål og dertil hørende aftaler mellem de involverende parter kan skabe en synlighed om udvikling, understøtte borgerens motivation for forandring og øge oplevelsen af ejerskab. En borger fremhæver her, at det har virket for ham, at sætte flueben efterhånden som de enkelte mål i hans plan er nået:

---

*"Ja, vi havde en plan. I: Ja, blev den skrevet ned, eller hvordan? B: Den blev skrevet ned, og jeg fik en kopi med hjem. I: Okay, så du kunne se...? B: Ja. I: Og hvad stod der i den plan? B: Der stod mine mål, stykke for stykke, ikke. Og så satte man sådan et lille flueben ud foran. Eller, jeg gjorde i hvert fald. I: Når målet var nået? B: Ja. I: Det må da have været ret fedt, at kunne sætte flueben undervejs? B: Ja, men det har jeg heller aldrig gjort før. Sådan noget, det har jeg altid grinet lidt af. Men jeg har gjort det, og det har faktisk virket på mig." - Borger*

---

Borgerne oplever, at de klart formulerede mål og aftaler giver dem et bedre overblik over deres forløb, og referatet fra mødet giver dem en følelse af at blive set og hørt. Indtrykket fra interviewene er samtidig, at det understøtter borgerens ejerskab over det aftalte og øger tilliden til kommunen, når borgerne skal godkende referatet. Hvis borgerne ikke oplever, at referatet afspejler deres ønsker eller ikke er handlingsanvisende nok, kan det derimod skabe frustration hos borgeren. Dette understreger betydningen af, at koordinator sikrer sig, både på og efter mødet, at aftalerne reelt afspejler borgers ønsker.

Erfaringen fra koordinatorene er, at den regelmæssige kontakt med borger mellem de tværfaglige netværksmøder er vigtig.

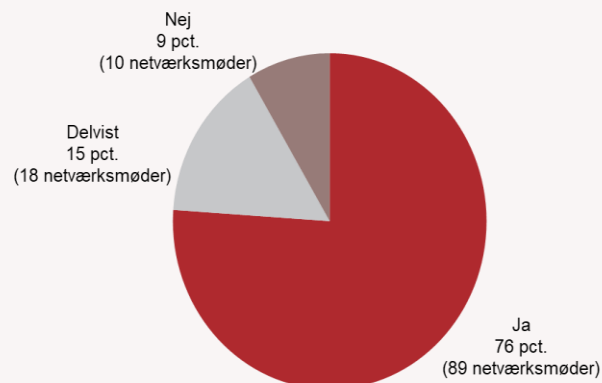
### **6.3.3 Koordinator følger op på om mødedeltagerne leverer det aftalte.**

Mellem de tværfaglige møder har borgerens koordinator ansvar for, at aftaler indgået på netværksmøderne efterleves. Er der aftaler, som ikke bliver efterlevet, har koordinatoren ansvar for at følge op på, hvad der er sket, og hvad borgeren kan forvente. Det er hensigten, at borgeren ikke skal opleve, at forløbet går i stå. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da koordinatorene efter langt hovedparten af netværksmøderne følger op, om mødedeltagerne gør det, der er aftalt,

Vi har bedt koordinatorene angive, om de følger op på det, der er aftalt efter hvert enkelt netværksmøde med borgerne. Ifølge koordinatorene følger de op på, om deltagerne gør det aftalte i tre ud af fire netværksmøder, jf. Figur 6.7.

Figur 6.7

Andel netværksmøder, hvor koordinator har fulgt op på, om deltagerne gør det, der er aftalt, jf. Mål- og aftaleskema



I alt: 117 netværksmøder

Anm.: Der er syv netværksmøder, hvor der ikke er lavet registreringer og disse er ikke inkluderet i opgørelsen.

Kilde: Aktivitetsregistreringer 2023-2024

I hhv. 24 pct. af netværksmøderne har koordinatorene angivet, at de har lavet en delvis opfølgning eller slet ingen opfølgning på, om deltagerne gør det, der er aftalt.

Der er blandt koordinatorene forskellige tilgange til og erfaringer med at følge op på det aftalte med mødedeltagerne. Typisk følger koordinatorene op med deltagerne, hvis borger giver udtryk for, at deltagerne ikke har gjort det, der er aftalt. En koordinator fortæller her, hvordan hun følger op med borger efter de tværfaglige netværksmøder:

---

*Jeg tænker også, at vores rolle også er, sådan hele tiden at have, hvad skal man sige, lidt fingeren på pulsen i forhold til borgerne. Så selvom man har haft netværksmøde sådan et par uger... efter først selvfølgelig at have gennemgået referatet og sendt det ud. Men så efter et par uger, lige enten mødes eller ringe sammen og høre, hvordan går det så med de ting og egentlig følge op på: Har de hørt fra de respektive ting/parter der sagde, at de ville gøre nogle ting. Og så hjælpe med at navigere i, hvis de ikke har hørt noget.*

- Koordinator

---

Enkelte koordinatore beskriver, at den opfølgning de skal lave med mødedeltagerne, kan virke som en kontrol af deres arbejde og det er en rolle, de ikke bryder sig om. Nogle af koordinatorene fortæller, at de håndterer dette ved, allerede på netværksmødet at forberede deltagerne på, at de følger op på aftalerne med den enkelte, hvis de ikke selv giver en status. En koordinator fortæller:

---

”Ja, hvis de ikke ringer til os. Og det er der, der godt kan blive et dilemma i forhold til, hvis de ikke kontakter os, så kontakter vi dem. Og så kan... Der var en der sagde, nå kontrollerer du mig? Så det er derfor, der er det også vigtigt, som vi har snakket om mange gange, det er på netværksmøderne, at gøre dem opmærksomme på vigtigheden i at melde tilbage løbende. Så vi ikke skal ringe dem op.” - Koordinator

---

Både koordinatorene og deltagere ved de tværfaglige netværksmøder oplever gennemgående, at både de skriftlige aftaler og koordinatorenes opfølgning er en positiv understøttelse af deres arbejde med borgerne i Samarbejdsmodellen.

### **6.3.4 Drivkræfter og barrierer for implementering af kerneelement 3**

Vi har identificeret en barriere for arbejdet med at formulere forpligtende mål og aftaler, med udgangspunkt i borgerens mål og drømme, som andre kommuner med fordel kan være opmærksomme på, hvis de vil implementere Samarbejdsmodellen.

Projektkommunerne har erfaret, at utilstrækkelig ledelsesmæssig rammesætning for arbejdet med recovery-orienteret rehabilitering, kan være en væsentlig barriere for implementeringen af Samarbejdsmodellen, herunder arbejdet med borgerens mål og aftaler. Ledelsens forståelse af og viden om, hvad det vil sige at arbejde recovery-orienteret rehabiliterende, er første skridt i at sikre en tydelig og handlingsanvisende ramme for, hvordan medarbejdere og ledere skal tilgå arbejdet med borgerne i Samarbejdsmodellen.

#### **6.3.4.1 Anerkendelse af den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang**

En forudsætning for at implementere Samarbejdsmodellen er, at lederne i den tværgående ledergruppe fuldt ud anerkender den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang som forenelig med lovgivning og serviceniveau i kommunen. De skal gå foran og vise andre ledere og medarbejderne, hvordan den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang til borgerne kan praktiseres inden for rammerne af lovgivningen og kommunens økonomiske rammer.

En af de tværgående ledergrupper italesætter i det kvalitative interview, hvordan de muligvis har misforstået eller fejlfortolket den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang til borgeren, som har påvirket medarbejdernes tilgang til arbejdet med borgerne i Samarbejdsmodellen. I dette citat drøfter to af lederne i den tværgående ledergruppe, hvorvidt det er Samarbejdsmodellen, eller måden de har ”aktiveret” den på hos dem, der kolliderer med den måde, de almindeligvis arbejder på:

---

*L1: Jeg er i tvivl om, om det er modellen eller måden, den er blevet aktiveret på her. Men jeg tror, det er det, at den går i clinch med, hvordan vi ellers skal arbejde. L2: Så vores generelle service? L1: Vores generelle serviceniveau og arbejdsgange. L2: Ja. L1: Det har nok været den største udfordring. Og dét der har skabt størst frustration. – Tværgående ledergruppe*

---

Den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang forudsætter ikke en ukritisk opfyldelse af alle borgernes ønsker, men sådan er det i nogle borgerforløb blevet fortolket. Når den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang fortolkes, som om borgernes ønsker om bestemte indsatser altid skal imødekommes, selvom det kolliderer med lovgivning og serviceniveau, bliver det en barriere for implementering af modellen. Sådan har både ledergruppe og projektleder i den ene kommune oplevet arbejdet med modellen.

De øvrige to ledergrupper oplever ikke, at der er et modsætningsforhold mellem lovgivning og kommunens serviceniveau, og så dét at arbejde recovery-orienteret rehabiliterende. En leder fortæller:

---

*[...] Fordi recovery-orienteret betyder jo ikke, at der er fri leg. Altså det betyder jo ikke, at vi kan gøre alt. Altså vi har jo en ramme, men du kan få lov til at vælge inden for rammen. Og det er jo sådan det er. – Tværgående ledergruppe*

---

Hvordan modellen integreres i daglig praksis, afhænger dermed af hvordan den recovery-orienterede tilgang fortolkes. Lederne oplever dog generelt, at der er tilstrækkelig elastik i lovgivningen, fx i Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, som kan bruges, når de skal arbejde recovery-orienteret rehabiliterende:

---

*[...] vi er jo også, som alle andre, underlagt en lovgivning, som laver nogle restriktioner på det. Til gengæld er der rigtig rigtig meget elastik i vores lov om aktiv beskæftigelse, så vi kan tillade os rigtig mange ting. Vi skal bare ikke glemme at spørge, hvad borgeren gerne vil. Så vi ligesom laver vores egen dagsorden, før vi har spurgt borgeren, hvad borgerens egen dagsorden er. Og der er jo altid plads til forbedring, men jeg synes, at det har været berigende at være med. – Tværgående ledergruppe*

---

Borgeren har ikke frit valg på alle hylder, men derfor kan de fagprofessionelle sagtens undersøge, hvad der er vigtigt for borgeren. Og det er ikke givet, at borgerens ønsker og drømme i praksis er urealistiske og kolliderer med de lovgivningsmæssige og økonomiske rammer. Hvis den tværgående ledergruppe ikke tror på, at den recovery-orienterede tilgang kan gå hånd i hånd med det kommunale serviceniveau, bliver det op til koordinatorene og deltagerne på de tværfaglige netværksmøder at finde vej i dette alene. Ifølge projektlederne kan dette i værste fald efterlade dem handlingslammede eller uden mandat til at indgå aftaler og handle på de tværfaglige netværksmøder.

Vores vurdering, på baggrund af interviews med både ledergrupper, projektledere og koordinatore, er at udfordringerne med at integrere Samarbejdsmodellen inden for kommunens eksisterende samarbejde, koordinering og serviceniveau, i større eller mindre udstrækning har været udfordrende for alle projektkommunerne. Men det er kun i den ene kommune, at det er blevet en barriere for det recovery-orienterede samarbejde med borgeren og dermed også for implementering af Samarbejdsmodellen. I de to øvrige projektkommuner har både ledere og fagprofessionelle formået at imødekomme borgernes ønsker og drømme på en måde, som er fuldt ud forenelig med lovgivning og serviceniveau. Som vi forstår projektkommunernes erfaringer,

handler barrieren derfor først og fremmest om forståelsen af den recovery-orienterede rehabiliterende praksis.

Vores vurdering på denne baggrund er at tilstrækkelig kompetenceudvikling inden for recovery-orienteret rehabilitering er afgørende for at imødekomme denne potentielle barriere. Kompetenceudviklingen skal sikre, at både ledelse og medarbejdere kan omsætte den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang i Samarbejdsmodellen inden for rammerne af skiftende lovgivning og serviceniveau på de forskellige fag- og myndighedsområder.

## 6.4 Implementering af kerneelement 4

Den fremgår af Indsatsbeskrivelsen, at der skal etableres en tværgående ledergruppe. Ledergruppen skal bestå af ledere fra forvaltninger, sektorer og afdelinger, der har en afgørende rolle i at få Samarbejdsmodellen til at fungere i kommunen. Ledergruppen har til opgave at prioritere ressourcer og understøtte det tværfaglige samarbejde, herunder den indsats som skal hjælpe borgeren med at nå egne mål og drømme for fremtiden, herunder at træffe de nødvendige beslutninger for at arbejdet kan foregå.

### Fidelitetskriterier for implementering af kerneelement 4

- Den tværgående ledergruppe består af ledere fra de sektorer, forvaltninger og afdelinger, der indgår i samarbejdet om indsatsen
- Den tværgående ledergruppe understøtter det tværfaglige samarbejde og indsatsen gennem organisering af et forpligtende samarbejde - også med inddragelse af sundhedsområdet
- Den tværgående ledergruppe prioriterer de nødvendige ressourcer til Samarbejdsmodellen

### Vurdering af kerneelements implementeringsgrad i projektkommunerne

Kerneelementet Tværgående ledergruppe er kun delvist implementeret. De tværgående ledergrupper omfatter ledere fra de forvaltninger og afdelinger, som indgår i samarbejdet. Ikke alle projektkommuner har formået at understøtte det tværfaglige samarbejde og organisere et forpligtende samarbejde, som sikrer, at ledere og medarbejdere i de berørte dele af organisationen har prioriteret tilstrækkeligt med ressourcer til at arbejde ud fra modellen. Ingen af projektkommunerne er lykkedes med at etablere et formaliseret samarbejde med det regionale sundhedsområde. I den projektkommune som ikke er nået i mål med at organisere det tværfaglige samarbejde i kommunen, har det strategiske niveau ikke taget ejerskab over Samarbejdsmodellen i samme udstrækning som de to andre projektkommuner. I disse projektkommuner oplever de, at det er lykkedes at etablere et fælles, helhedsorienteret ansvar for borgerne på tværs af organisationen, hvor de sammen finder løsninger på tværs af fagområder og lovgivninger.

En afgørende barriere for arbejdet i den tværgående ledergruppe er, at ledergruppen og den strategiske ledelse tror på Samarbejdsmodellen, herunder særligt den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang, og er i stand til at formidle den overbevisende til resten af organisationen. Hvis ledelsen ikke tror på modellen, er det en barriere, som vil påvirke hele organisationens implementering.

### 6.4.1 Organisering og sammensætning af den tværgående ledergruppe

Ledergruppen skal bestå af ledere fra forvaltninger, sektorer og afdelinger, der har en afgørende rolle i at få Samarbejdsmodellen til at fungere i kommunen, jf. Indsatsbeskrivelsen. Vi vurderer, at projektkommunerne efterlever fidelitetskriteriet, da der er repræsenteret ledere fra relevante forvaltninger og afdelinger i alle tre tværgående ledergrupper.

De tværgående ledergrupper er etableret i alle tre projektkommuner og har under hele projektforløbet haft en kerne af to til tre ledere, som har afholdt tre til fire møder årligt. Projektkommunerne har løbende igennem projektperioden udviklet på samarbejdet i ledergruppen og udvidet med ledere, som de har erfaret er nødvendige for at understøtte organiseringen af Samarbejdsmodellen på tværs af forvaltninger og afdelinger. Beskæftigelsesområdet var ikke med fra starten alle steder, men kom med efterhånden, som det blev klart, at målgruppen blandt andet kunne rekrutteres blandt borgere med kontakt til beskæftigelsesområdet. Det har også været overvejet, om ledere fra bl.a. Ydelsesafdelingen og Socialpsykiatrien skulle indgå i denne ledergruppe, men erfaringen fra ledergrupperne er, at jo flere deltagere, desto vanskeligere bliver det at mødes.

Projektlederne i de tre projektkommuner har alle tilkendegivet i den seneste fidelitetsmåling fra oktober 2024, at den tværgående ledergruppe består af repræsentanter fra de forvaltninger, som har ansvar for de indsatser, borgerne modtager, jf. Tabel 6.1. Tabellen nedenfor giver hertil et overblik over projektkommunernes organisering af de tværgående ledergrupper, herunder hvilke ledelseslag og myndighedsområder, der er repræsenteret i de tre ledergrupper.

**Tabel 6.1**  
Organisering af den tværgående ledergruppe

|                               | Kommune 1                                                                                                                                                                                                                             | Kommune 2                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Kommune 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organisering</b>           | - Den tværgående ledergruppe og styregruppe er slået sammen.                                                                                                                                                                          | - Tværgående ledergruppe<br>- Styregruppe                                                                                                                                                                                                                                                      | - Separat tværgående ledergruppe og styregruppe                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Antal</b>                  | - Ledergruppen består af fire ledere og to centerchefer.                                                                                                                                                                              | - Tværgående ledergruppe består af fire ledere og én centerleder.<br>- Styregruppen består af tre chefer                                                                                                                                                                                       | - Tværgående ledergruppe består af fem ledere og én chef.<br>- Styregruppen består af fem chefer og to direktører                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Repræsenterede områder</b> | Lederne dækker:<br>- Socialområdet (myndighed)<br>- Sundhed og Ældre (visitation)<br>- Sundhedscenter<br>- Beskæftigelse og Borgerservice (jobcenter)<br><br>Centercheferne dækker:<br>- Handicap og Psykiatri,<br>- Sundhed og Ældre | Ledergruppen dækker:<br>- Ældre- og Rehabilitering (udekørende sygeplejersker og visitation)<br>- Familie, Handicap og Psykiatri (myndighed),<br>- Arbejdsmarkedsafdelingen.<br><br>Styregruppen dækker:<br>- Arbejdsmarkedsafdelingen<br>- Sundhed og Sammenhæng<br>- Ældre og Rehabilitering | Ledergruppen:<br>- Det specialiserede socialområde, herunder Forebyggelse & Rusmidler,<br>- Sundhed & Omsorg (visitation), herunder Vejledning & Mestring, Hjemmesygeplejen<br>- Jobcenter<br><br>Styregruppen dækker:<br>- Social, Sundhed og Beskæftigelse<br>- Sundhed og Omsorg<br>- Børn, Unge og Familieområdet<br>- Fritid og Kultur |
| <b>Andet</b>                  | Direktør for alle områder været inddraget (ikke faste medlemmer)                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Kilde: Interviews

De tværgående ledergrupper har desuden været sammensat af ledere fra forskellige ledelseslag. Erfaringerne er sparsomme i forhold til at vurdere, hvor tæt ledergruppen skal være på det faglige niveau for bedst muligt at kunne understøtte implementeringen, herunder gennem indirekte eller direkte opbakning til medarbejdernes bidrag ind i Samarbejdsmodellen.

#### **6.4.2 Utilstrækkelig understøttelse af det tværfaglige samarbejde**

Af Indsatsbeskrivelsen fremgår det, at den tværgående ledergruppe skal understøtte det tværfaglige samarbejde og indsatsen gennem organisering af et forpligtende samarbejde - også med inddragelse af sundhedsområdet. Vi vurderer, at fidelitetskriteriet kun er delvist opfyldt, da den ene kommune ikke har fundet en måde at organisere det tværfaglige samarbejde på, som er i overensstemmelse med Samarbejdsmodellen. Desuden er det ikke lykkedes at etablere et forpligtende samarbejde med det regionale sundhedsområde, alene med sundhedsområderne internt i projektkommunerne.

##### **6.4.2.1 Organisering af et forpligtende samarbejde har været vanskeligt**

I fidelitetsmålingen fra oktober 2024, har projektlederne svaret på, om den tværgående ledergruppe har etableret en kommunal og tværsektoriel organisering med et forpligtende samarbejde omkring målgruppen. I én af de tre projektkommuner har projektlederen svaret "Ja", i en anden har projektlederen svaret "Delvist", mens projektlederen i den sidste har svaret "Nej". Deres svar afspejler de blandede erfaringer med at organisere et forpligtende samarbejde, som projektledere og ledergrupper fortæller om i interviewene.

Det forpligtende samarbejde beskrives af alle tre ledergrupper som én af de største udfordringer i implementeringen af Samarbejdsmodellen. Det har været vanskeligt for projektkommunerne at få greb om det forpligtende samarbejde og omsætte denne del af indsatsbeskrivelsen til konkret praksis – særligt i starten af projektperioden. En leder fortæller:

---

*Og nu har jeg heldigvis glemt, hvor svært det var, fordi det er blevet så utrolig meget bedre. Men jeg synes ikke, det var nemt i starten. Det vidste vi altså godt, da vi startede. Så tænkte vi bare, det her bliver sgu ikke nemt. Og jeg vil bare sige, at på det tidspunkt var vi et sted, hvor vi nærmest oprettede sådan nogle - jeg skulle lige til at sige krise-samarbejds-organisationer på tværs af vores to områder, og dét der hed et knastkatalog, hvor vi beskrev de opgaver som var, ja, som simpelthen bare gav... som bare gav bøvl, altså gang på gang samme typer af sager. – Tværgående ledergruppe*

---

I to af projektkommunerne blev det forpligtende samarbejde omsat til en fortælling om, at de har et fælles ansvar for at finde løsninger på tværs af fagområder og lovgivninger. Ifølge lederne betyder dette, at de involverede fagprofessionelle skal tage ansvar ind i borgersagerne, uagtet hvilken lovgivning eller myndighedsområde borgersagen i udgangspunktet hører under. Lederne i den ene kommune beskriver, at det for dem har handlet om at bevæge sig væk fra en problemforskydende praksis i borgersager hen imod en praksis, hvor medarbejdere fra forskellige områder søger samarbejdet om borgeren. Det betyder, at de sammen tager ansvar på tværs af fagområder fremfor at tænke; "hvis vi bare lige kan få det her over til jer, så får vi løst

vores problemer". I den ene af disse projektkommuner fortæller ledergruppen, at Samarbejdsmodellen har vendt deres logikker og arbejdsgange på hovedet. Lederne beskriver, at hvis en borger tidligere ikke passede til det, de plejede at lave, så var man fri for at forholde sig til en løsning og kunne på den måde holde både udgifter og borger væk fra ens eget område. Samarbejdsmodellen har vendt dette på hovedet og givet et andet perspektiv på arbejdsgangene omkring borgeren. Med implementering af Samarbejdsmodellen er arbejdsgangen nu, at de har en opgave sammen på tværs af fagområder, indtil de har fundet en løsning. Det italesættes af ledergruppen som en omfattende læringsproces, der giver gevinst på den lange bane.

I den sidste kommune er der også en bevidsthed om, at Samarbejdsmodellen står i kontrast til etablerede arbejdsgange og ansvarsområder, men her er det ikke lykkedes at organisere og drive et forpligtende tværgående samarbejde. Lederne italesætter, at det har været vanskeligt at finde en måde at arbejde på, som både er i overensstemmelse med Samarbejdsmodellen, og som passer til organisationens øvrige drift og samarbejder. På baggrund af interviews med ledergruppen og projektlederen vurderer vi, at der ikke har været samme grundlæggende opbakning blandt de involverede ledere til at gøre op med etablerede arbejdsgange og tilslutte sig en ny måde at arbejde på i forhold til målgruppen. Ifølge lederne selv hænger dette blandt andet sammen med, at det strategiske niveau ikke har taget ejerskab over Samarbejdsmodellen. En leder fortæller, at de har manglet et strategisk ophæng:

---

*[...] hvis vi skulle gøre noget om, og det er jo dét, vi er i gang med lige nu, så bliver vi nødt til at skulle op på et endnu mere strategisk niveau. Vi sidder lidt her og snakker om syv borgere og nogle medarbejdere. Altså, vi bliver nødt til, hvis dét her skal lykkes, så skal det op i helikopteren og kigge på dét her på strategisk niveau. Hvad er det, vi vil i kommunen? – Tværgående ledergruppe*

---

Projektlederen i den pågældende projektkommune peger på, at Samarbejdsmodellen er blevet oplevet som ubekvem for nogle af lederne. Dette kunne muligvis være håndteret, hvis ledergruppen i højere grad havde defineret formålet med at implementere Samarbejdsmodellen. Herunder havde tydeliggjort ansvars- og rollefordelingen i organisationen og skabt en klar fortælling om, hvorfor de ikke bare kan gøre, som de plejer. Ledergruppen italesætter, at de i starten af projektet havde et større fokus på at italesætte og prioritere ressourcer, men ikke har været gode nok til at motivere arbejdet med modellen på deres respektive områder igennem hele projektperioden.

Oplevelsen af ejerskab hos ledergruppen samt evnen til at formidle en motiverende fortælling om, hvorfor kommunen skal arbejde ud fra Samarbejdsmodellen, synes at spille en afgørende faktor for vanskelighederne med at implementere et forpligtende samarbejde på tværs. De to projektkommuner, som i højere grad er lykkedes med at skabe et forpligtende samarbejde på tværs, har benyttet forskellige greb for at lykkes med dette. Fælles for dem er, at de fremhæver ledergruppens egen opbakning til og ansvarsfølelse over for modellen som central. Lederne betoner her vigtigheden i at signalere til resten af organisationen, at det er "dét her vi vil". I den ene kommune erfarer ledergruppen, at det er helt afgørende, at ledelsen og kommunen forpligter sig til metoden både organisatorisk og fagligt. Lederne ser det som deres vigtigste opgave at formidle den recovery-orienterede tilgang ud i organisationen og sikre opbakning til den måde at arbejde på. De oplever, at det har krævet fokuseret formidling at skabe accept omkring modellen. Den ene ledergruppe fortæller, at det handler om at blive ved med at italesætte, at det er

ikke er en "quick-fix-model", men en model, som kræver tålmodighed, fordi borgeren er med hele vejen. Og at det netop er dét, der gør, at løsningerne bliver mere langtidsholdbare. Ledergruppen i den anden kommune pointerer, at samarbejdsmodellen og den helhedsorienterede tænkning skal faciliteres, ellers falder organisationen tilbage i gamle tilgange og måder at arbejde på.

#### *6.4.2.2 Intet formelt samarbejde med det regionale sundhedsområde*

Projektlederne har i fidelitetsmålingen svaret på, om den tværgående ledergruppe har etableret et forpligtende, samarbejde omkring målgruppen med relevante aktører på sundhedsområdet (se evt. Bilag B - Metode). Her har to projektledere svaret "Delvist", mens den sidste har svaret "Nej".

Ingen af projektkommunerne har formået fuldt ud at etablere et forpligtende samarbejde med det regionale sundhedsområde. Dette til trods for at mange af borgerne i målgruppen for Samarbejdsmodellen har omfattende kontakt til enten sygehus eller psykiatri (se Bilag A - Målgruppeanalyse). Projektkommunerne erfarer, at det er vanskeligt at etablere et formaliseret samarbejde omkring denne målgruppe, da diversiteten i de somatiske sygdomme er stor. Det betyder, at målgruppen har en bred kontaktflade ind i det regionale sundhedsvæsen, og projektkommunerne oplever ikke, at det er muligt at etablere forpligtende samarbejder med så mange forskellige enheder i det regionale system. De beskriver hertil, at det regionale sundhedsvæsen er en kompleks organisation uden én oplagt indgang, hvilket hertil øger kompleksiteten i at skabe et forpligtende samarbejde.

I nogle borgerforløb er det lykkedes at etablere et samarbejde med borgernes praktiserende læger, og i enkelte tilfælde har de praktiserende læger også deltaget i netværksmøder. Samarbejdet med de praktiserende læger finder dog oftest sted mellem netværksmøderne. Projektlederen i en kommune fortæller, at hun oplever en stor imødekommenhed blandt de praktiserende læger i forhold til at samarbejde om borgerne. I en anden kommune fortæller projektlederen, at de nok har opgivet at inddrage de praktiserende læger, fordi koordinatorene har fået oplevelsen af, at det er en "tabt kamp" at få lægerne til at deltage i netværksmøderne.

I to af projektkommunerne er det lykkedes at få medarbejdere fra psykiatrien til at deltage i netværksmøder. I én af projektkommunerne italesætter den tværgående ledergruppe, at de har bygget videre på et allerede etableret samarbejde med lokalpsykiatrien. Lederne fortæller, at de blandt andet har formidlet viden om Samarbejdsmodellen på stormøder med medarbejdere i lokalpsykiatrien. Samarbejdet er ikke blevet etableret i regi af projektet, men projektet har affødt en stor interesse hos kommunen for at rekruttere borgere fra psykiatrien ind i samarbejdsmodellen.

### **6.4.3 Prioritering af de nødvendige ressourcer til Samarbejdsmodellen**

Den tværgående ledergruppe skal sikre prioritering af de nødvendige ressourcer til Samarbejdsmodellen. Indsatsbeskrivelsen angiver, at der skal etableres et ressourcefundament, der sikrer, at de rette fagpersoner kan afse tid til at arbejde efter modellens kerneelementer. Den ledelsesmæssige opbakning skal sikre ejerskab i de involverede afdelinger, så lederne prioriterer at deres medarbejdere har tid til både koordinatoropgaven og deltagelsen i de tværfaglige netværksmøder. I de to af projektkommunerne er dette lykkedes til fulde, mens den sidste kommune ikke helt har formået at prioritere tilstrækkelig tid til medarbejdernes arbejde med Samarbejdsmodellen.

De tværgående ledergrupper har kun i nogen grad formået at understøtte prioriteringen af medarbejdere og deres tid ind i arbejdet med Samarbejdsmodellen. I fidelitetsmålingen fra oktober 2024, har to ud af tre projektledere svaret "Ja" til spørgsmålet: "Har den tværgående ledergruppe prioriteret de nødvendige ressourcer til Samarbejdsmodellen?". En enkelt projektleder har svaret "Delvist". I interviewene peger både projektledere, koordinatore og ledere på, at det har været svært at sikre tilstrækkeligt mandat til medarbejdernes deltagelse i de tværfaglige netværksmøder og skabe opbakning, særligt blandt de faglige ledere.

#### 6.4.3.1 *Balancering af øvrige opgaver og tid til koordinatorarbejdet*

Både koordinatore og projektledere beskriver, at det er afgørende for koordinatorenes opgaveløsning, at den tværgående ledergruppe løbende sikrer, at de kan allokere tilstrækkeligt med tid til arbejdet i Samarbejdsmodellen. Desuden skal deres øvrige arbejdsopgaver kunne afstemmes i forhold til deres koordinatorrolle, hvilket kræver fleksibilitet i deres opgaveplanlægning. Nogle af koordinatorene har i projektperioden oplevet, at det har været meget vanskeligt at balancere opgaverne i henholdsvis Samarbejdsmodellen og deres primære jobfunktion.

Koordinatorene arbejder på deltid i Samarbejdsmodellen, hvilket betyder, at de typisk har mellem 10 og 15 timer om ugen, som er dedikeret til Samarbejdsmodellen. Resten af tiden arbejder de eksempelvis som socialsygeplejerske, støtte-kontaktperson eller koordinator i hjemmeplejen. I de projektkommuner, hvor det er lykket at etablere og opretholde et koordinator-team, fremhæver flere koordinatore, at deres nærmeste ledere bakker op om deres arbejde som koordinator og støtter dem i at prioritere opgaverne i Samarbejdsmodellen i forhold til øvrige opgaver og drift.

En central forudsætning for at koordinatorene kan balancere deres koordinatorrolle med deres øvrige arbejdsopgaver er, at koordinatorenes respektive ledere bakker op om Samarbejdsmodellen. Dette indebærer, at koordinatorenes nærmeste ledere sikrer, at de i praksis har tid til alle deres opgaver. Det kan være svært, at få timerne til at gå op, og nogle koordinatore oplever, at de derfor ikke kan være helt trofaste mod modellen, imens andre føler sig utilstrækkelige. En koordinator fortæller:

---

*Der er nogle, der er gået ned med stress, fordi de ikke har fået timerne frikøbt til dem. De har fået dem frikøbt, men de har ikke fået fri. De har fået den samme sagsstamme, som de har haft hele tiden, men skal så bare lave 8 timers ekstra arbejde. Sådan nogle ting. Der er det vigtigt, at ledelsen er med ind i, at de her timer bliver brugt til det. Og det skal du have mulighed for i dit daglige arbejde." - Koordinator*

---

#### 6.4.3.2 *Opbakning til Samarbejdsmodellen på tværs af afdelinger i kommunen*

Projektkommunerne har anvendt forskellige greb, når det kommer til at sikre, at medarbejdere prioriterer at deltage i netværksmøderne. En tværgående ledergruppe fortæller, at de har valgt ikke at gøre det obligatorisk for medarbejdere i de forskellige afdelinger at deltage i de tværgående netværksmøder, når de inviteres. En leder henviser til devisen om, at man kan tvinge hesten til truget, men ikke tvinge den til at drikke. Samtidig oplever ledergruppen ikke, at det er foreneligt med koordinering af den daglige drift at gøre deltagelse i specifikke møder obligatorisk. En leder fortæller:

---

*Hvis du skal have folk til at arbejde med dig, så bliver du nødt til at overbevise dem om, at det er smart, at de gør det af den ene eller den anden årsag. Det kan godt være, at de ikke synes, det er en god idé, men de skal forstå, hvorfor du synes, det er en god idé, eller for nogle andre, at det er en god idé, eller for projektet er det en god idé, eller et eller andet. Giv dem mening ind i dét der og det er jo sådan set egentlig for, at i stedet for, at man trækker fy-skamme kortet, så man trækker "nu skal du høre, hvad meningen er med det her." [...] Jeg ved, det har været et ønske fra projektets side, [...] at få dét der tvangskort ind i butikken. Jeg tænkte bare... Jeg tror ikke det er en god ide. – Tværgående ledergruppe*

---

Ledergruppen mener således ikke, at obligatorisk fremmøde er måden at skabe opbakning de tværfaglige netværksmøder. Ledergruppen har langt hen ad vejen vurderet, at det er koordinatorteamets og projektlederens opgave at formidle, hvorfor det er en god idé at arbejde ud fra Samarbejdsmodellens principper, og herigennem skabe opbakning og deltagelse i de tværfaglige netværksmøder.

I én af de andre projektkommuner har ledergruppen gjort deltagelse i de tværfaglige netværksmøder obligatorisk. Ledergruppen understreger her, at det stadig kræver vedvarende dialog med lederne af de forskellige områder at sikre fremmøde. Ledergruppen fremhæver, at koordinatørernes forankring i forskellige dele af organisationen er med til at udbrede kendskabet til Samarbejdsmodellen blandt andre medarbejdere og ledere. Samme ledergruppe fremhæver, at de ser det som en af deres vigtigste opgaver i Samarbejdsmodellen at lede på tværs af organisationen og fjerne barrierer i de afdelinger, hvor der er utilstrækkelig tilslutning til modellen. De oplever i høj grad, at dette er lykkedes og vurderer i interviewet, at der mod slutningen af projektperioden er skabt god opbakning til Samarbejdsmodellen.

#### **6.4.4 Drivkræfter og barrierer for implementering af kerneelement 4**

Vi har identificeret en betydelig barriere i implementeringen af kerneelement 4, som andre kommuner med fordel kan være opmærksomme på, hvis de vil implementere Samarbejdsmodellen.

Projektkommunerne har erfaret, at den strategiske ledelses tydelige opbakning til Samarbejdsmodellen er en forudsætning for implementeringen af alle kerneelementerne. Dette italesættes af både projektledere og ledere i de tværgående ledergrupper. En helhedsorienteret indsats som Samarbejdsmodellen indebærer, at lederne på tværs af forvaltninger, fagcentre og myndighedsområder tager et fælles ansvar for borgerne. Implementering af Samarbejdsmodellen er derfor alene mulig, hvis den strategiske ledelse køber ind på Samarbejdsmodellens værdigrundlag. Ledelsen skal forstå den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang, tro på den og være i stand til at formidle den overbevisende. Hvis ledelsen ikke tror på modellen, er det en barriere som vil påvirke hele organisationens implementering.

##### **6.4.4.1 Ledergruppen skal kunne formidle formålet med modellen**

Den tværgående ledergruppe skal formidle en overbevisende fortælling om, hvorfor kommunen skal arbejde med Samarbejdsmodellen. Ledelsen skal kunne forklare, hvorfor Samarbejdsmodellen er den rigtige måde at arbejde på og hvilken værdi den skaber for kommunen og for bor-

gerne. En sammenhængende fortælling om Samarbejdsmodellens værdi er grundlaget for opbakningen i resten af organisationen. Når fortællingen formidles vedvarende, bliver det en drivkraft for implementeringen af det tværgående samarbejde om borgerne, som udgør grundlaget for koordinatorens arbejde og gennemførelsen af de tværfaglige netværksmøder. Hvis den tværgående ledergruppe ikke selv tror på Samarbejdsmodellens værdi, er det omvendt en central barriere. Kommuner, som vil arbejde med Samarbejdsmodellen, skal derfor først og fremmest sikre sig, at beslutningen om at implementere modellen er forankret på øverste niveau i kommunens ledelse.

Ifølge ledergruppen i den kommune hvor de har kæmpet mest med opbakningen til modellen, har den væsentligste barriere for implementering af Samarbejdsmodellen været, at formålet med implementeringen af Samarbejdsmodellen ikke var klart. Den tværgående ledergruppe italesætter selv, at de ikke har været gode nok til at sælge modellen til resten af organisationen:

---

*I: Som I ser det. Hvad er det, der har været sværest at implementere ved Samarbejdsmodellen? [...] L1: Hvis jeg skal kigge på sundhed og omsorg, så er det forståelsen. Formålet med modellen. I: Altså, hvad er det, den skal? L1: Hvad skal den? L2: Hvorfor? L1: Ja, hvorfor det? Og det tænker jeg, der ligger rigtig meget også fra vores side, i forhold til at få solgt den. Fordi, hvis ikke folk kan se et formål med det, så er der jo egentlig ikke noget at komme efter. [...] Og så er der også en samkøring af forståelsen af modellen. Hvordan er det så, vi skal bruge den? Hvordan bruger vi den sammen? Det, synes jeg også, er en af de udfordringer, som jeg kan se i det. – Tværgående ledergruppe*

---

De har ikke haft grundfortællingen på plads. De har ikke været enige om, hvorfor de ville arbejde med Samarbejdsmodellen – og derfor har de heller ikke kunne formidle, hvorfor ledere og medarbejdere skulle bruge ressourcer på at arbejde på denne måde på tværs af organisationen:

---

*L2: Jamen jeg tror, det er vores... Det er vores helt bagvedliggende grundfortælling, vi ikke har haft på plads. I: Og hvad betyder det? L2: Jamen altså, hvorfor er det, vi vil dét her i [...] Kommunen? Hvad er det, vi vil med det? Hvorfor vil vi det? Hvorfor er det vigtigt for os? Det er dén, tror jeg, vi ikke har været tydelige nok med [...] Vi skal simpelthen have dén der grundfortælling på plads. – Tværgående ledergruppe*

---

Projektlederen i kommunen er enig i, at ledergruppen ikke har formået at formidle, hvorfor det er vigtigt at arbejde med Samarbejdsmodellen. Ifølge projektlederen har der ikke været givet det ledelsesmæssige mandat til at få arbejdsgange og borgerforløb til at lykkes inden for modellens rammer.

En anden projektleder beskriver, hvordan hun oplever, at det har været udfordrende for deres ledergruppe at træffe mere principielle beslutninger vedrørende organiseringen af det tværgående samarbejde. Der er et indbygget hierarki i ledergruppen, som gør det svært at træffe tværgående beslutninger, når der ikke er én overordnet chef. Hun henviser til Ballerup kommune,

som arbejder ud fra Samarbejdsmodellen på hele voksenområdet. Her er ansvaret for det tværfaglige samarbejde forankret hos en overordnet direktør:

---

*Så jeg tror bare, det er en rigtig svær opgave for en gruppe, som er sammensat på den måde. Så tror jeg, det er måske nemmere, at mandatet bare kommer fra en direktør. Som de gør i Ballerup, ik? - Projektleder*

---

Den strategiske ledelses klare opbakning til Samarbejdsmodellen, er en forudsætning for implementeringen af alle kerneelementerne. Samarbejdsmodellen som en helhedsorienteret model forudsætter at forvaltninger, fagcentre og myndighedsområder, tværgående tager ansvar for at hjælpe borgerne. Det bliver derfor en betydelig barriere for implementering af Samarbejdsmodellen, når den tværgående ledergruppe ikke har grundfortællingen på plads. En stærk fortælling forankret i den tværgående ledergruppe, som fortæller, hvorfor kommunen skal implementere Samarbejdsmodellen, kan omvendt være en drivkraft ind i at sikre opbakningen til modellen.

## 7. Forankring af Samarbejdsmodellen

Ved afslutningen af projektet har vi gennemført interviews med hver af de tre projektledere. Formålet var dels at undersøge om projektkommunerne oplever, at Samarbejdsmodellen til ældre borgere i udsatte positioner er accepteret og efterspurgt, dels at få svar på om deres kommune havde besluttet at forankre modellen. Vores formodning er, at hvis projektkommunerne har valgt at forankre modellen til målgruppen af ældre i udsatte positioner, kan det give en indikation på, om andre kommuner også vil se en værdi i at implementere og forankre modellen til målgruppen.

### Hovedfund

De tre projektkommuner er enige om, at afgrænsningen af målgruppen til udelukkende at omfatte borgere over 50 år er for snæver. Deres erfaringer fra projektperioden er, at Samarbejdsmodellen har potentiale til at styrke den helhedsorienterede indsats for en langt bredere målgruppe. I det omfang projektkommunerne forankrer Samarbejdsmodellen, eller dele af den, er det derfor til en bredere målgruppe af voksne i udsatte positioner.

Med afsæt i projektkommunernes erfaringer vurderer vi, at Samarbejdsmodellen ikke har forankringspotentiale til den specifikke målgruppe af ældre borgere over 50 år. Samtidig vurderer vi, at Samarbejdsmodellen har potentiale til at blive afprøvet på en bredere målgruppe af voksne i socialt udsatte positioner med komplekse problemer.

I det følgende præsenterer vi Hvidovre Kommunes forankring af Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, dernæst Vejen og Odders tiltag for at videreføre dele af Samarbejdsmodellens principper og værdier, ligeledes til en bredere målgruppe.

### 7.1 Forankring i de tre projektkommuner

de tre projektkommuner er der et gennemgående ønske om at styrke de helhedsorienterede indsatser og en oplevelse af, at Samarbejdsmodellen understøtter dette. En af projektkommunerne har valgt at forankre Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, mens de to andre projektkommuner har udviklet en række principper for en helhedsorienteret praksis med inspiration fra Samarbejdsmodellens kerneelementer og værdigrundlag, jf. Tabel 7.1.

**Tabel 7.1**  
**Forankring af Samarbejdsmodellen**

| Kommune  | Målgruppe                                                                             | Kerneelementer og værdier                                          |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Hvidovre | Fra 30 år og opefter, med komplekse sociale udfordringer                              | Hele Samarbejdsmodellen videreføres, inklusiv metoder og redskaber |
| Vejen    | Børn, unge voksne, ældre med behov for en helhedsorienteret koordineret indsats       | Principper og værdier videreføres, men ikke metoder og redskaber   |
| Odder    | Uafklaret, men for en bredere målgruppe end ældre borgere i en socialt udsat position | Principper videreføres, men ikke værdier, metoder og redskaber     |

Kilde: Kvalitative telefoninterviews med projektlederne i de tre deltagende projektkommuner foretaget i november 2024.

### **7.1.1 Forankring af Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe**

Hvidovre Kommune har, i forbindelse med budgetforhandlingerne i efteråret 2024, besluttet at videreføre Samarbejdsmodellen i en treårig periode til borgere fra 30 år med komplekse sociale udfordringer. Kommunen ser et arbejdsmarkedspotentiale i den yngre del af målgruppen og forventer, at størstedelen af de borgere som bliver en del af Samarbejdsmodellen, fremover opspores gennem beskæftigelsesområdet. Projektlederen fortæller, at der er i modningsprojektet har været en oplevelse af, at hvis de havde mødt den ældre del af målgruppen tidligere i deres liv, ville Samarbejdsmodellen have haft potentiale til at forebygge den udsathed, borgeren befinder sig i nu. Tilbuddet kommer fortsat til at gælde for borgere over 50 år alt afhængigt af kapaciteten.

Ifølge projektlederen oplever kommunen, at Samarbejdsmodellen i løbet af projektet er blevet udviklet og revideret på en sådan måde, at de tror på, den vil virke. Kommunen har derfor besluttet at videreføre Samarbejdsmodellens kerneelementer og den recovery-orienterede tilgang, hvor det er borgerens mål og drømme, som er i centrum for indsatsen. Kommunen fortsætter med samme koordinatorteam, da de oplever en stor værdi i at have ét team af koordinatore. På sigt vil de desuden forsøge sig med et mere fast team omkring borgeren, når det giver mening.

Da interviewet blev gennemført, var det endnu ikke endeligt besluttet, hvordan projektet skal forankres ledelsesmæssigt. Det er dog besluttet, at forankringen skal ske på tværs af tre områder i kommunen, og vil sandsynligvis inkludere handicap og psykiatri, beskæftigelse samt sundhed og ældre.

### **7.1.2 Principper og værdier videreføres til en bredere målgruppe**

I Vejen Kommune har der ikke været opbakning til at videreføre Samarbejdsmodellen i sin fulde form. Kommunen har nedsat en læringsgruppe for helhedsorienterede indsatser på tværs af flere afdelinger, som, med inspiration fra Samarbejdsmodellen, har formuleret dét, de kalder: hjørneflag og spilleregler, der formentlig bedst kan anskues som en række hensigtserklæringer, for samarbejdet med borgere i kommunen. Med afsæt i Samarbejdsmodellens værdigrundlag videreføres de tværfaglige netværksmøder, hvor borgerens mål, ønsker og drømme skal være i centrum, men det er ikke nærmere beskrevet, hvordan eller hvem der skal sikre dette. De konkrete metoder og redskaber fra Samarbejdsmodellen bliver dermed ikke forankret. Kommunen har ikke fundet ressourcer til at videreføre kerneelementet om en fast tværgående koordinator, og koordinatorteamet fortsætter dermed heller ikke.

Målgruppen for den helhedsorienterede tilgang bliver alle borgere, som har brug for en helhedsorienteret og koordineret indsats, dvs. også børn og unge. Mere eller mindre fra "vugge til krukke", som projektlederen formulerer det. Og dét, de viderefører fra Samarbejdsmodellen, er primært værdierne fra tilgangen, herunder særligt arbejdet med at styrke den recovery-orienterede- rehabiliterende tilgang.

Hjørneflagene og spillereglerne skal fremover gælde i en stor del af organisationen, herunder i Sundhed og Sammenhæng, Handicap og psykiatri, Ældre og rehabilitering og Arbejdsmarkedsafdelingen, Skole og Fritid, Borgerservice. Fremover skal alle have de nye spilleregler og hjørneflag siddende på deres computere – og det er måden, man vil forankre det på. Alle afdelingsledere kender til det, og det er allerede ude i de fleste afdelinger. Det er formentlig chefen for Sundhed og Sammenhæng, som får ansvaret for at udbrede dette.

I Odder Kommune har de igennem de seneste måneder arbejdet sammen med konsulentfirmaet Mobilize. Formålet har været at samstemme ledelsen på tværs af kommunen og formulere

nogle principper, der skal videreføre dele af Samarbejdsmodellen. Dette arbejde har ledt til formuleringen af nogle brede principper, som skal implementeres i alle borgerforløb og nogle smalle principper, som fremover skal gælde i komplekse borgerforløb. De smalle principper er dem, der ligner Samarbejdsmodellen mest, de hedder: En tovholder/facilitator, fællesmøder med borgeren, fælles mandat og én plan. Menneskesynet ligner ifølge projektlederen den recovery-orienterede-rehabiliterende tilgang, men er ikke beskrevet som sådan. Principperne er besluttet på direktør- og koncernledelsesniveau, og der er ved at blive lagt en plan for, hvordan dette skal udrulles.

Det er endnu uafklaret, hvilken målgruppe det skal omfatte, men det vil under alle omstændigheder omfatte en bredere målgruppe end den, der var fokus på i samarbejdet med Social- og Boligstyrelsen. I Odder Kommune har der været et stort ønske i ledergruppen om at arbejde mere forebyggende. Oplevelsen har været, at dette er for sent i forhold til målgruppen ældre borgere i socialt udsatte positioner. Derfor giver det mening at udbrede de nye principper til en bredere målgruppe.

På tværs af projektkommunerne er der således enighed om, at afgrænsningen af målgruppen til ældre i socialt udsatte positioner er for snæver. På den baggrund vurderer vi, at Samarbejdsmodellen til den specifikke målgruppe ikke er accepteret og efterspurgt. Samtidig vurderer vi, at Samarbejdsmodellen har potentiale til at blive afprøvet på en bredere målgruppe af voksne i socialt udsatte positioner med komplekse problemer.

## 8. Økonomisk analyse

I dette kapitel belyser vi projektkommunernes omkostninger forbundet med Samarbejdsmodellen. Vi opgør de gennemsnitlige direkte omkostninger ved et borgerforløb samt de øvrige aktiviteter, der er forbundet med at drifte Samarbejdsmodellen. Den økonomiske analyse giver andre kommuner mulighed for at vurdere, hvilke investeringer og omkostninger de skal forvente, hvis de vil anvende Samarbejdsmodellen.

### Hovedfund

- Analysen giver ikke grundlag for at konkludere, om Samarbejdsmodellen er økonomisk realistisk i drift.
- I gennemsnit anvendes der 51 timer på et afsluttet borgerforløb, hvor der har været afholdt et tværfagligt møde. Der anvendes i gennemsnit 4,7 timer på borgerforløb, som afsluttes uden, at der har været afholdt et tværfagligt møde.
- De gennemsnitlige borgerrettede omkostninger pr. borgerforløb, hvor der har været afholdt et tværfagligt møde, er i størrelsesordenen 25.000 kr., mens omkostningerne er ca. 2.000 kr. pr. borgerforløb, hvor der ikke har været afholdt et tværfagligt møde.
- Ud over omkostningerne, der relaterer sig direkte til de enkelte borgerforløb, er der også omkostninger relateret til driften af Samarbejdsmodellen. Det gælder fx omkostninger til en projektleder og tiden anvendt på styregruppemøder og tværgående ledergruppemøder.

### 8.1 Borgerrettede udgifter

De borgerrettede udgifter vedrører ressourceforbruget for koordinatoren og øvrige medarbejdere, der deltager på de tværfaglige netværksmøder. Borgerrettede udgifter vedrører både forberedelsestid for koordinatoren forud for et møde med borgeren og tid anvendt på møder med borgeren. Der er ikke medregnet udgifter til selve indsatserne, som borgeren kan modtage efter netværksmøder. Det skyldes, at det ikke vides, hvilken indsats borgeren ellers ville have modtaget, hvis borgeren ikke var med i Samarbejdsmodellen. Vi kan derfor ikke vide, om indsatserne erstatter andre indsats, eller om borgeren ville have modtaget den samme indsats, uanset om borgeren er en del af Samarbejdsmodellen eller ej.

Den økonomiske analyse for de borgerrettede udgifter er foretaget på baggrund af to typer af afsluttede forløb:

- Forløb, som inkluderer mindst ét tværfagligt møde.
- Forløb uden, at der har været afholdt et tværfagligt møde.

Der kan være forskellige årsager til, at forløbene afsluttes uden, at der har været afholdt et tværfagligt netværks møde. Det kan for eksempel være, hvis borgeren efter opstart ikke ønsker at deltage i Samarbejdsmodellen, eller hvis koordinatoren vurderer, at borgeren alligevel ikke er i målgruppen for Samarbejdsmodellen.

Der anvendes i gennemsnit 51 timer på et borgerforløb, hvor der har været afholdt mindst ét tværfagligt møde. Heraf går over halvdelen, 31 timer, til koordinatorens forberedelse og opsamling på møder jf. Tabel 8.1.

Resten af timerne går til koordinatorens møder med borger inkl. kørselstid og på de tværfaglige møder. De tværfaglige møder inkluderer ud over borgeren og koordinatoren også medarbejdere fra øvrige områder såsom socialforvaltningen, sundheds- og ældreområdet. De forløb, som afsluttes uden, at der har været afholdt et tværfagligt møde, anvender koordinatoren i gennemsnit 4,7 timer på.

**Tabel 8.1**  
**Antal møder og varighed for et gennemsnitligt borgerforløb**

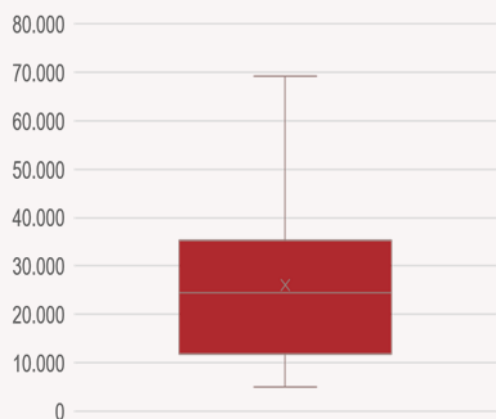
|                                                                        |       | Forløb uden tværfagligt møde | Forløb med tværfagligt møde |
|------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------|
| Varighed af borgerforløb                                               | Dage  | 63                           | 325                         |
| Antal fysiske møder ml. borger og koordinator                          | Antal | 1,6                          | 13,0                        |
| Antal tværfaglige møder                                                | Antal |                              | 2,8                         |
| Estimeret antal deltagere på tværfagligt møde (inkl. koordinator)      | Antal |                              | 4                           |
| Varighed af fysiske møder ml. borger og koordinator i alt              | Timer | 1,7                          | 15,7                        |
| Varighed af tværfaglige møder i alt                                    | Timer | -                            | 3,9                         |
| Varighed i forbindelse med forberedelse af og opsamling på møder i alt | Timer | 3,0                          | 31,3                        |
| Sammenlagt tidsforbrug i alt                                           | Timer | 4,7                          | 51,0                        |

Kilde: Egne beregninger på projektkommunernes registreringer.

Omkostningerne til et borgerforløb vedrører koordinatorens tidsforbrug på borgerforløbet og øvrige medarbejders tidsforbrug på de tværfaglige møder. Samlet set udgør de gennemsnitlige omkostninger for et borgerforløb, hvor borgeren deltager i mindst ét tværfagligt møde, 26.000 kr., jf. Figur 8.1.

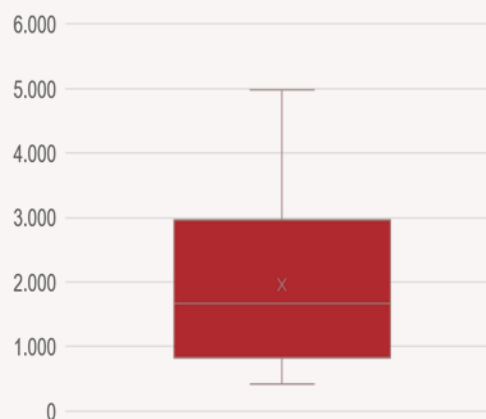
**Figur 8.1**

Omkostninger pr. borger ved forløb, hvor borgeren er afsluttet, hvor der er afholdt mindst ét tværfagligt møde.



**Figur 8.2**

Omkostninger pr. borger ved forløb, hvor borgeren er afsluttet, uden at der er afholdt et tværfagligt møde.



Anm.: N = 14, 36. 3 outliers i gruppen af forløb uden et tværfagligt møde er frasortet. Fra top til bund, skal figurens vandrette streg læses således: maksimum, øvre kvartil, gennemsnit, median, nedre kvartil, minimum. Lønudgifterne er beregnet med en effektiv timesats på 346 kr. under antagelse af, at koordinatoren og øvrige medarbejdere har en uddannelsesbaggrund som socialrådgiver. Timesatsen er en gennemsnitstimeløn fra KRL, nov. 2023.  
Kilde: Egne beregninger på projektkommunernes registreringer.

De gennemsnitlige omkostninger skal ses i lyset af en stor variation, hvor omkostningerne på et borgerforløb spænder fra 5.000 kr. til 70.000 kr. I 75 pct. af borgerforløbene ligger omkostningerne under 35.000 kr.

De gennemsnitlige omkostninger ved et borgerforløb, hvor borgeren ikke deltager i et tværfagligt møde, udgør 2.000 kr., jf. Figur 8.2.

Her spænder omkostninger fra 500-5.000 kr., hvor omkostningerne i 75 pct. af borgerforløbene er maksimalt 3.000 kr.

Koordinatorens tid, anvendt på borgeren i Samarbejdsmodellen, er en ekstra indsats, som ikke står i stedet for andet, som borgeren ellers ville have fået, hvis vedkommende ikke var en del af Samarbejdsmodellen. Det antages dermed, at tiden anvendt af koordinatorene og øvrige medarbejdere, som deltager på det tværfaglige møde, er meromkostninger ved at drifte Samarbejdsmodellen.

I gennemsnit er knap en tredjedel af de afsluttede borgerforløb i projektkommunerne afsluttet, før der har været afholdt et tværfagligt møde. Over tid forventes det, at andelen vil falde, i takt med at koordinatorene og kommunen bliver bedre til at opspore de borgere, som kan indgå i Samarbejdsmodellen.

## 8.2 Ikke-borgerrettede udgifter

Ud over omkostningerne, der relaterer sig direkte til de enkelte borgerforløb, er der også omkostninger relateret til driften af Samarbejdsmodellen. Det gælder eksempelvis omkostninger til en projektleder og tiden anvendt på styregruppemøder og tværgående ledergruppemøder. For koordinatorene er der, ud over tidsforbruget anvendt på borgerforløbene, også månedlige koor-

dinatormøder, deltagelse i workshops og arbejdstid anvendt på forskellige kommunikationsaktiviteter for at udbrede kendskabet til Samarbejdsmodellen og forbedre samarbejdet på tværs af fagområderne.

Tabel 8.2 viser et eksempel på aktiviteter og antal medarbejdere i en kommune, som drifter Samarbejdsmodellen. De årlige omkostninger til ikke-borgerrettede udgifter er knap 500.000 kr., hvor over halvdelen af omkostningerne går til en projektleder. De årlige omkostninger afhænger derudover af antallet af koordinatore i kommunen. Samarbejdsmodellen kræver et team af koordinatore, og i to ud af tre projektkommuner har der været fem koordinatore, som har haft 3-4 aktive borgerforløb ad gangen.

**Tabel 8.2**

**Årlige aktiviteter og omkostninger (ikke-borgerrettet udgifter) ved drift af Samarbejdsmodellen - eksempel**

| Medarbejdere                                                     | Antal                         | Pr. medarbejder | I alt              |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Projektleder                                                     | 1                             | 294.400 kr.     | 294.400 kr.        |
| Koordinatorer                                                    | 5                             | 22.900 kr.      | 114.500 kr.        |
| Chefer                                                           | 4                             | 5.700 kr.       | 22.800 kr.         |
| Ledere                                                           | 5                             | 5.100 kr.       | 25.500 kr.         |
| Årlige omkostninger i alt                                        |                               | .               | <b>457.200 kr.</b> |
| <b>Aktiviteter</b>                                               |                               |                 |                    |
| Styregruppemøder                                                 | 1 møde i kvartalet á 1,5 time |                 |                    |
| Tværgående ledergruppemøder                                      | 1 møde i kvartalet á 1,5 time |                 |                    |
| Koordinatormøder                                                 | 3 møder i måneden á 1 time    |                 |                    |
| Workshops                                                        | 1 gange årligt á 2 timer      |                 |                    |
| Samarbejds møder/informations-<br>møder/<br>Projektkommunikation | 3 timer i måneden             |                 |                    |
| Projektledelse                                                   | ½ årsværk                     |                 |                    |

Anm.: Lønudgifterne er beregnet under antagelse af, at koordinatoren og øvrige medarbejdere har en uddannelsesbaggrund som socialrådgiver. Timesatsen er en gennemsnitstimeløn fra KRL, nov. 2023.  
Kilde: Egne beregninger

Eksemplet er udarbejdet med udgangspunkt i projektkommunernes erfaringer med Samarbejdsmodellen og kan give andre kommuner en indikation på omkostningerne ved at drifte Samarbejdsmodellen.

Se Bilag C – Eksempel fra økonomisk analyse for nærmere beskrivelse af projektkommunernes aktiviteter og ressourceforbrug og spændet heri.

### 8.2.1 Kompetenceudvikling

Med henblik på at understøtte projektlederen og koordinatorenes arbejde har medarbejderne deltaget i forskellige kurser. Det gælder blandt andet kurser inden for netværksfacilitering, grafisk facilitering for projektledere og kursus i recovery-orienteret rehabilitering. Det er den enkelte kommune, der afgør, i hvilket omfang medarbejderne har behov for kompetenceudvikling.

I flere af projektkommunerne modtager koordinatorene og projektlederne derudover supervision. Medarbejderne giver udtryk for, at det har været til stor gavn.

### 8.2.2 Forudsætninger for beregningen

Den økonomiske analyse er baseret på registreret timeforbrug på de enkelte borgerforløb i projektkommunerne og gennemsnitspriser for lønningerne. Der er anvendt gennemsnitslønninger baseret på KRL, som beregnes ud fra en effektiv gennemsnitlig timesats på 1.418 timer pr. år, jf. 2024-priser<sup>4</sup>. Både for koordinatoren og øvrige medarbejdere, der deltager i de tværgående møder, er der anvendt gennemsnitslønninger til socialrådgivere. Koordinatoren og øvrige medarbejdere kan dog også have uddannelsesbaggrund som for eksempel pædagog og sygeplejerske. Lønomsætninger tillægges en standard overhead på 20 pct., hvilket dækker omkostninger ud over selve lønnen, der er forbundet med at have medarbejdere ansat, fx personaleadministration, IT-udstyr, kontorartikler, lokaleomkostninger mv. Der er ikke indregnet udgifter til kørsel i forbindelse med møder i borgerens eget hjem.

## 8.3 Opstart af indsatsen

Kommuner, der overvejer at implementere Samarbejdsmodellen, skal være opmærksomme på, at der er omkostninger forbundet med opstart af indsatsen, som rækker ud over det, der har været muligt at kvantificere i denne økonomiske analyse. Herunder beskrives kort de aktiviteter, som projektkommunerne selv har italesat som de vigtigste og mest ressourcerelevende i opstartsfasen.

Særligt projektlederne har brugt mange ressourcer på klargøring og opstart de første 4-5 måneder. En af de store opgaver har været at skabe kendskab til Samarbejdsmodellen i alle relevante afdelinger af kommunen. I den sammenhæng har projektlederne brugt ressourcer på at udarbejde kommunikationsplaner eller kommunikationsstrategier omkring projektet og modellen. Herunder er der brugt tid på at kortlægge hvilke afdelinger, som har behov for kendskab til modellen. Efterfølgende har særligt projektlederne, men ligeledes koordinatorene brugt tid på at holde oplæg for forskellige afdelinger og dele af kommunen, som forventeligt havde berøring med målgruppen af borgere, fx jobcenter og misbrugscenter. Nogle steder er der afholdt workshops for at formidle information om modellen og tilgangen og samtidig ruste de forskellige medarbejdere og ledere til opgaverne i projektet. Projektlederne fortæller derudover, at de har brugt meget tid på møder og kommunikation med det formål, at projektmedarbejdere og ledere tilknyttet projektet skulle lære hinanden og projektet at kende.

Forberedelser af organisering og rollefordeling samt bemanning har været tidskrævende. Særligt beskrivelser af koordinatorenes opgaver og kompetencer, fx funktionsbeskrivelser for koordinatorene, har ifølge projektlederne fyldt meget i deres arbejde i opstartsperioden. Det har været tidskrævende at rekruttere de rette medarbejdere med de rette kompetencer til koordinatorteamet. Organisering og bemanning af den tværgående ledergruppe har ligeledes været tidskrævende, og der har været afholdt adskillige møder om forankring, sammensætning og samarbejde i afdelingerne. Møderne er typisk blevet faciliteret af projektlederen, med deltagelse af afdelingsledere eller chefer.

---

<sup>4</sup> [www.krl.dk](http://www.krl.dk)

Projektkommunerne fremhæver desuden tid brugt på lokale målgruppebeskrivelser og forberedelse af registreringer om målgruppen i kommunens it-systemer. Der er i det hele taget brugt mange timer på opsætning og tilpasning af it-systemer til registrering af data i modellen.

## **8.4 Et økonomisk potentiale i en bredere målgruppe**

Som vi beskrev i foregående kapitel Forankring af Samarbejdsmodellen, har alle tre projektkommuner valgt at forankre enten dele af eller hele Samarbejdsmodellen, men til en bredere målgruppe. Projektkommunerne peger i den forbindelse på, at de savner et økonomisk incitament til at forankre Samarbejdsmodellen til målgruppen af ældre borgere i udsatte positioner. Det er en målgruppe, der efter projektkommunernes oplevelse, sandsynligvis aldrig kommer i arbejde igen – og det er for sent at forebygge mange af de lidelser, de har pådraget sig, som følge af et langt liv i social udsathed. Til gengæld har både ledergrupper og projektledere i alle tre projektkommuner påpeget, at de ser et økonomisk potentiale i at forankre Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, hvor både beskæftigelses- og forebyggelsespotentialer er større. En fremtidig afprøvning af Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe kan måske designes på en sådan måde, at beskæftigelses- og forebyggelsespotentialer kan belyses.

## 9. Konklusion

Samarbejdsmodellen er i perioden 2021-2024 udviklet med det overordnede formål at imødekomme kommunernes og målgruppens behov for en mere koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Dette kan ikke observeres direkte, men udledes af de forskellige resultater samlet set.

### 9.1 En koordineret, helhedsorienteret og sammenhængende indsats

Forudsætningen for, at kerneelementerne fører til de observerede resultater, er, at Samarbejdsmodellen samlet set er implementeret efter hensigten. I implementeringsevalueringen undersøger vi, hvordan projektkommunerne har arbejdet med Samarbejdsmodellens forskellige elementer, metoder og redskaber og konkluderer, at modellen er implementeret.

I resultatevalueringen beskriver vi, hvordan borgere og projektkommuner oplever, at de forskellige elementer i Samarbejdsmodellen virker. På baggrund af den samlede implementerings- og resultatevaluering vurderer vi, at Samarbejdsmodellen understøtter en mere koordineret og helhedsorienteret tilgang til arbejdet med borgerne.

I implementerings- og resultatevalueringen har vi kortlagt, hvordan borger og koordinator arbejder sammen om at kortlægge borgers netværk og indsatser. Indsatsoverblikket og netværkskortlægningen giver overblik over borgers samlede situation og behov. På baggrund af kortlægningen og formuleringen af borgerens mål og drømme bliver borger og koordinator enige om hvilke temaer, de skal sætte på dagsordenen, og hvem de skal invitere til de tværfaglige netværksmøder. På de tværfaglige netværksmøder samles alle de perspektiver og fagligheder, som tilsammen kan sikre, at borgerens samlede situation og behov bliver belyst. I den periode borgerne deltager i Samarbejdsmodellen, oplever flere borgere, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe dem. De oplever, at det er dem, der er i centrum for det helhedsorienterede samarbejde. Deltagerne på de tværfaglige netværksmøder oplever, at koordinatoren styrer møderne på en sådan måde, at det understøtter inddragelse af deltagernes forskellige perspektiver, som skaber en god ramme for det helhedsorienterede samarbejde på møderne. Samarbejdet på møderne fremmer deltagernes forudsætninger for et mere helhedsorienteret samarbejde om borgernes forløb, også mellem møderne. De klare aftaler, som formuleres på de tværfaglige netværksmøder, skaber tydelighed og overblik over, hvilke handlinger deltagerne hver især har ansvaret for at følge op på.

På denne baggrund vurderer vi, at Samarbejdsmodellens kerneelementer tilsammen styrker det helhedsorienterede samarbejde og koordineringen omkring borgernes forløb, hvilket på sigt må forventes at skabe mere sammenhæng i borgernes indsatser. Den samlede evaluering indikerer dermed, at Samarbejdsmodellen skaber forudsætninger for, at ældre i socialt udsatte positioner med komplekse problemstillinger modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som er tilpasset deres samlede situation, udfordringer og behov. Vi kan derimod ikke konkludere om Samarbejdsmodellen øger de ældres mestring og kontrol over eget liv samt trivsel og fremgang i deres livssituation.

Blandt projektkommunerne er der enighed om, at afgrænsningen af målgruppen til udelukkende at omfatte *ældre* i socialt udsatte positioner er for snæver. Til gengæld ser projektkommunerne

et potentiale i at anvende Samarbejdsmodellen til en bredere målgruppe, herunder borgere under 50 år. Vi vurderer, at Samarbejdsmodellen med fordel kan afprøves på en sådan bredere målgruppe af voksne i socialt udsatte positioner med komplekse problemer.

## 10. Referencer

Dahler-Larsen, P. (2008). "At fremstille kvalitative data". Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Greene, J.C., Caracelli, V.J. & Graham, W.F (1989). "Educational evaluation and policy analysis. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs". Published on behalf of American Educational Research Association. Sage.

Møller, S. B., Gondan, M., Austin, S. F., Slade, M. & Simonsen, S. (2023). "National norms of mental health for Denmark". *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(6): 617–623.

VIVE (2018). "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet". København: VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kommunernes-perspektiver-paa-centrale-udfordringer-paa-voksesocialområdet-yz29l0x1/>

Rambøll (2015). "Unge med psykiske vanskeligheder – overgang fra barn til voksen: Slutrapport". Udarbejdet for Socialstyrelsen. Aarhus: Rambøll. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2015/unge-med-psykiske-vanskeligheder-2013-overgang-fra-barn-til-voksen-slutrapport>

Rambøll. (2017). "Ti kommuners foreløbige erfaringer og resultater med Samarbejdsmodellen: Opsamling". Udarbejdet for Socialstyrelsen. København: Rambøll. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2017/ti-kommuners-foreloebige-erfaringer-og-resultater-med-samarbejdsmodellen-opsamling>

Rambøll & VIVE (2018). "En helhedsorienteret og tidlig indsats mod hjemløshed blandt unge og unge i risiko for hjemløshed: Evalueringsrapport". Udarbejdet for Socialstyrelsen. København: Rambøll; VIVE. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2018/afsluttende-evaluering-af-2019-en-styrket-sammenhaengende-og-helhedsorienteret-indsats-mod-hjemloeshed-blandt-unge-med-saerlig-fokus-paa-forebyggelse-og-tidlig-indsats-2019>

Rambøll (2020). "Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov". Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. København: Rambøll. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Kortlaegning-af-viden-om-grupper-af-udsatte-aeldre-borgere-med-saerlige-behov>

Social.dk, a (2025). "Uddannelsesforhold". Lokaliseret 15-01-2025 på <https://www.social.dk/data/databank/data-om-borgere/uddannelsesforhold>

Social.dk, b (2025). "Arbejdsmarkedstilknytning og forsørgelsesgrundlag". Lokaliseret 15-01-2025 på <https://www.social.dk/data/databank/data-om-borgere/arbejdsmarkedstilknytning-og-forsorgelsesgrundlag>

Socialstyrelsen (2018). "Samarbejdsmodellen og bostøtte til unge i hjemløshed og unge i risiko for hjemløshed: Guide til beslutningstagere og stabsfunktioner". Odense: Socialstyrelsen. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2018/samarbejdsmodellen-og-bostoette-til-unge-i-hjemloeshed-og-unge-i-risiko-for-hjemloeshed-guide-til-beslutningstagere-og-stabsfunktioner>

Social- og Indenrigsministeriet (2020). "Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammerne for 2021". København: Social- og Indenrigsministeriet.  
<https://www.sm.dk/publikationer/2020/nov/udmoentning-af-udviklings-og-investeringsprogrammerne-for-2021>

Socialstyrelsen (2023). "Recovery-orienteret rehabilitering: Vejledning til praksis: Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien". Odense: Socialstyrelsen.  
<https://www.sbst.dk/udgivelser/2023/recovery-orienteret-rehabilitering-vejledning-til-praksis>

Socialstyrelsen (2022). "Drejbog for Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats (SUSI 2.0)". Odense: Socialstyrelsen. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2022/drejbog>

Sundhedsstyrelsen (2017). "Guide til trivselsindekset: WHO-5". Lokaliseret 15-01-2025 på:

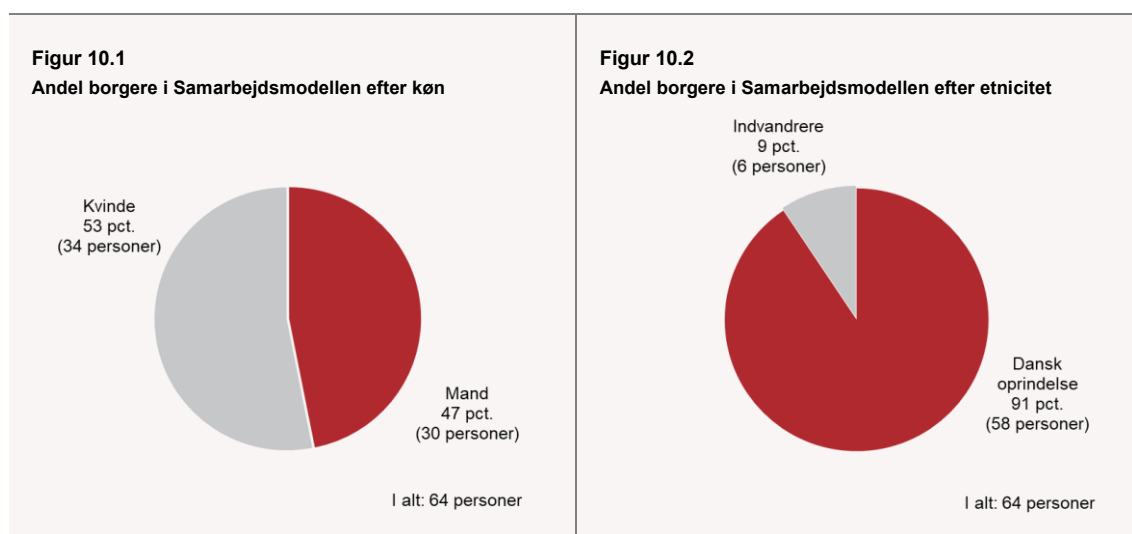
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/Ans%C3%B8gningsmateriale/Guide-WHO-5.ashx?la=da&hash=570F8CAE8013977379E1BC24D663D8FDB186DB76>

## Bilag A - Målgruppeanalyse

Der er ved modningsprojektets afslutning lavet en målgruppeanalyse på 64 ud af de 80 borgere, som er blevet registreret i Samarbejdsmodellen. Konklusionerne fremgår af rapportens afsnit 4. Herunder præsenteres selve målgruppeanalysen.

### 10.1 Køn-, etnicitet og aldersfordeling

Der er en lige fordeling af mænd og kvinder i Samarbejdsmodellen. Ud af de 64 borgere, som er inkluderet i målgruppeanalysen, er 53 pct. kvinder, mens 47 pct. er mænd, jf. Figur 10.1. Langt hovedparten af de borgere, som projektkommunerne har opsporeret og visiteret til indsatsen, har dansk oprindelse. Ni ud af ti har dansk oprindelse, jf. Figur 10.2.



Anm.: Der indgår kun borgere, som er i befolkningsregistret ultimo året forud for start i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

Aldersfordelingen blandt borgere i indsatsen spænder bredt, men langt hovedparten af borgerne er i den yngste del af målgruppen. Knap to ud af tre borgere er mellem 51-60 år, jf. Tabel 10.1.

**Tabel 10.1**  
Andel borgere efter alderskategorier

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 50 år eller derunder | 8 pct.          |
| 51-60 år             | 61 pct.         |
| 61-70 år             | 22 pct.         |
| 71 år eller derover  | 9 pct.          |
| <b>Total</b>         | <b>100 pct.</b> |

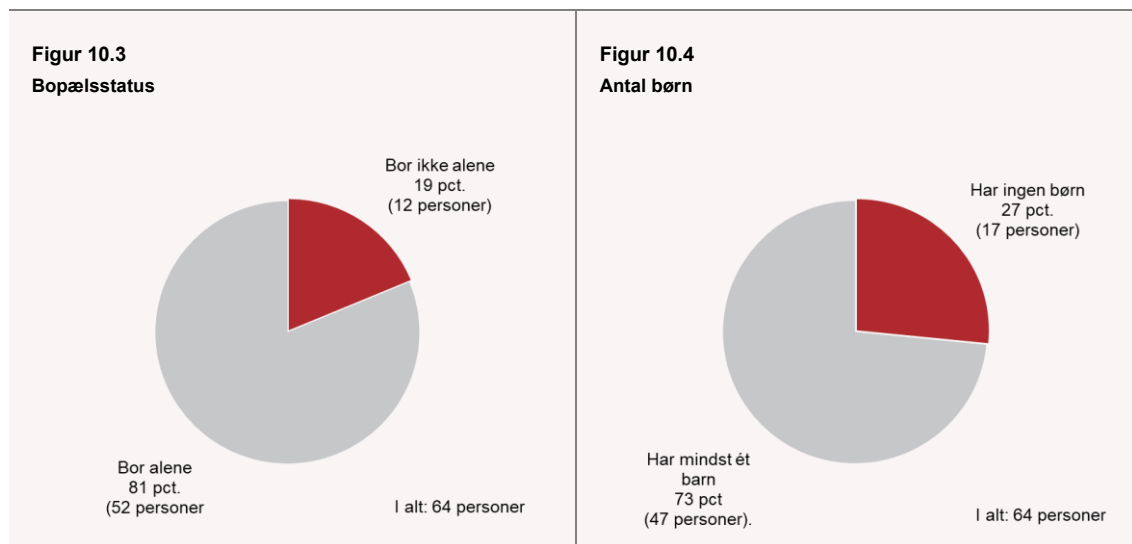
Anm.: N=64 Alderen er opgjort ved borgerens start i indsatsen. Der indgår kun borgere, som er i befolkningsregistret ultimo året forud for start i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

Få borgere er under 50 år, når de starter i indsatsen og dermed uden for Samarbejdsmodellens målgruppe. Der er dog tale om borgere, som er lige på grænsen til at fylde 50 år, hvorfor de enkelte projektkommuner har inkluderet dem i modellen.

## 10.2 Størstedelen af borgerne bor alene og hovedparten har børn

De fleste borgere i Samarbejdsmodellen bor alene, og størstedelen har mindst ét barn, jf. Figur 10.3 og Figur 10.4.



Anm.: Bopælsstatus og antallet af børn, er opgjort pr.31/12 i det kalenderår, som ligger forud for borgerens start i indsatsen. Der indgår kun borgere, som er i befolkningsregistret ultimo året forud for start i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

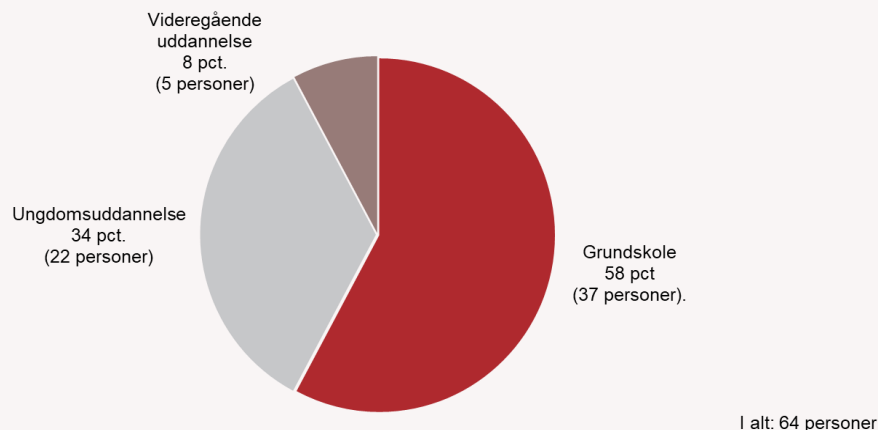
Vi har ikke systematisk afdækket borgernes sociale relationer og bopælsforhold, men flere af de interviewede borgere udtrykker, at de generelt er isoleret fra omverdenen, har ingen eller begrænset kontakt til deres børn og er plaget af ensomhed. Projektkommunerne beskriver hertil, at borgerne ofte er karakteriseret ved at have et begrænset privat netværk og få eller ingen støt-tepersoner foruden fagprofessionelle i deres liv.

## 10.3 Lavt uddannelsesniveau og beskæftigelse

Uddannelsesniveauet er generelt lavt for borgere i Samarbejdsmodellen. Over halvdelen (58 pct.) har en grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse, mens ca. en tredjedel har en ungdomsuddannelse, jf. Figur 10.5.

**Figur 10.5**

**Andel borgere i Samarbejdsmodellen efter uddannelsesniveau**



Anm.: Uddannelsesniveauet er opgjort pr. 30/9 i det kalenderår, som ligger forud for borgerens start i indsatsen. Der indgår kun borgere, som er i befolkningsregistret ultimo året forud for start i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

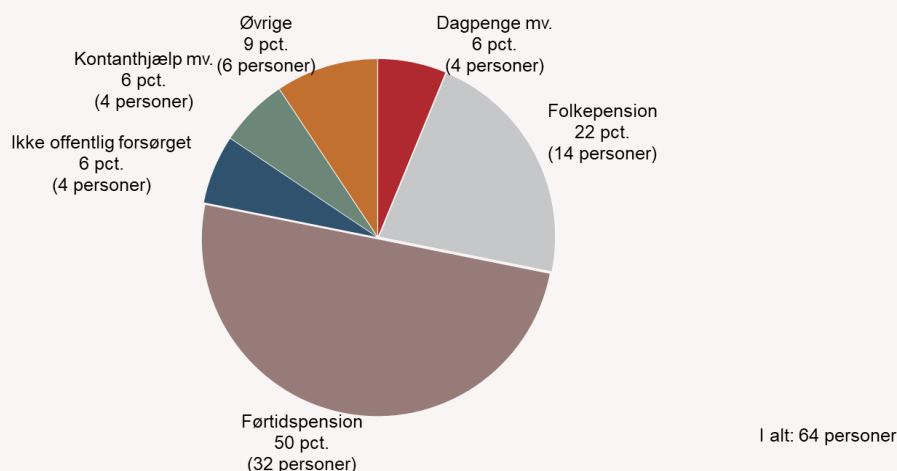
En lille andel af borgerne (8 pct.) har en videregående uddannelse.

Uddannelsesniveauet blandt borgerne i Samarbejdsmodellen er lavere sammenlignet med den øvrige befolkning. For befolkningen i aldersgruppen 51-65 år er det kun én ud af fem, der har en grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse i 2022, jf. social.dk (Social.dk, a).

Ser vi på beskæftigelsesstatus, så er næsten samtlige af de 64 borgere, som indgår i målgruppeanalysen, på offentlig forsørgelse forud for deres deltagelse i Samarbejdsmodellen. Langt hovedhovedparten (72 pct.) af borgerne var på enten førtids- eller folkepension, mens 21 pct. var på midlertidig overførselsindkomst som eksempelvis kontanthjælp, jf. Figur 10.6.

**Figur 10.6**

**Andel borgere i Samarbejdsmodellen efter forsørgelsesstatus**



Anm.: Forsørgelsesstatus er opgjort i uge 48 i det kalenderår, som ligger forud for borgerens start i indsatsen. Der indgår kun borgere, som er i befolkningsregistret ultimo året forud for start i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

Hele 94 pct. af borgerne i Samarbejdsmodellen er således på offentlig forsørgelse. Dette er en markant højere andel sammenlignet med den øvrige befolkning. Tal fra Social-og Boligstyrelsen viser, at ca. 29 pct. af befolkningen i aldersgruppen 51-65 år var offentligt forsørgede i 2022, hvoraf 12 pct. var på førtidspension, jf. social.dk (Social.dk, b).

#### 10.4 Hyppig kontakt til sundhedsområdet og stærkt trivselsbelastede

Der er stor variation i, hvilke ydelser på social-og sundhedsområdet borgerne i Samarbejdsmodellen har modtaget forud for indsatsstart. Flertallet af borgerne har haft kontakt til det somatiske sygehusvæsen, imens en noget mindre andel modtager fx socialpædagogisk støtte. To ud af tre borgere havde en somatisk ambulant kontakt forud for indsatsstart, én ud af fire havde en somatisk indlæggelse, mens én ud af tre modtog socialpædagogisk støtte forud for indsatsstart, jf. Tabel 10.2. Cirka én ud af fem borgere har været i misbrugsbehandling inden for en periode på fem år før opstart i indsatsen.

**Tabel 10.2**

**Antal og andel borgere i Samarbejdsmodellen, der har modtaget udvalgte ydelser på social- og eller sundhedsområdet før indsatsstart**

| Ydelse                                                         | Antal | Andel   |
|----------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Deltagere med somatisk ambulant kontakt                        | 41    | 64 pct. |
| Deltagere med somatisk indlæggelse                             | 16    | 25 pct. |
| Deltagere med psykiatrisk kontakt (ambulant eller indlæggelse) | 14    | 22 pct. |
| Deltagere, der har modtaget socialpædagogisk støtte            | 21    | 33 pct. |
| Deltagere, der har haft ophold på herberg/forsorgshjem         | 4     | 6 pct.  |
| Deltagere, der har været i misbrugsbehandling                  | 14    | 22 pct. |

Anm.: Kontakter til somatisk og psykiatrisk sundhedsvæsen er opgjort for hele det kalenderår, der ligger to år forud for det kalenderår, hvor borgeren er startet i indsatsen. Socialpædagogisk støtte og ophold på herberg/forsorgshjem er opgjort for hele det kalenderår, der ligger umiddelbart forud for deltagerens start i indsatsen. Misbrugsbehandling er opgjort for en femårig periode op til det kalenderår, hvor borgeren er startet i indsatsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

Forbruget af sundhedsydelser blandt borgere i Samarbejdsmodellen er højt, og de har væsentlig mere kontakt til sundhedsområdet end befolkningen generelt. De registerbaserede tal må desuden formodes at dække over væsentlige mørketal, idet de i sagens natur alene kan vise hvor mange borgere, der faktisk har henvendt sig og/eller modtaget hjælp. Herudover må der formodes at være en del borgere i målgruppen, som af forskellige årsager ikke henvender sig, selvom de har behov for, og er berettiget til, hjælp. To år før indsatsstart havde en borger i Samarbejdsmodellen gennemsnitligt ca. 7 ambulante besøg i somatikken, var indlagt 3,5 dage og havde ca. 17 kontakter til almen praksis årligt, jf. Tabel 10.3.

**Tabel 10.3****Gennemsnitligt forbrug af udvalgte ydelser på sundhedsområdet sammenlignet med befolkningen**

| Ydelse                             | Borgere i Samarbejdsmodellen | Befolkningen (50-75 år) |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Antal ambulante besøg i somatikken | 7,1                          | 2,3                     |
| Antal dage indlagt i somatikken    | 3,5                          | 0,5                     |
| Antal kontakter til almen praksis  | 17,2                         | 8,4                     |

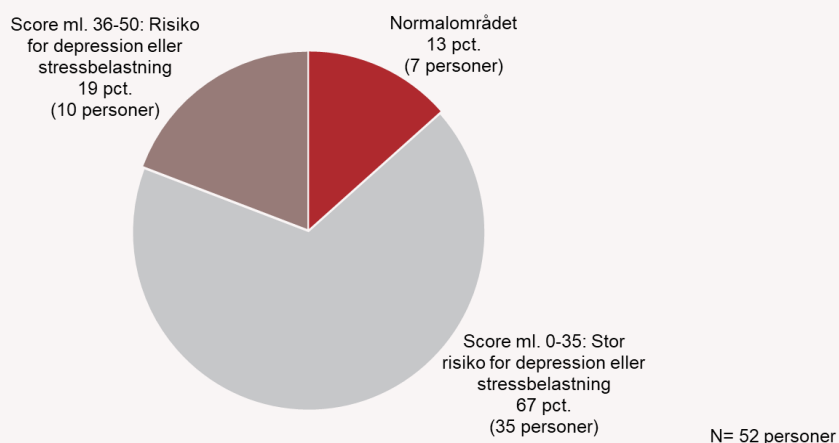
Anm.: For borgere i indsatsen er aktiviteten opgjort for hele det kalenderår, der ligger to år forud for borgerens start i indsatsen. For befolkningen er aktiviteten opgjort for 2022.

Kilde: Egne beregninger på data fra Social-og Boligstyrelsen og Danmarks Statistiks registerdata.

Sammenlignes borgerne i Samarbejdsmodellens kontakt til sundhedsområdet med befolkningens (50-75 år), så er det tydeligt, at målgruppen har langt hyppigere kontakt til både somatikken og almen læge. En borger i Samarbejdsmodellen haft ca. tre gange så mange ambulante besøg i somatikken og har været dobbelt så meget i kontakt med almen praksis sammenlignet med befolkningen (50-75 år). Dette indikerer, at målgruppen er særligt belastet helbredsæssigt og oplever aldersvækkelse før andre ikke-udsatte borgere.

## 10.5 Borgerne er trivselsbelastede

Vi undersøger borgeres trivsel ved brug af måleredskabet WHO-5. Se Boks 5.2, s. 27 for mere information. Der er en høj andel af borgere, som ved opstart i indsatsen er meget trivselsbelastede. Næsten 9 ud af 10 borgere er i risiko for depression og stressbelastning, heraf er 67 pct. i stor risiko med en trivselsscore på 35 eller derunder, jf. Figur 10.7. Kun 13 pct. af borgerne har en trivselsscore på 50 eller derover, der betragtes som værende inden for normalområdet (Sundhedsstyrelsen, 2017).

**Figur 10.7****Andel borgere fordelt på trivselsscore ved opstart**

Kilde: Spørgeskemadata

## 10.6 De anvendte registerdata

Karakteristikken af borgerne i indsatsen er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik samt spørgeskemadata fra første måling blandt borgerne. I Tabel 10.4 ses en oversigt over rapporterede målgruppekaraktistika og hvordan disse er opgjort.

**Tabel 10.4**

**Oversigt over afgræsning af registerdata på indsatsens målgruppe**

| Variable                                    | Opgørelsesmetode                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alder                                       | Opgjort på baggrund af borgerens fødselsdato i Befolkningsregistret (BEF).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Køn                                         | Opgjort på baggrund af Befolkningsregistret (BEF) pr.31/12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Etnicitet                                   | Opgjort på baggrund af Befolkningsregistret (BEF) pr.31/12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Bopælsstatus                                | Opgjort på baggrund af Befolkningsregistret (BEF) pr.31/12. Der er anvendt oplysninger om antal personer i husstanden (ANTPERSH).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Antal børn                                  | Opgjort på baggrund af Befolkningsregistret (BEF) pr.31/12. Der er anvendt oplysninger om, hvorvidt borgeren i Befolkningsregistret er registreret som enten far eller mor (FAR_ID og MOR_ID).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Uddannelsesniveau                           | Opgjort på baggrund af Uddannelsesregistret (UDDA) pr. 30/09. De enkelte uddannelseskoder grupperes efter uddannelsesniveau og kategori ved hjælp af de overordnede klassifikationsværktøj DISCED-15.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Forsørgelsesstatus                          | <p>Opgjort i uge 48 på baggrund af ugentlige ydelsesoplysninger fra DREAM. Der er lavet gruppering af flere ydelser i henhold til nedenstående:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontanthjælp mv.: Kontanthjælp, uddannelseshjælp, jobklar integrationsydelse, integrationsydelse, kontanthjælp under integrationsloven</li> <li>Dagpenge mv.: Dagpenge, sygedagpenge, barselsdagpenge, supplerende dagpenge, særlig uddannelsesydelse, arbejdsmarkedsydelse, kontantydelse, 6-ugers-selvvalgt uddannelse, servicejob, voksenlærlinge, rotationsvikarer, sygedagpenge under fleksjob.</li> <li>Øvrige: Efterløn, fleksydelse, revalidering, seniorpension, tidlig pension, ressourceforløb, jobafklaring, SU, VUS/SVU, fleksjob/ledighedsydelse</li> <li>Ikke offentlig forsøget: Ordinær beskæftigelse, selvforsørgelse</li> </ul>                                                     |
| Ydelser på social- og eller sundhedsområdet | <p>Opgjort på baggrund af følgende registre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Landspatientregistret (LPR)</li> <li>Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne (HANDIC)</li> <li>Ventetider for Behandlingsgaranti af Stofmisbrugere (SMDB_VBGF)</li> <li>Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)</li> <li>Herberger og forsorgshjem (HERB_FORSORG_MV_F)</li> </ul> <p>Indlæggelser og ambulante ophold er opgjort på baggrund af personens sygehusophold. Sygehusopholdet er konstrueret ved at sammenkoble kontakter med op til 4-timers mellemrum til ét samlet ophold. Sygehusophold med en varighed på 12 timer eller derover er defineret som en indlæggelse, og ophold under 12 timer er defineret som et ambulant ophold, jf. Sundhedsdatastyrelsens definition.</p> <p>Socialpædagogisk støtte er afgrænset til følgende ydelser efter lov om social service:</p> |

- Socialpædagogisk støtte i eget hjem (§ 85)
- Gruppebaseret hjælp og støtte (§ 82a)
- Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte (§ 82b)

Personer, der har været i anonym eller privat betalt stofmisbrugsbehandling, indgår ikke i opgørelsen over 'misbrugsbehandling'. For alkoholbehandling er der kun tilgængelige data til og med 2020. Personer, der har modtaget alkoholbehandling i perioden 2021-2023, er derfor ikke medtaget i opgørelsen over 'misbrugsbehandling'.

Gennemsnitligt forbrug af udvalgte ydelser på sundhedsområdet sammenlignet med befolkningen

Opgjort på baggrund af Landspatientregistret (LPR) og Sygesikringsregistret (SSSY).  
Kontakt til almen praksis er afgrænset til kontakter med specialekode 70-90 (SPEC2).

## Bilag B - Metode

I dette bilag præsenterer og diskuterer vi evalueringens datagrundlag og metoder samt hvilken analysestrategi, vi har benyttet i hhv. resultat- og implementeringsevalueringen. Vi beskriver desuden, hvordan vi har udviklet de fidelitetskriterier, som danner udgangspunkt for implementeringsevalueringen.

Indledningsvis præsenterer vi rammen og konteksten for den afsluttende evaluering, herunder kommer vi ind på, hvordan vi som evaluører har bidraget til udviklingen af Samarbejdsmodellens kerneelementer og Indsatsteori. Hensigten er at sikre gennemsigtighed, så læseren kender konteksten for evalueringen og evaluators rolle.

### 10.7 Modning af Samarbejdsmodellen

I evalueringen har vi fulgt Social- og Boligministeriets Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats<sup>5</sup>. Initiativet befinder sig i modningsfasen, hvilket betyder, at evalueringen både skal bidrage formativt til udvikling af indsatsen og summativt give en afsluttende vurdering af Samarbejdsmodellen (Socialstyrelsen, 2022). Denne rapport udgør den skriftlige afrapportering af slutevalueringen.

Den Samarbejdsmodel som evalueres, er tidligere udviklet til unge, og har vist positive resultater for denne målgruppe (Socialstyrelsen, 2018; Rambøll, 2017). Antagelsen er, at en videreudvikling af modellen også vil kunne gavne målgruppen af ældre i udsatte positioner med komplekse problemer. Modningsfasen har derfor først og fremmest handlet om at udvikle Samarbejdsmodellen til en ny målgruppe. Dette er gjort i tæt samarbejde med tre projektkommuner og to kontorer i Social- og Boligstyrelsen; Udsatte Voksne, som har haft den overordnede projektledelse i modningsinitiativet, og Data og Analyse, som har haft ansvaret for evalueringen.

#### 10.7.1 En tilpasnings- og en pilotafprøvningsfase

I beskrivelsen af initiativet var det angivet, at modningen af Samarbejdsmodellen skulle bestå af en periode med udvikling og tilpasning af modellen og derefter en pilotafprøvning. I tilpasningsfasen (2021-2023) blev modellens kerneelementer og indsatsteori derfor udviklet og tilpasset med afsæt i en formativ evaluering, som beskrives nærmere nedenfor. Fra begyndelsen af 2023 og frem til efteråret 2024 har de tre projektkommuner arbejdet ud fra den tilpassede Samarbejdsmodel. Det er den tilpassede version af Samarbejdsmodellen, som genstand for slutevalueringen.

---

<sup>5</sup> Læs mere om Udviklings- og Investeringsprogrammet her <https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-data/virksomme-indsatser/udviklings-og-investeringsprogrammerne-uip> og Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats her <https://sm.dk/publikationer/2022/jun/strategi-for-udvikling-af-den-sociale-indsats>

**Figur 10.8**  
**Tilpasnings- og pilotafprøvningsfasen**



Modningen af indsatsen er foregået med afsæt i formativ evaluering. Gennem fortløbende dataindsamling og feedback til projektkommunerne har evalueringen givet systematiske input til revidering og tilpasning af indsatsbeskrivelsen. Som evaluører har vi løbende igennem den fireårige projektperiode indsamlet kvantitative data på borgerniveau og kvalitative data i form af interviews med borgere, projektledere, koordinatore og ledere (jf. Tabel 3.1 i Kapitel 3). Dataindsamlingen har i den formative fase haft fokus på projektkommunernes praktiske erfaringer med at implementere Samarbejdsmodellens kerneelementer. Særligt gennem interviews med projektkommunerne, har vi fået indblik i, hvordan projektkommunerne har arbejdet med indsatsbeskrivelsen og hvilke tilpasninger, der har været nødvendige med henblik på, at modellen kan fungere i en kommunal praksis. Interviews med borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen, har bidraget med indsigt i, hvordan borgerne oplever kommunens udmøntning af den indsats, der skal hjælpe dem. På denne baggrund har evalueringen, gennem systematisk dataindsamling og analyse, løbende kunnet give konkrete input til justering af Samarbejdsmodellens kerneelementer. Disse input er givet som oplæg på møder og workshops med projektkommunerne, både lokalt og tværgående, og som feedback til projektledelsen for initiativet, i Social- og Boligstyrelsen. Evaluatør har ligeledes givet input til projektledelsens skriftlige revidering af Indsatsbeskrivelse og Metodehåndbog, herunder forslag til konkrete ændringer af de enkelte kerneelementer i Samarbejdsmodellen. Undervejs har vi sammen med projektledelsen og projektkommunerne foretaget en afvejning af, om de kerneelementer, indsatsen består i, tilsammen er tilstrækkelige og nødvendige for at løse det problem, indsatsen er til for, jf. SUSI 2.0 (Socialstyrelsen, 2022).

Konkret er Samarbejdsmodellen undervejs revideret fra de oprindelige seks kerneelementer: En ansvarlig tværgående koordinator, Tværfagligt team om borgeren, Tværfaglige møder med borgeren i centrum, Forpligtende aftaler om mål og handlinger, Resultater dokumenteres, Tværgående ledergruppe, til fire kerneelementer i den endelige udgave.

Ovenstående er foregået i projektets tilpasningsfase, fra 2021 til primo 2023.

### 10.7.2 Den afsluttende evaluering

Slutevalueringen skal give grundlag for at vurdere om Samarbejdsmodellen er implementérbar, viser lovende resultater, om den er uforholdsmæssigt dyr og hvorvidt der blandt kommuner synes at være en efterspørgsel på en Samarbejdsmodel til ældre i socialt udsatte positioner. Formålet med evalueringen er således ikke at give sikker viden om indsatsens effekt. Samarbejdsmodellens effekt skal undersøges i et *afprøvnings*initiativ, hvis det er muligt at tilrettelægge et kontrolstudie.

I den resterende del af afsnittet beskrives de metoder og data, som er benyttet i den afsluttende evaluering.

## **10.8 Evalueringens kvantitative datagrundlag**

I dette afsnit beskrives evalueringens kvantitative datagrundlag, som består af henholdsvis stam- og aktivitetsdata samt spørgeskemadata. Disse data belyser borgernes forløb i Samarbejdsmodellen, herunder deres trivsel og recovery, deres oplevelse af samarbejdet med kommune samt graden af fidelitet i koordinatorens arbejde med kerneelementerne.

I evalueringens kvantitative datagrundlag har vi medtaget borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen, både før og under pilotafprøvningen. Det vil sige, at der i implementerings- og resultatevalueringen indgår borgere, som er startet i Samarbejdsmodellen, mens modellen fortsat har været under udvikling. Vores vurdering er, at de justeringer, som er foretaget undervejs i tilpasningsfasen, ikke har haft direkte indflydelse på borgerforløbene, men alene på organiseringen af indsatsen og på selve beskrivelsen af kerneelementerne i Indsatsbeskrivelsen. Vi vurderer derfor, at borgerne i al væsentlighed har modtaget samme forløb, uagtet om borgeren er startet før eller under pilotafprøvningen.

### **10.8.1 Stam- og aktivitetsdata**

De tre projektkommuner har registreret stam- og aktivitetsdata på alle borgere, der har været en del af Samarbejdsmodellen. Registreringerne af borgerne og deres forløb i Samarbejdsmodellen er foretaget fra primo 2022 til oktober 2024. I Boks 10.1 præsenteres et overblik over de data, der er registreret på borgerne i indsatsen. Disse data er dels indsamlet til brug for implementeringsevalueringen dels anvendt i den økonomiske analyse.

### Boks 10.1

#### Oversigt over registreret stam- og aktivitetsdata

| Stamdata                                                                                                                                                      | Aktivitetsdata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Opstartsregistreringer</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• CPR-nummer</li><li>• Navn</li><li>• Borgerens koordinator</li><li>• Startdato</li></ul> | <i>Opstartsregistreringer</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Har koordinator udarbejdet en netværkskortlægning (fx Netværkskort) sammen med borgeren?</li><li>• Har koordinator kortlagt borgerens indsatser sammen med borgeren?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Afslutningsregistreringer</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Slutdato</li><li>• Årsag til at indsatsen for borgeren afsluttes</li></ul>           | <i>Månedlige registreringer</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Samlet antal fysiske møder ml. borger og koordinator (både opstarts- og opfølgingsmøder)</li><li>• Sammenlagt varighed af møder ml. borger og koordinator (timer, eksklusiv transport)</li><li>• Antal tværfaglige møder (denne måned)?</li><li>• Sammenlagt varighed af tværfaglige møder (timer denne måned eksklusiv transport)</li><li>• Har borgeren valgt, hvem der inviteres til at deltage på det tværfaglige møde?</li><li>• Har borgeren været med til at formulere dagsordenen på det/de tværfaglige møder?</li><li>• Har borger og deltager på mødet udfyldt Mål- og aftaleskema sammen?</li><li>• Har koordinator fulgt op på, om deltagerne gør det, der er aftalt, jf. Mål- og aftaleskema?</li><li>• Sammenlagt tidsforbrug til forberedelse og opsamling på møder (ml. koordinator og borger samt tværfaglige netværksmøder) (timer)</li><li>• Eventuelle kommentarer til månedens mødeaktiviteter</li></ul> |

På tværs af de tre projektkommuner, er der i alt registreret 80 borgere, som har deltaget i projektet. En tredjedel af disse borgere var fortsat i et forløb ved dataindsamlingens afslutning, jf. Tabel 10.5.

**Tabel 10.5**

**Antal igangværende og afsluttede forløb ved dataindsamlingens afslutning**

|                     |    |
|---------------------|----|
| Igangværende        | 29 |
| Afsluttet           | 51 |
| Antal borgere i alt | 80 |

Kilde: Stam- og aktivitetsdata

Blandt de borgere, som har afsluttet et forløb i Samarbejdsmodellen, er knap to ud af fem registreret som gennemført. Tre ud af fem borgere er således blevet afsluttet i Samarbejdsmodellen, uden at koordinatoren mener, de har gennemført forløbet. Læs mere herom i afsnit 4.1.

### 10.8.2 Indsamling af spørgeskemadata og svarprocenter

Spørgeskemadata er indsamlet i projektperioden med henblik på at undersøge borgernes progression i trivsel, personlig recovery, støtte til recovery samt om borgerne oplever inddragelse, handling og opfølgning i deres samarbejde med kommunen.

#### 10.8.2.1 *Dataindsamling*

Projektkommunerne har assisteret med indsamlingen af spørgeskemadata blandt borgerne. De fleste borgere har derfor fået hjælp til at logge på computer eller iPad, hvorefter de så vidt muligt har besvaret spørgeskemaet uden hjælp fra koordinator. Nogle borgere har fået læst spørgsmålene højt af koordinatoren, hvorefter borgeren selv har angivet svaret. Vores indtryk er, at koordinatorene har gjort, hvad de kunne, for at lade borgerne svare så ærligt som muligt.

Frem til pilotafprøvningen har borgerne så vidt muligt udfyldt spørgeskemaet ved opstart i indsatsen og derefter hvert halve år. I pilotafprøvningen har borgerne skullet udfylde spørgeskemaet hver tredje måned efter opstartsmålingen. I praksis har koordinatorene haft svært ved konsekvent at følge disse retningslinjer, og der er derfor i nogle tilfælde gået enten kortere eller længere tid imellem borgernes besvarelser. I nogle tilfælde er opstartsmålingen blevet lavet uforholdsmæssigt lang tid efter, at borgeren er startet i indsatsen. Dette skyldes ifølge koordinatorene blandt andet, at der har været forhold i borgernes liv, som skulle håndteres akut, hvilket betød at spørgeskemabesvarelsen blev nedprioriteret. I de borgerforløb, hvor vi har vurderet, at der er gået for lang tid eller har været for mange møder mellem borger og koordinator inden første besvarelse, er borgerens besvarelser ikke medtaget i de endelige analyser. Dette uddybes i næste afsnit.

#### 10.8.2.2 *Svarprocenter*

Analysen i resultatevalueringen er baseret på 34 borgeres spørgeskemabesvarelser. Blandt de 34 borgere, som indgår i den endelige analyse, har der i gennemsnit været afholdt 1,1 møde mellem borger og koordinator, før den første måling har fundet sted, og de har alle haft minimum et tværfagligt netværksmøde.

Der er i alt frasorteret 46 ud 80 borgere, som er registreret i Samarbejdsmodellen. 37 borgere er ekskluderet, da de ikke har svaret på opstartsspørgeskemaet eller kun har besvaret spørgeskemaet én gang, hvormed det ikke har været muligt at følge deres udvikling.

De 43 tilbageværende borgere har dermed besvaret spørgeskemaet minimum to gange, med tre eller flere måneders mellemrum. Med henblik på at øge validiteten i analysen, har vi valgt at ekskludere yderligere 9 borgere.

Enkelte af disse er ekskluderet, fordi de forud for deres første besvarelse af spørgeskemaet, har haft mere end fem møder med koordinator, eller deltaget på ét eller flere netværksmøder. Vores hypotese er, at borgerne efter så mange møder med koordinator og/eller deltagelse på et tværfagligt netværksmøde, allerede vil have oplevet en eventuel udvikling i trivsel eller recovery. Første måling kan derfor ikke længere bruges som baseline.

De sidste borgere som er ekskluderet fra analysen, fordi de ikke har deltaget i nogen tværfaglige netværksmøder, mellem deres opstartsmåling og den senest registrerede opfølgingsbesvarelse. De tværfaglige netværksmøder og de indledende møder mellem borger og koordinator, hvor borgerens netværk og indsatser kortlægges og håb og drømme italesættes, udgør de mest grundlæggende elementer i Samarbejdsmodellen. Vores vurdering er, at borgere som ikke er nået til planlægning og gennemførelse af minimum et tværfagligt netværksmøde, ikke har "modtaget indsatsen". Vi kan derfor ikke argumentere for, at en eventuel målbar udvikling hos borgeren, har sammenhæng med Samarbejdsmodellen, hvorfor de ikke medtages i analysen.

### 10.8.3 Redskaber til afdækning af resultatomål i spørgeskema

I Boks 10.2 fremgår en beskrivelse af de redskaber, der er anvendt til kvantitativt at afdække hvert af de forventede resultatomål, herunder hvordan data behandles.

#### Boks 10.2

##### Beskrivelse af de redskaber, der er anvendt til at afdække hvert af de forventede resultatomål.

| Resultat               | Redskab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trivsel                | <p><i>WHO-5</i>: Anvendes til at tegne et billede af borgernes trivsel, og måler graden af positive oplevelser via fem spørgsmål. Udsagnene beder personen forholde sig til, hvorvidt personen har følt sig tilpas i de seneste to uger. På en skala fra 0 til 5 (fra "på intet tidspunkt" til "hele tiden") bliver personen bedt om at vurdere følgende fem udsagn:</p> <p>I de sidste to uger...</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ... har jeg været glad og i godt humør</li><li>2) ... har jeg følt mig rolig og afslappet</li><li>3) ... har jeg følt mig aktiv og energisk</li><li>4) ... er jeg vågnet frisk og udhvilet</li><li>5) ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig</li></ol> <p>Der udregnes en samlet trivselsscore (0-100), hvor der ved en score; mellem 0-35 kan være stor risiko for depression eller stressbelastning, mellem 36-50 kan være risiko for depression eller stressbelastning. Ved en score på over 50 er der umiddelbart ikke risiko for depression eller stressbelastning.</p>                                              |
| Personlig recovery     | <p><i>Brief Inspire O</i>: Anvendes til at måle personlig recovery. Redskabet måler fem elementer i recovery. Elementerne betegnes CHIME, og de dækker over, om den unge oplever at være forbundet til andre og at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv. På en skala fra 1-4 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver borgeren bedt om at vurdere følgende fem udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Jeg føler mig støttet af andre mennesker</li><li>2) Jeg har håb og drømme om fremtiden</li><li>3) Jeg har det godt med mig selv</li><li>4) Jeg gør ting, som betyder noget for mig</li><li>5) Jeg føler, at jeg har kontrol over mit liv.</li></ol> <p>Der udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100 på baggrund af den unges besvarelse af de fem spørgsmål. Jo flere points jo højere personlig recovery.</p>                                                                                                                                                                                                       |
| Recovery støtte        | <p><i>Brief Inspire</i>: Anvendes til at måle borgernes oplevelse af at være støttet i deres recovery-proces. Redskabet måler fem elementer i recovery. Elementerne betegnes CHIME, og de dækker over, om borgeren oplever at være forbundet til andre og at have håb for fremtiden, en positiv identitet samt mening i livet og kontrol over eget liv. På en skala fra 1-4 (fra 'slet ikke' til 'rigtig meget') bliver borgeren bedt om at vurdere følgende fem udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Min koordinator hjælper mig til at føle mig støttet af andre mennesker</li><li>2) Min koordinator hjælper mig med at have håb og drømme for fremtiden</li><li>3) Min koordinator hjælper mig med at have det godt med mig selv</li><li>4) Min koordinator hjælper mig med at gøre ting, som betyder noget for mig</li><li>5) Min koordinator hjælper mig med at føle, at jeg har kontrol over mit liv</li></ol> <p>Der udregnes et samlet pointtal mellem 0 og 100 på baggrund af den unges besvarelse af de fem spørgsmål. Jo flere points jo højere personlig recovery.</p> |
| Inddragelse            | <p>Borgernes oplevelse af om inddragelse undersøges via ét spørgsmål. På en skala fra 1-5 (fra "Helt uenig" til "Helt enig") bliver borgeren bedt om at erklære graden af enighed i følgende udsagn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg oplever, at der bliver lyttet til mig på møderne med kommunen</li></ul> <p>Der rapporteres andel af borgere inden for hver svarkategori.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Aftaler                | <p>Borgernes oplevelse af, om aftaler mellem borger og kommune overholdes, undersøges via ét spørgsmål. På en skala fra 1-5 (fra "Helt uenig" til "Helt enig") bliver borgeren bedt om at erklære graden af enighed i følgende udsagn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg oplever, at kommunen overholder de aftaler, vi laver</li></ul> <p>Der rapporteres andel af borgere inden for hver svarkategori.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Samarbejde om borgeren | <p>Borgernes oplevede samarbejde med kommunen undersøges via ét spørgsmål. På en skala fra 1-5 (fra "Helt uenig" til "Helt enig") bliver borgeren bedt om at erklære graden af enighed i følgende udsagn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg oplever, at de forskellige afdelinger i kommunen samarbejder for at hjælpe mig</li></ul> <p>Der rapporteres andel af borgere inden for hver svarkategori.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 10.9 Evalueringens kvalitative datagrundlag

Evalueringens kvalitative datagrundlag består af interviews med borgere, koordinatore, projektledere, ledere fra de tværgående ledergrupper og medarbejdere, som har deltaget på ét eller flere tværfaglige netværksmøder i Samarbejdsmodellen. Den største andel af interviewene er foretaget fysisk hjemme ved borgeren eller i lokaler stillet til rådighed af de enkelte projektkommuner. En mindre del af interviewene med fagprofessionelle og ledere, er foretaget virtuelt over Zoom eller telefonisk.

Interviewene har overvejende haft to forskellige formål. I tilpasningsfasen fra projektets start i 2021 og frem til begyndelsen af 2023, var formålet med de forskellige interviews primært at afdekke projektkommunernes erfaringer med implementeringen af Samarbejdsmodellen, til brug for udvikling og revidering af modellens kernelementer. I pilotafprøvningsfasen fra primo 2023 og frem til efteråret 2024 har interviewene haft til formål at belyse, i hvilken udstrækning det er lykkedes projektkommunerne at implementere Samarbejdsmodellen og hvordan, samt hvilke virkninger og resultater projektdeltagere og borgere tilskriver Samarbejdsmodellen. Viden fra interviewene er således anvendt både som input til justeringer af indsatsbeskrivelse og kernelementer samt til besvarelse af indsatssteoriens resultatmål i forskellige grader af triangulering med de kvantitative data.

I det første år af projektperioden, handlede projektet primært om planlægning og forberedelse, herunder at få etableret et tæt samarbejde med projektkommunerne. Først fra projektets andet år, i begyndelsen af 2022, er projektkommunernes praktiske arbejde med at implementere Samarbejdsmodellen påbegyndt, og borgerne er gradvist blevet opsporet og rekrutteret. De første interviews til evalueringen, blev derfor gennemført i foråret 2022, dvs. i år 2 af projektperioden.

### 10.9.1 Informanterne

Informanterne repræsenterer de tre projektkommuner, jf. Boks 10.3. Alle informanter er rekrutteret med hjælp fra projektledere og koordinatore i de enkelte projektkommuner. I den afsluttende implementerings- og resultatanalyse, er der både inddraget interviews med borgere fra år 3 og 4, mens interviewene med koordinatore, projektledere, deltagere i de tværfaglige netværksmøder og ledergrupper alene stammer fra 2024.

**Boks 10.3:****Overblik over gennemførte interviews**

|                                             | Interviews år 2 og 3<br>(april 2022 - marts 2023)                                                                                                                               | Afslutningsinterviews år 4<br>(April-november 2024)                                                                                                                         | Omkostningsinterviews<br>(sept. 2023, sept. 2024)                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Borgere</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 informanter</li> <li>• 9 Individuelle interviews</li> <li>• Varighed: 30-60 minutter</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 informanter</li> <li>• Individuelle interviews</li> <li>• Varighed: 30-60 minutter</li> </ul>                                    |                                                                                                                                                                                 |
| <b>Koordinatorer og projektledere</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 26 informanter</li> <li>• 12 fokusgruppeinterview,</li> <li>• 7 individuelle interviews</li> <li>• Varighed: 30-60 minutter</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 informanter</li> <li>• 2 fokusgruppeinterview,</li> <li>• 3 individuelle interviews</li> <li>• Varighed: 90 minutter</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 informanter i hhv. 2023 og 2024</li> <li>• 3 individuelle interviews i hhv. 2023 og 2024</li> <li>• Varighed: 90 minutter</li> </ul> |
| <b>Kommunale deltagere på netværksmøder</b> |                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 informanter</li> <li>• 3 gruppeinterviews</li> <li>• Varighed: 90 minutter</li> </ul>                                           |                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tværgående ledergrupper</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 informanter</li> <li>• Enkeltinterviews</li> <li>• Varighed: 60 minutter</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 informanter</li> <li>• Tre fokusgruppeinterviews</li> <li>• Varighed: 90 minutter</li> </ul>                                    |                                                                                                                                                                                 |

Anm. Antallet af informanter i rækken med koordinatorer og projektledere dækker over, at nogle er interviewet to gange

**10.9.1.1 Borgere**

Vi har i alt interviewet 16 borgere i projektperioden. Én borger har både deltaget i interview i år 3 og 4 og én borger er blevet interviewet med deltagelse af en pårørende. Ud af de 16 borgere, er seks kvinder og ti mænd. Borgerne har på interviewtidspunktet typisk været med i Samarbejdsmodellen i flere måneder.

Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt de interviewede borgere er repræsentative for målgruppen af borgere, som har deltaget i Samarbejdsmodellen generelt. Vi har bedt koordinatorer og projektledere om at udvælge borgere, som tilsammen repræsenterer bredden i målgruppen, og som samtidig havde lyst til at fortælle os om deres oplevelse med projektet.

Når det gælder kompleksiteten og karakteren af de interviewede borgeres udfordringer, vurderer vi, at de ligner den øvrige målgruppe godt. Der er heller intet, som tyder på, at de interviewede borgere er udvalgt blandt særligt positive eller negative deltagere. Borgerne, vi har talt med, har både haft gode og dårlige erfaringer, været overvældende positive såvel som overvejende negative, og der har været store forskelle imellem deres forløb og i deres kognitive evner. Vi har talt med borgere fra alle tre projektkommuner.

**10.9.1.2 Koordinatorer og ledere**

Vi har i alt afholdt 3 fokusgruppeinterviews med koordinatorerne i hver kommune<sup>6</sup>, 6 enkeltinterviews med projektlederne i hver kommune og 3 fokusgruppeinterviews med ledere fra hver af de tre tværgående ledergrupper. Der har været en vis udskiftning af koordinatorer og ledere, hvormed deltagerne har talt ud fra forskellige erfaringsniveauer.

Ambitionen har været at interviewe alle koordinatorer, projektledere og ledere fra de tværgående ledergrupper, der har deltaget i projektet i projektkommunerne. Med undtagelse af enkelte aflysninger på grund af sygdom eller travlhed er dette lykkedes. Vores vurdering er derfor, at koordinator-, projektleder- og lederinterviews er repræsentative.

<sup>6</sup> I den ene kommune blev ét af de tre fokusgruppeinterviews med koordinatorer, afløst af et interview med projektlederen, som på dette tidspunkt også fungerede som den eneste koordinator.

### **Interviewguides**

Evalueringsinterviews er udført med semistrukturerede interviewguides, som var inddelt i temaer, der tog udgangspunkt i indsatsens kerneelementer og forventede resultater. Der er udarbejdet forskellige interviewguides til de seks informantgrupper, og interviewspørgsmålene er blevet tilpasset til hhv. den formative og summative evaluering.

### **Transskribering**

Alle interviews er fuldtransskriberet. Transskriberingen er foregået ved at anvende transskriberingssoftwaren *Whisper*, hvorefter transskriberingen er redigeret og kontrolleret af medarbejdere i Social- og Boligstyrelsen. Omkostningsinterviewene er ikke fuldtransskriberet. Her er der i stedet taget grundige notater undervejs i interviewene.

### **Kodning og analyse af interviews**

Den kvalitative analyse er gennemført med udgangspunkt i en framework-tilgang, hvor vi har kodet og analyseret data med udgangspunkt i en opstillet framework-matrice. De enkelte interviews er kodet med udgangspunkt i evalueringsspørgsmål og kerneelementer samt indsats teori, der ligeledes har været udgangspunkt for udarbejdelsen af den anvendte matrice i Excel.

Alle interviews er blevet systematisk kodet inden analyse. Der har været separate kodestrategier for interviews med kommunale informanter og borgere, idet de har været anvendt til at besvare forskellige evalueringsspørgsmål. Kodningen er foretaget i Excel og har primært været af deduktiv karakter.

I udarbejdelsen af framework-matricen har vi taget udgangspunkt i Dahler-Larsens (2008) tre grundregler i kvalitativ metode: Autenticitet, inklusion og transparens. De tre grundregler har været gennemgående i den kvalitative analyse for at sikre gennemsigtighed i analysearbejdet, dækning for de analytiske konklusioner og kobling til dataindsamlingen. De kvalitative interviewdata er således analyseret med udgangspunkt i de udarbejdede framework-matricer og videre igennem en skriftlig tematisering og formidling af de kvalitative data i evalueringsrapporten. Efter analytisk kodning og bearbejdning af de kvalitative interviews, er de kvalitative pointer af-rapporteret og konkrete citater udvalgt til eksemplificering af de forskellige tematiske analysekoder. Inklusion af de udvalgte citater i rapporten supplerer analysen med autentiske eksempler på aktørernes oplevelser og vurderinger med deres egne ord. Konkrete udsagn, der er gengivet som citater, præsenteres med let bearbejdning af meningsforstyrrende konstruktioner eller talefejl, men under hensyntagen til autentisk gengivelse af interviewpersonens ordvalg.

## **10.10 Fidelitetskriterier og implementeringsanalyse**

Samarbejdsmodellen er beskrevet i en materialepakke bestående af en Indsatsbeskrivelse og Metodehåndbog. Materialepakken udgør tilsammen den fulde beskrivelse af Samarbejdsmodellen, og af hvordan man i en kommune arbejder systematisk med en helhedsorienteret og sammenhængende indsats til målgruppen.

Ud fra Indsatsbeskrivelse og Metodehåndbog har vi i evalueringen af Samarbejdsmodellen udviklet såkaldte fidelitetskriterier for hvert af Samarbejdsmodellens fire kerneelementer. I Tabel 10.6 herunder gengives de fidelitetskriterier, som vi har struktureret implementeringsevalueringen efter. Det er på baggrund af disse kriterier, at vi vurderer om Samarbejdsmodellen er implementeret og i sidste ende, hvorvidt den er mulig at implementere andre steder.

**Tabel 10.6**  
**Fidelitetskriterier**

| Kerneelementer                                                                        | Fidelitetskriterier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kerneelement 1: En ansvarlig tværgående/gennemgående koordinator                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgeren har en fast koordinator tilknyttet</li> <li>Samtale om borgerens ønsker, håb og drømme for fremtiden i opstartsfasen</li> <li>Borger og koordinator har sammen kortlagt borgeren netværk og indsatser</li> <li>Borger og koordinator har sammen formuleret dagsordenen, som forberedelse til det tværfaglige netværksmøde</li> <li>Borger og koordinator har sammen besluttet hvem, der skal inviteres til netværksmødet</li> </ul> |
| Kerneelement 2: Tværfaglige Netværksmøder med borgeren i centrum                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinator indkalder og forbereder deltagere til det tværfaglige netværksmøde</li> <li>Der er afholdt det nødvendige antal tværfaglige netværksmøder</li> <li>Koordinator faciliterer det tværfaglige netværksmøde, og sikrer at borgerens dagsorden følges</li> </ul>                                                                                                                                                                      |
| Kerneelement 3: Opfølgning og dokumentation på borgerens aftaler om mål og handlinger | <ul style="list-style-type: none"> <li>Der er udarbejdet mål og aftaler for, hvordan borgeren bedst understøttes i at opnå egne drømme og mål</li> <li>Opfølgningsmøder mellem Koordinator og borger hvor koordinator samler op på det tværfaglige netværksmøde og sikrer, at borger kan godkende mål og aftaler, inden disse sendes ud til deltagerne</li> <li>Mellem tværfaglige møder følger koordinator op på, om alle leverer det aftalte</li> </ul>                           |
| Kerneelement 4: Tværgående ledergruppe                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Den tværgående ledergruppe består af ledere fra de sektorer, forvaltninger og afdelinger, der indgår i samarbejdet om indsatsen</li> <li>Den tværgående ledergruppe understøtter det tværfaglige samarbejde og indsatsen gennem organisering af et forpligtende samarbejde - også med inddragelse af sundhedsområdet</li> <li>Den tværgående ledergruppe prioriterer de nødvendige ressourcer til Samarbejdsmodellen</li> </ul>              |

## Bilag C – Eksempel fra økonomisk analyse

**Tabel 10.7**  
Eksempel på medarbejdere og aktiviteter relateret til Samarbejdsmodellen

|                                                             |                                            |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medarbejdere</b>                                         |                                            |                                                                                                             |
| Projektleder                                                | 15-32 timer om ugen i implementeringsfasen |                                                                                                             |
| Koordinatorer                                               | 11 timer om ugen i implementeringsfasen    | 3-4 aktive borgerforløb ad gangen                                                                           |
| <b>Aktiviteter</b>                                          |                                            |                                                                                                             |
| Styregruppemøder                                            | 1 møde i kvartalet á 1-2 timer             |                                                                                                             |
| Tværgående ledergruppemøder                                 | 1 møde i kvartalet á 1-2 timer             |                                                                                                             |
| Koordinatormøder                                            | 1-3 møder i måneden á 1,5-2 timer          |                                                                                                             |
| Workshops                                                   | 1-2 gange årligt á ½-1 dag                 | Fokus på organisering, samarbejde, faglig udvikling og særlige udviklings- og fokusområder                  |
| Samarbejds møder/informationsmøder/<br>projektkommunikation |                                            | Udbrede kendskabet til og viden om Samarbejdsmodellen med henblik på opsporing og at klæde mødedeltagere på |

Kilde: Projektkommunerens oplysninger



Social- og Boligstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00

[www.sbst.dk](http://www.sbst.dk)