



**Socialstyrelsen**

# Et godt ældreliv for socialt udsatte gennem tilpasning af Samarbejdsmodellen

Indsatsbeskrivelse version 0

Maj 2021

---

**Viden til gavn**

Publikationen er udgivet af  
Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

# Indhold

<b>1 Baggrund for indsats</b> .....	<b>2</b>
1.1 Formål med indsats .....	2
1.2 Målgruppe for indsats .....	2
1.2.1 Hvem er målgruppen .....	2
1.2.2 Målgruppe og behov .....	3
<b>2 Samarbejdsmodellen</b> .....	<b>4</b>
2.1 Forløbet i praksis .....	6
2.1.1 Borgerens forløb .....	6
2.1.2 Understøttende redskaber i Samarbejdsmodellen .....	12
2.2 Samarbejdsmodellens kerneværdier .....	7
2.2.1 Recovery-orienteret tilgang .....	7
2.2.2 Sammenhængende og helhedsorienteret indsats gennem øget koordinering .....	7
2.2.3 Øget ejerskab hos borgeren og det tværfaglige team .....	8
2.3 Samarbejdsmodellens kerneelementer .....	8
2.3.1 En ansvarlig tværgående koordinator .....	8
2.3.2 Tværfagligt team om borgeren .....	9
2.3.3 Tværfaglige møder med borgeren i centrum .....	10
2.3.4 Forpligtende aftaler om mål og handlinger .....	10
2.3.4 Resultater dokumenteres .....	11
2.3.6 Tværgående ledergruppe .....	11
<b>Referencer</b> .....	<b>14</b>

# 1 Baggrund for indsats

## 1.1 Formål og baggrund for indsats

### 1.1.1 Formål med indsats

Med denne indsats er formålet at anvende Samarbejdsmodellen til målgruppen af socialt udsatte ældre med komplekse problemer, der har behov for støtte på en række områder, som fx. somatisk og personlig pleje, omsorg fra kommune og civilsamfund, behandling af kommune og region. Indsatsen har til formål at kommunernes arbejde med socialt udsatte ældre kobles tættere sammen med indsatser, der kan varetage målgruppens eventuelle plejebehovet, den specialiserede pædagogiske indsats og koordineringen mellem social- og sundhedsområdet. At være ældre betyder i denne sammenhæng, at man oplever alderssvækkelse, hvilket for denne gruppe af borgere typisk vil optræde betydeligt før, f.eks. allerede fra 50-årsalderen, end for andre ikke-udsatte borgere.

At anvende Samarbejdsmodellen til målgruppen skal bidrage til at styrke koordinering af den samlede indsats for ældre socialt udsatte med komplekse problemer – herunder også samarbejdet mellem sundheds- og omsorgsområdet.

### 1.1.2 Baggrund for indsats

Socialt udsatte ofte har behov for pleje og omsorg i en tidligere alder, end andre. Komplexiteten i de ældre socialt udsattes situation medfører behov for samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer herunder samarbejde om indsatser, som målrettes flere behov hos den ældre samtidigt (Rambøll, 2020). Halvdelen af de danske kommuner oplever ret store eller meget store udfordringer i arbejdet med ældre socialt udsatte mennesker. Der opleves fx en mangel på indsatser, der kan varetage plejebehovet, den specialiserede pædagogiske indsats og koordineringen mellem social- og sundhedsområdet (VIVE, 2018). Denne indsats har til formål at imødekomme netop disse behov.

Samarbejdsmodellen er tidligere afprøvet til to forskellige unge-målgrupper henholdsvis unge med komplekse problemstillinger og støttebehov, som enten er i risiko for eller befinder sig i hjemløshed og unge, der er anbragt eller har været anbragt uden for hjemmet, og som har brug for en sammenhængende støtte til uddannelse og beskæftigelse. I begge tilfælde har erfaringerne med Samarbejdsmodellen og modellens underliggende kerneelementer vist sig at være nyttige. Modellen har blandt andet vist gode resultater i forhold til at styrke den tværgående koordinering omkring den unge, styrke at de unge får et bedre helhedsorienteret billede af deres egen situation og øge de unges tro på, at de kan få den støtte, de har brug for til at nå deres mål og drømme. Ved at anvende Samarbejdsmodellen til målgruppen af socialt udsatte ældre er det forventningen, at fordelene set ved Samarbejdsmodellen til unge kan overføres til projektets målgruppe.

## 1.2 Målgruppe for indsats

### 1.2.1 Hvem er målgruppen

Målgruppen for denne indsats er socialt udsatte ældre med komplekse problemer. Allerede i 50-årsalderen oplever socialt udsatte borgere alderssvækkelse. Den tidlige alderssvækkelse har sin årsag i den sociale udsathed (Rambøll, 2020). Målgruppen for projektet er derfor karakteriseret ved at være eller over en årrække at have været socialt udsatte. Dvs. at målgruppen har eller har haft sociale problemer i form af fx hjemløshed, misbrug og psykisk sårbarhed.

Målgruppen har typisk behov for støtte på en række forskellige områder. Det handler fx om pleje og praktisk hjælp, bolig, økonomi og arbejdsmarked, tværfaglige og koordinerende indsatser, vejledning, formidling og følgeskab, behandling, harm reduction og sygdomsmestring. Målgruppens behov fordrer ofte en koordineret løsning på tværs af sektorer.

Det er målet for indsatsen, at Samarbejdsmodellen kan tilgodese behovet for en koordineret indsats for borgerne, hvor borgerens mål og ønsker kan varetages via støtte fra et tværfagligt team omkring borgeren, der har fokus på at støtte borgeren bedst muligt.

Målgruppen for indsatsen skal være i stand til at indgå i, og profitere af, arbejdet med Samarbejdsmodellen. Det betyder konkret, at kompleksiteten af deres problemstillinger ikke må være så stor, at de reelt har behov for et særskilt tilbud i form af fx en plejehjemsplads eller omfattende bostøtte (herunder fx ACT).

Det er forventningen at borgerne i målgruppen kan være kendte i socialt- sundhedsmæssigt eller beskæftigelsesregi i kommunerne. Men en del af målgruppen er formentlig ikke kendt på tværs af de forskellige sektorer, hvilket betyder, at de ikke nødvendigvis får opfyldt de relevante behov for støtte.

### 1.2.2 Målgruppe og behov

Den seneste hjemløsetælling fra 2019 viser, at antallet af ældre i hjemløshed er stigende (VIVE, 2019). Flere undersøgelser viser samtidig, at socialt udsatte ældre har en markant højere sygelighed og dødelighed end resten af den danske befolkning. Dette skyldes ofte en kombination af flere faktorer som dårligere mental og fysisk sundhed, manglende trivsel, ensomhed, dårlige boligforhold, hjemløshed mv (Rådet for Socialt Udsatte, 2019). Årsrapporten fra Rådet for Socialt Udsatte understreger, at der i de fleste kommuner er et væsentligt potentiale for at igangsætte tiltag, der kan forbedre socialt udsattes vilkår (Rådet for Socialt Udsatte, 2019), hvilket formodes også at gælde indsatser til socialt udsatte ældre borgers vilkår.

Dertil oplever flere kommuner udfordringer med at skabe en helhedsorienteret indsats for udsatte borgere med udgangspunkt i den enkelte borgers perspektiv og behov, hvilket fremgår af en undersøgelse lavet af KL (KL, 2021). Ifølge KL er der et bredt ønske i kommunerne om at løse kommunens kerneopgave bedre, på en måde, hvor borgerens eget perspektiv får en central rolle og hvor der blandt andet arbejdes på at øge graden af egen mestring. Jf. ovenstående er der dermed et potentiale for at forbedre koordinering og tilbyde mere helhedsorienterede indsatser for de socialt udsatte. Dertil ønsker kommunerne indsatser, der bedre understøtter målgruppen og som sætter den socialt udsatte i centrum for eget forløb. Med dette projekt skal brugen af Samarbejdsmodellen til de socialt udsatte ældre med komplekse problemer netop være med til at opfylde de oplevede behov som kommunerne jf. ovenstående oplever i arbejdet med denne målgruppe.

En kortlægning udarbejdet af Rambøll i 2020 viser, at de behov, der særligt opleves hos målgruppen af socialt udsatte ældre med komplekse problemer, ligger inden for følgende syv kategorier (Rambøll, 2020)<sup>1</sup>:

1. Pleje og praktisk hjælp
2. Socialt netværk og støtte
3. Bolig, økonomi og arbejdsmarked
4. Tværfaglige og koordinerende indsatser
5. Vejledning, formidling og følgeskab

---

<sup>1</sup> Helt konkret kan det vise sig gennem behov for: Somatisk pleje, personlig pleje, praktisk hjælp, hjælp og støtte til mad og måltider, omsorg fra kommunen, omsorg fra civilsamfundet, efterværn fra kommunen, støtte og udvikling af sociale færdigheder, støtte og udvikling af praktiske færdigheder, rådgivning af kommunen, behandling af kommunen, behandling af regionen, understøttelse i at indgå i tandbehandling, akuttilbud og støtte i overgangen fra hospital, tilbud om overnatning, hjælp til anskaffelse af bolig.

6. Behandling, harm reduction og sygdomsmestring
7. Personalets kompetencer og opsøgende indsatser.

De særlige behov kan både skyldes, at borgerne et helt liv har levet i social udsathed, og/eller at borgerne først senere i voksenlivet har mistet fodfæstet på grund af fx skilsmisse, tab og/eller arbejdsløshed (Rambøll, 2020).

Borgere, der deltager i dette projekt, kan derfor forventes at opleve udfordringer og behov, der ligger inden for de syv kategorier. Med Samarbejdsmodellen er det målet, at det tværfaglige team omkring borgeren kan tilgodese ovenstående behov i det omfang, borgeren har et ønske om det. Dertil er målet at det tværfaglige team omkring borgeren kan hjælpe borgeren bedst muligt med dette ud fra et helhedsorienteret perspektiv.

## 2 Samarbejdsmodellen

Med initiativet tilpasses Samarbejdsmodellen til målgruppen af udsatte ældre med komplekse problemer. Målet med at anvende Samarbejdsmodellen til målgruppen er overordnet; *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

I dette projekt betyder det, at arbejdet med Samarbejdsmodellen forventes at bidrage til at øge den ældres psykiske, sociale og fysiske trivsel. Herunder at øge de ældre borgeres mestring og kontrol over eget liv og oplever en forbedring i deres livssituation.

Samarbejdsmodellen skal som metode overordnet sikre, at borgere i indsatsen modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som er tilpasset deres samlede situation, udfordringer og behov.

Samarbejdsmodellen er bygget op omkring seks kerneelementer, der til sammen danner fundamentet for modellen og bidrager til at understøtte, at indsatsens overordnede målsætning opnås. De seks kerneelementer er:

- 1) En ansvarlig tværgående koordinator
- 2) Tværfagligt team om borgeren
- 3) Tværfaglige møder med borgeren i centrum
- 4) Forpligtende aftaler om mål og handlinger
- 5) Resultater dokumenteres
- 6) Tværgående ledergruppe

Kerneelementerne uddybes senere i dette kapitel.

Samarbejdsmodellen bygger på tre kerneværdier, som til sammen danner den faglige baggrund for modellens kerneelementer. Kerneværdierne er det værdimæssige fundament

Samarbejdsmodellen står på og de værdier, kommunerne tilslutter sig, når de arbejder med modellens konkrete kerneelementer. De tre kerneværdier er:

- Recovery-orienteret tilgang
- Sammenhængende og helhedsorienteret indsats gennem øget koordinering
- Øget ejerskab hos borgeren og det tværfaglige team

Kerneelementerne uddybes senere i dette kapitel.

Ud over den overordnede målsætning for indsatsen er der opstillet underliggende målsætninger på hhv. borgerniveau og organisatorisk niveau. Disse underliggende målsætninger skal ses som de resultater, der ønskes af indsatsen på kort sigt.

Målsætninger på borgerniveau:

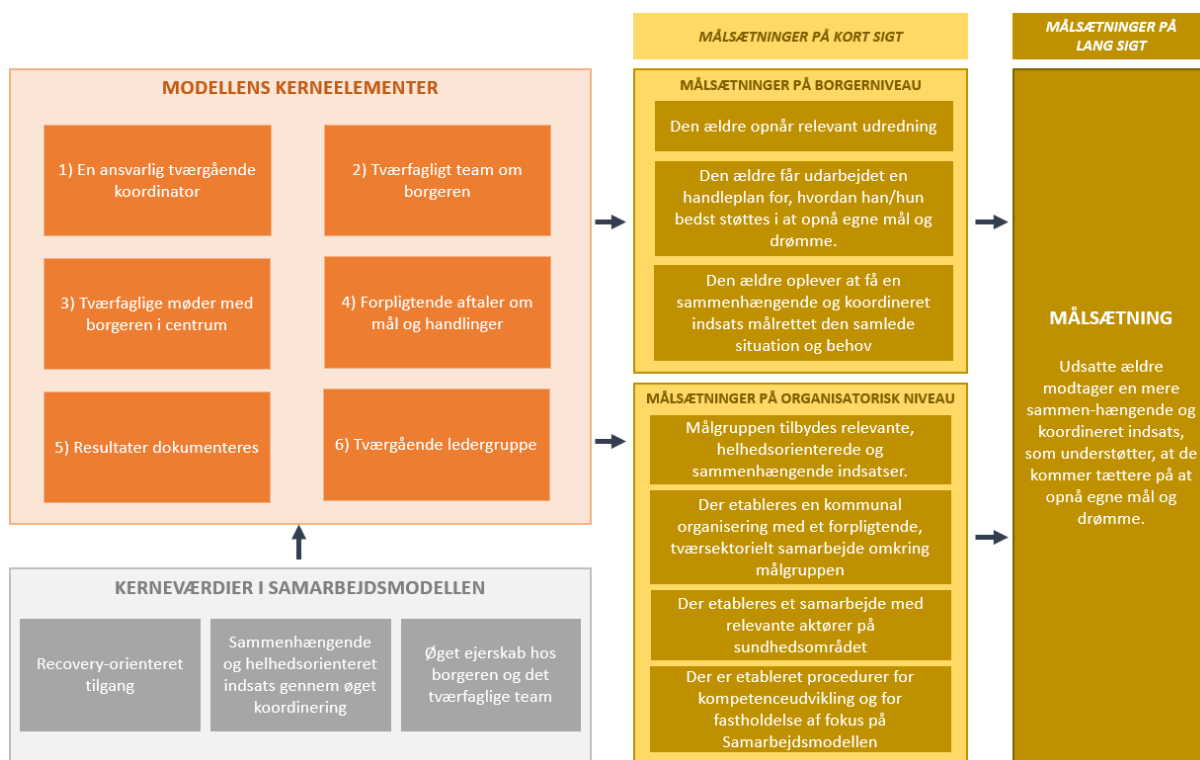
- At den ældre opnår relevant udredning.
- At den ældre i samarbejde med de professionelle udarbejder en handleplan for, hvordan han/hun bedst støttes i at opnå egne mål og drømme.
- At den ældre oplever at få en sammenhængende og koordineret indsats målrettet den samlede situation og behov.

Målsætninger på organisatorisk niveau:

- At målgruppen tilbydes relevante, helhedsorienterede og sammenhængende indsatser med udgangspunkt i den enkeltes situation.
- At der etableres en kommunal organisering med et forpligtende, tværsektorielt samarbejde omkring målgruppen i tråd med principperne i Samarbejdsmodellen.
- At der etableres et samarbejde med relevante aktører på sundhedsområdet.
- At der etableres procedurer for kompetenceudvikling og for fastholdelse af fokus på Samarbejdsmodellen.

I nedenstående figur fremgår det, hvordan Samarbejdsmodellens tre kerneværdier danner baggrund for modellens seks kerneelementer, som understøtter de forventede resultater på hhv. borgerniveau og organisatorisk niveau. Dette skal i sidste ende sikre, at målgruppen oplever den forventede værdi af indsatsen i form af, *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

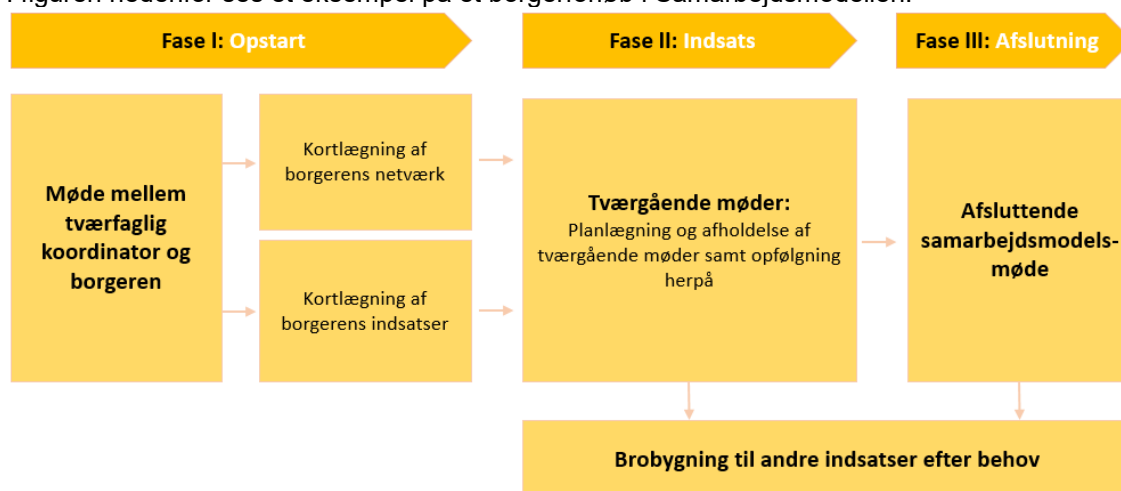
Forandringsteori for Samarbejdsmodellen



## 2.1 Forløbet i praksis

### 2.1.1 Borgerens forløb

I figuren nedenfor ses et eksempel på et borgerforløb i Samarbejdsmodellen:



I samarbejde med projektets deltagende kommuner tilpasses forløbet sådan, at det er meningsfuldt for arbejdet med indsatsens målgruppe.



## 2.2 Samarbejdsmodellens kerneværdier

Samarbejdsmodellen bygger i dette projekt på tre kerneværdier, som til sammen danner den faglige og værdimæssige baggrund for modellens kerneelementer. Kerneværdierne beskrives nedenfor.

### 2.2.1 Recovery-orienteret tilgang

Samarbejdsmodellens første kerneværdi er, at der anvendes en *recovery-orienteret tilgang* til borgeren. Den recovery-orienterede tilgang til borgeren spiller ind i alle Samarbejdsmodellens kerneelementer. Recovery-orientering betyder, at samarbejdet mellem den fagprofessionelle og borgeren bygger på et ligeværdigt partnerskab (Socialstyrelsen, Recovery og rehabilitering, 2019), herunder at:

- Borgeren er erfarings ekspert med udgangspunkt i et indefra-perspektiv, hvor borgeren anerkendes som ekspert i eget liv. Det er derfor borgeren, der sætter retningen for sin egen recovery.
- De professionelle bidrager med faglige metoder, systematik og redskaber, som bruges til at understøtte borgerens recovery-proces.
- I samarbejdet er det vigtigt, at borgeren understøttes i at bevare kontrollen over eget liv.

Arbejdet med en recovery-orienteret tilgang gennem Samarbejdsmodellen betyder derfor, at den socialt udsatte ældre er i centrum for de indsatser og aktiviteter, der iværksættes. Dertil betyder det, at der igennem hele borgerforløbet arbejdes på, at borgeren sætter en retning, som de fagprofessionelle understøtter. Det betyder, at der i tilrettelæggelsen og udførelsen af indsatsen tages udgangspunkt i borgerens muligheder, ressourcer, behov og drømme. Borgeren skal støttes i selvstændigt at træffe beslutninger og handle i de situationer, hvor det er muligt, og støttes og hjælpes i de situationer, hvor borgeren har behov for hjælp<sup>2</sup>. Konkret betyder det blandt andet, at borgeren inddrages i alle aspekter af forløbet i indsatsen, herunder:

- Er med i planlægningen af og opfølgningen på netværksmøder (se beskrivelse af netværksmøde under Samarbejdsmodellens kerneelement nr. 3)
- Er i centrum på netværksmøderne
- Er med til at formulere mål og lave aftaler med fagpersoner om at nå målene
- Oplever, at indsatsen er tilrettelagt efter vedkommendes behov og ønsker.

Samlet skal den *recovery-orienterede tilgang* understøtte, at arbejdet med Samarbejdsmodellens seks kernelementer bidrager til at opnå projektets samlede målsætning om at understøtte, *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

### 2.2.2 Sammenhængende og helhedsorienteret indsats gennem øget koordinering

Samarbejdsmodellens anden kerneværdi er, at der arbejdes ud fra et fokus på *sammenhængende og helhedsorienterede indsatser gennem øget koordinering* på tværs af indsatser og fagområder i den socialt udsatte ældres forløb. Borgere i målgruppen har typisk mange samtidige kontaktpunkter til myndighederne. Borgerne kan derudover opleve, at de møder flere myndigheder med forskellige lovgivninger, dagsordener, hensigter, arbejdsmetoder, løsninger og krav.

At arbejde med et særligt fokus på sammenhæng og helhedsorientering i arbejdet med Samarbejdsmodellen betyder derfor, at de forskellige fagpersoner, der er i berøring med borgeren, har fokus på at styrke det tværfaglige samarbejde og derved højne kvaliteten i den samlede indsats, som leveres til den enkelte borger. Herunder at fagpersoner og andre

<sup>2</sup> I dette projekt er der fokus på borgerens *personlige* recovery jf. den definition der findes på Socialstyrelsens hjemmeside (Socialstyrelsen, Recovery og rehabilitering, 2019).

aktører har fokus på at styrke kendskabet til borgerens situation på tværs af involverede fagpersoner og aktører, f.eks. på netværksmøderne (se beskrivelse af netværksmøde under Samarbejdsmodellens kerneelement nr. 3) og i tiden imellem møderne. Samtidig betyder det, at fagpersoner og andre aktører har et fokus på, at der etableres en fælles helhedsorienteret plan og retning, og at der opbygges en fælles forståelse af og enighed om, hvilke mål der arbejdes efter, og hvilke handlinger det kræver at nå målene. På den måde sikres det, at borgerens samlede forløb tænkes ind i en helhedsorienteret og sammenhængende ramme, hvor borgerens egne mål og drømme er bærende.

Samlet set skal et fokus på *sammenhængende og helhedsorienterede indsatser gennem øget koordinering* understøtte, at arbejdet med Samarbejdsmodellens seks kernelementer bidrager til at opnå projektets samlede målsætning om at understøtte, *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

### **2.2.3 Øget ejerskab hos borgeren og det tværfaglige team**

Samarbejdsmodellens tredje kerneværdi er at sikre et øget ejerskab for borgerens forløb både hos borgeren selv men også hos det fagpersonale, der indgår i det tværfaglige team.

Hos borgere med komplekse forløb, kan det ofte være svært både for borgeren og for de forskellige fagpersonaler, der er i kontakt med borgeren at opnå og bevare et overblik over de indsatser og forløb, som borgeren indgår i. Borgeren kan opleve, at fagpersoner kun tager ejerskab for, at borgeren når i mål med de delmål, som er inden for fagpersonens eget fagområde. Derfor kan det blive borgeren selv, der må tage ejerskab for helheden i de indsatser, der sættes i gang. For målgruppen kan det ofte være en uoverskuelig opgave, hvor borgeren kan opleve at miste overblikket og dermed også ejerskabet over sit eget forløb. At arbejde med øget ejerskab igennem Samarbejdsmodellen betyder derfor, at ejerskabet fordeles bredt ud på de fagpersoner, som er involveret i borgerens forløb. Med udgangspunkt i den recovery-orienterede tilgang betyder det, at Samarbejdsmodellen skal hjælpe til, at fagpersoner på tværs tager et øget ejerskab og etablerer en gensidig forpligtelse til, ikke kun at nå de mål, de selv fagligt er underlagt men også at nå borgerens samlede mål og drømme, som beskrives på første møde med det tværfaglige team. Dette har til formål at understøtte, at forløbet bliver mere sammenhængende for borgeren, hvilket kan gøre det mere overskueligt for borgeren også selv at tage et øget ejerskab over sit forløb. Den recovery-orienterede tilgang skal derudover også være med til at understøtte et øget ejerskab hos borgeren, da borgerens forløb gøres mere meningsfuldt for borgeren selv.

Samlet set skal *et øget ejerskab hos borgeren og det tværfaglige team* understøtte, at arbejdet med Samarbejdsmodellens seks kernelementer bidrager til at opnå projektets samlede målsætning om at understøtte, *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

## **2.3 Samarbejdsmodellens kerneelementer**

Samarbejdsmodellen er bygget op om ovenstående tre kerneværdier der til sammen skal understøtte, *at udsatte ældre modtager en mere sammenhængende og koordineret indsats, som understøtter, at de kommer tættere på at opnå egne mål og drømme.*

De tre kerneværdier omsættes i praksis til Samarbejdsmodellens seks kerneelementer. Alle seks kerneelementer anses for at være afgørende og gensidigt afhængige forudsætninger for at kunne opnå de ønskede resultater af Samarbejdsmodellen. De seks kerneelementer uddybes i nedenstående.

### **2.3.1 Kerneelement 1: En ansvarlig tværgående koordinator**

**Udpeg en ansvarlig tværgående koordinator:** Borgeren får en fast koordinator, som er ansvarlig for at koordinere indsatser og skabe sammenhæng i borgerens forløb. Koordinatoren

arbejder tæt sammen med borgeren, formidler forløbet til borgeren og følger op på borgerens udvikling.

#### Faglig begrundelse

Formålet med dette kerneelement er, at en fast ansvarlig koordinator understøtter, at borgeren føler sig mere tryk og har større tillid til systemet og til dem, der skal hjælpe borgeren. Dette sikres blandt andet ved, at koordinatoren og borgerens samarbejde er bygget op omkring en *recovery-orienteret tilgang*, hvor koordinatoren er med til at sikre, at forløbet tager udgangspunkt i borgerens egne muligheder, ressourcer, behov og drømme. Derudover skal en fast koordinator bidrage til, at borgeren oplever en *øget koordinering* af sit forløb med de øvrige fagpersoner og får bedre og mere præcis information og overblik over eget forløb, herunder, hvem der kan hjælpe med hvad. Hertil er målet, at koordinatorens rolle i borgerens forløb kan være med til at sikre, at borgeren føler en højere grad af inddragelse og *ejerskab*, og at koordinatoren kan være med til at skabe øget motivation og retning på vejen mod, at borgeren opnår sine mål og drømme.

En tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn har vist, at kerneelementet *en ansvarlig tværgående koordinator* har været med til at:

- Skabe en højere grad af inddragelse og ejerskab hos borgeren
- Skabe en øget motivation og retning for borgeren
- Borgeren føler sig mere tryk og har større tillid til systemet og til dem, der skal hjælpe borgeren
- Borgeren får bedre og mere præcis information og overblik over eget forløb, herunder hvem der kan hjælpe med hvad
- Bedre koordinering af forløb med øvrige fagpersoner.

### **2.3.2 Kerneelement 2: Tværfagligt team om borgeren**

**Nedsæt et tværfagligt team om borgeren:** Borgeren sammensætter i samarbejde med koordinatoren det tværfaglige team med relevante personer, der skal støtte borgeren i at opnå egne mål og drømme og sikre, at borgeren får støtte til en sammenhængende og koordineret indsats målrettet borgerens samlede livssituation og behov.

#### Faglig begrundelse

Formålet med dette kerneelement er, at der bliver etableret et tværfagligt team omkring borgeren, der bygger på borgerens egne ønsker til et team, der kan hjælpe borgeren tættere på hans/hendes drømme og mål. Det er altså afgørende, at nedsættelsen af det tværfaglige team bygger på en *recovery-orienteret tilgang*. Derudover skal det tværfaglige team være med til at sikre en helhed i borgerens forløb og dermed skabe en mere *sammenhængende indsats gennem øget koordinering* mellem de forskellige indsatser og kontakter, som borgeren har. Endelig skal nedsættelse af det tværfaglige team med udgangspunkt i en *recovery-orienteret tilgang* understøtte, at aktørerne, der er involveret i borgerens forløb, er med til at tage et *øget ejerskab* og ansvar for, at borgeren lykkes med at opnå egne drømme og mål og ikke kun de målsætninger, de involverede fagpersonerne generelt skal arbejde efter. Det tværfaglige team er ikke en fast organisatorisk enhed forankret i projektet, men skifter fra borger til borger. Det tværfaglige team kan både bestå af fagpersoner fra det offentlige men kan også inkludere personer fra civilsamfund eller netværk, som borgeren ønsker at involvere.

En tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn viser, at *nedsættelse af et tværfagligt team om borgeren* kan bidrage til at:

- Øge inddragelse, forpligtelse og ejerskab hos relevante samarbejdspartnere
- Sikre bedre overlevering af viden mellem forvaltningerne og fælles viden om borgeren på tværs af afdelingerne

- Sikre bedre rammer for en løbende kontakt mellem fagpersoner
- Styrke samarbejde og respekt.

### **2.3.3 Kerneelement 3: Tværfaglige møder med borgeren i centrum**

#### ***Borgeren og koordinatoren afholder tværfaglige møder, med borgeren i centrum:***

Borgeren og koordinatoren afholder sammen med det tværfaglige team et antal møder med fokus på at koordinere mål og indsatser (omtales som netværksmøder). Det konkrete antal møder fastlægges i samarbejde med de deltagende kommuner og afhænger af borgerens behov. Borgeren er med til at fastsætte dagsordenen for møderne, og det er vigtigt, at møderne afholdes sammen med borgeren, hvor borgerens ønsker og behov er i fokus for mødet, og at det bliver afspejlet i den konkrete mødedagsorden.

#### ***Faglig begrundelse***

Formålet med dette kerneelement er at få samlet de aktører, som borgeren mener, er relevante at inddrage for at nå egne mål og drømme. Ved afholdelse af det første tværfaglige møde udfyldes et mål- og aftaleskema, hvor borgerens mål formuleres, og der nedfældes forpligtende aftaler for, hvordan målene skal nås. Dette skal være med til at sikre, at de involverede aktører fastholder en *recovery-orienteret tilgang* til arbejdet med borgeren. Derudover vil mødet og udfyldelsen af mål- og aftaleskemaet være med til at sikre, at alle mødedeltagere får et *øget ejerskab* over den *helhedsorienterede* indsats, der tilsammen skal sikre, at borgeren kommer tættere på egne mål og drømme. Herunder er det afgørende, at de tværfaglige møder understøtter, at både fagpersoner og borgeren selv får et ejerskab over det videre forløb. Dette understøttes af den *recovery-orienterede tilgang*.

Tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn, har vist at afholdelse af *tværfaglige møder med borgeren i centrum* er med til at:

- Skabe øget inddragelse, øget deltagelse og øget ejerskab hos borgeren
- Skabe klar struktur for borgeren, som skaber stabilitet, kontinuitet og øget fremmøde
- Skabe øget viden hos fagpersoner og netværk om borgerens behov og ønsker, og hvad der skal gøres af hvem for at hjælpe borgeren
- Skabe øget forpligtelse hos fagpersoner, viden om og respekt for hinandens muligheder og rammer for arbejdet med borgeren.

### **2.3.4 Kerneelement 4: Forpligtende aftaler om mål og handlinger**

#### ***Borgeren og det tværfaglige team indgår forpligtende aftaler om tiltag, handlinger og mål:***

Borgeren og det tværfaglige team indgår forpligtende aftaler om tiltag for at nå borgerens egne mål og drømme. Det tværfaglige team aftaler med borgeren, hvad der skal gøres for at nå målene og hvem, der er ansvarlige for hvad. Det aftales også hvornår og hvordan, der følges op.

#### ***Faglig begrundelse***

Ved afholdelse af det første tværfaglige møde udfyldes som nævnt i forgående kernelement et mål- og aftaleskema, hvor borgerens mål formuleres, og der nedfældes forpligtende aftaler for, hvordan målene skal nås. Efterfølgende afholdes der jævnlige netværksmøder, hvor borgerens mål genbesøges, og der følges op på de indgåede aftaler. Mellem de tværfaglige møder følger borgerens tværgående koordinator løbende op på, om fagpersonerne og borgeren overholder de indgåede aftaler. Formålet med at indgå disse forpligtende aftaler om mål og handlinger i det tværfaglige team, som følges op på igennem hele forløbet, er blandt andet, at borgeren får en oplevelse af, at det er borgerens egne ønsker om mål og handlinger, der sætter retning for hans/hendes samlede forløb i systemet. Dette er et centralt element i den *recovery-orienterede tilgang* og skal sikre, at det er borgeren, der er i centrum. Dertil skal aftalerne fungere som et redskab, der skal sikre, at indsatser og aktiviteter på tværs af forvaltninger og sektorer løbende

bliver *koordineret*, sådan at der opleves en øget sammenhæng for borgeren og for fagpersonalet. Til sidst skal aftalerne være med til at sikre ejerskab og ansvar for borgerens forløb bredt i det tværfaglige team så alle forpligtes på at arbejde for borgerens mål og drømme. Dette skal også understøtte, at borgeren oplever en øget motivation for også selv at tage ejerskab for sit forløb, da han/hun oplever at blive taget alvorligt på tværs af teamets aktører.

En tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn har vist, at *indgåelse af forpligtende aftaler om mål og handlinger* er med til at:

- Målene bliver vedkommende for borgeren, og borgeren føler ejerskab til dem
- Borgeren får et helhedsorienteret billede af egen situation
- Forpligtende aftaler om mål og handlinger motiverer og giver borgeren en retning  
Øget gensidig forpligtelse og koordinering af de aktiviteter, der skal understøtte borgerens mål.

### 2.3.5 Kerneelement 5: Resultater dokumenteres

**Dokumentér resultater:** Borgerens udvikling i forhold til at nå deres egne mål og drømme følges løbende og systematisk, både for at kunne målrette indsatsen og for at kunne dokumentere aktiviteterne og resultaterne af samarbejdet.

#### Faglig begrundelse

Formålet med at dokumentere resultater er, at borgeren hjælpes til at kunne se fremgang og resultater og se, hvordan forløbet hjælper borgeren med at opnå mål og drømme. Dette er også en central del af den *recovery-orienterede tilgang*, hvor fokus blandt andet er på at understøtte en positiv tænkning med fokus på håb, drømme og fremtidsoptimisme fx ved at tro på muligheden for at komme sig, at være motiveret for forandring, værdsætte succesoplevelser og at være i relationer, som giver håb. At resultater bliver italesat kan være med til at understøtte muligheden for at (gen)opbygge og redefinere en positiv identitet hos borgeren, hvilket hjælper borgeren til at overvinde stigmatisering. I det ligger der et potentiale for at understøtte en empowerment-proces hos borgeren, der indebærer muligheden for at genvinde magten og kontrollen over eget liv, med afsæt i egne ressourcer (Socialstyrelsen, Recovery, 2017). Derudover bidrager dokumentation af resultater til, at der følges op på de aftaler om mål og aktiviteter, der sættes på de tværfaglige møder, og dermed vil borgeren med støtte fra koordinatoren få mulighed for at følge op på, at borgerens forløb *koordineres* bedst muligt. Til sidst skal dokumentation af resultater bidrage til, at borgeren får støtte til at se, hvordan borgeren selv har været med til at sætte gang i en positiv forandring mod at opnå hans/hendes mål og drømme. Dette formodes i sidste ende at understøtte, at borgeren føler et ejerskab over forløbet og sikrer, at borgeren er bedre klædt på til at turde tage *ansvar og ejerskab* for det videre forløb.

En tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn, har vist at *dokumentation af resultater* fører til:

- En højere grad af inddragelse og ejerskab hos borgeren
- En større selvindsigt hos borgerne
- Øget motivation for udvikling hos borgeren.

### 2.3.6 Kerneelement 6: Tværgående ledergruppe

**Etabler tværgående ledergruppe:** Der etableres en ledergruppe, der består af ledere fra de forvaltninger, sektorer og afdelinger, der indgår i samarbejdet om indsatsen i den pågældende kommune. Ledergruppen har til opgave at prioritere ressourcer og at understøtte det tværfaglige samarbejde og den indsats, som skal hjælpe borgeren med at nå egne mål og

drømme. Ledergruppen følger aktiviteterne og resultaterne tæt og afrapporterer disse til direktører og politikere.

#### Faglig begrundelse

En rapport udgivet i 2021 fra KL om helhedsorienterede indsats for socialt udsatte i kommunerne viser, at en af de vigtigste forudsætninger, og samtidig den største barriere for at kunne yde en helhedsorienteret indsats, er ledelse. Blandt andet ses det, at koordinering på tværs kun giver den rette recovery-orienterede indsats, hvis de forskellige enheder har ledelsesmæssig opbakning til at lade borgerens egne mål og drømme være centrale for arbejdet med borgeren. I rapporten fremgår det blandt andet at:

*"Når mål og hensigter med indsatserne er forskellige mellem opgavesøjlerne, er der lang vej til samordning og helhed. Fagkulturene kan have forskellig opfattelse af, hvad målet for borgeren bør være, hvad borgeren selv ønsker, og hvornår man er lykkedes med en indsats. Forskelligheden udspringer oprindeligt af lovgivning med forskellige regler om fokus og indsatser, men også af faglige traditioner, normer og kultur. (...) Selv om der måske på et højt abstraktionsniveau kan være enighed om mål og intentioner, kan forskellen vise sig, når opgavesøjlerne omsætter mål og intentioner til indsatser. Borgeren er den første, der registrerer, når og hvis hensigterne er forskellige, og derfor bør man inddrage borgerens eget perspektiv, når samordningsprojekter igangsættes."* (KL, 2021)

Etablering af en tværgående ledergruppe skal derfor både sikre det ressourcefundament, der gør, at de rette fagpersoner kan sætte den nødvendige tid af til at indgå i arbejdet med Samarbejdsmodellens kerneelementer. Dertil skal der på tværs i ledelsesgruppen være en fælles holdning til mål, prioriteter og tilgang, der gør, at medarbejderne får det rette arbejdsrum til at understøtte de enkelte borgeres vej til at opnå deres drømme og mål. Dette skal danne grundlaget for, at medarbejderne kan arbejde ud fra modellens kerneværdi om en *recovery-orienteret tilgang* til borgeren. Dertil skal det sikres, at der er de rette rammer for, at der kan skabes den ønskede *øgede koordinering* mellem de involverede aktører og dertilhørende indsatser. Endelig er den ledelsesmæssige opbakning central for, at der sikres det ønskede *øgede ejerskab* på tværs af de involverede aktører, da ledelsen kan være med til at lave den prioritering, der gør, at medarbejderne kan tage det forventede ansvar.

En tidligere evaluering af Samarbejdsmodellen (Rambøll, 2017) i arbejdet med unge i efterværn, har vist at *etablering af en tværgående ledergruppe* er med til at:

- Skabe øget inddragelse, forpligtelse og ejerskab hos relevante samarbejdspartnere
- Understøtte en bærende drivkraft for implementeringen af Samarbejdsmodellen i forhold til at sikre en fælles forståelse af og fokus på kerneelementerne og understøtte allokering af de nødvendige kompetencer og ressourcer.

## 2.4 Understøttende redskaber i Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen indeholder derudover en række understøttende redskaber til de seks kerneelementer, der skal anvendes igennem de enkelte borgerforløb, herunder:

1. **Mål- og aftaleskema**, der giver både borgeren og fagpersonerne et samlet overblik over borgerens mål og aftaler i forhold til uddannelse og beskæftigelse.
2. **Netværkskort**, hvormed borgeren sammen med sin koordinator kortlægger de fagpersoner og personer fra det private netværk, som er relevante at inddrage i samarbejdet.

3. **Samtykkeerklæring**, der giver borgeren mulighed for på et oplyst grundlag at give samtykke til, at der må udveksles oplysninger om borgeren mellem de fagpersoner, som samarbejder med den borgeren.

Redskaberne vil blive uddybet, når indsatsen sættes i gang med projektets deltagende kommuner. Dertil tilpasses redskaberne i samarbejde med projektets deltagende kommuner sådan, at det er meningsfuldt for arbejdet med indsatsens målgruppe.

## Referencer

- KL. (2021). *Helhedsorienterede indsatser for udsatte borgere - Hvorfor og hvordan*. København: KL.
- Rambøll. (2017). *Ti kommuners foreløbige erfaringer og resultater med samarbejdsmodellen - opsamling*. København: Socialstyrelsen.
- Rambøll. (2020). *Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2019). *Socialt udsattes situation - årsrapport 2019*. Rønne: Rådet for Socialt Udsatte.
- Socialstyrelsen. (30. 06 2017). *Recovery*. Hentet fra Vidensportalen: <https://vidensportal.dk/voksne/recovery/definition>
- Socialstyrelsen. (27. 9 2019). *Recovery og rehabilitering*. Hentet fra Socialstyrelsen.dk: <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2019/styrk-indsatsen-i-socialpsykiatrien/recovery-orienteret-rehabilitering>
- VIVE. (2018). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet*. København: VIVE – Viden til Velfærd.
- VIVE. (2019). *Hjemløshed i Danmark 2019 – National kortlægning*. København: VIVE – Viden til Velfærd.
- Vive, R. o. (2018). *Samarbejdsmodellen og bostøtte til unge i hjemløshed og unge i risiko for hjemløshed - Guide til beslutningstagere og stabsfunktioner*. Odense: Socialstyrelsen.





**Socialstyrelsen**

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00

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