

# 2014

Samarbejde med frivillige foreninger  
om udslusning fra forebyggelsescentre



Luise M. Frandsen/Anna B. Boje  
Københavns Kommune  
27-05-2014

## Indhold

Baggrund .....	2
Beskrivelse af samarbejdsmodellerne med patientforeninger .....	3
Resultater for patientforeningerne .....	4
Temaer af betydning for udslusning fra centre til patientforeninger .....	5
Rekruttering af deltagere og frivillige nøglepersoner .....	5
Samarbejde på tværs af patientforeninger .....	6
Ressourcer og kapacitet .....	6
Beskrivelse af samarbejdet med idrætsforeningerne .....	6
Resultater af samarbejdet med idrætsforeningerne .....	7
Etablering af flere foreningshold målrettet motionsuvante borgere .....	7
Temaer af betydning for udslusning fra centre til idrætsforeninger .....	8
Formaliserede samarbejder med få foreninger .....	8
Rekruttering af borgere .....	9
Frivillige instruktører hænger ikke på træerne .....	9
Organisatoriske rammer i foreningerne .....	9
Erfaringer med afprøvning af tre udslusningsmodeller - Idrætsforeninger .....	9

## Baggrund

Kommunens forebyggelsescentre tilbyder livsstilsinterventioner til borgere i risiko for at blive syge og til borgere, der allerede har udviklet en kronisk sygdom. Borgerne opnår målbare forbedringer umiddelbart efter et kommunalt forløb, men erfaringerne er, at de har svært ved at fastholde ændringerne over tid. For at give borgerne længerevarende støtte til at fastholde de livsstilsændringer, de påbegynder i forebyggelsescentrene, blev der på Sundheds- og Omsorgsudvalgsrådet den 24. maj 2012 frigivet 4 mio. kr. til at samarbejde med idræts- og patientforeninger om at forbedre udslusningen fra centre til foreninger.

Som noget nyt blev der således i perioden 1. september 2012 til 31. december 2013 etableret et systematisk samarbejde med fire patientforeninger (Diabetesforeningen, Danmarks Lungeforening, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse) og tre idrætsforbund (Danmarks idrætsforbund, Dansk Firmaidrætsforbund og DGI Storkøbenhavn) med fokus på at etablere bæredygtige foreningstilbud specifikt målrettet borgere, der har været i et forløb i et forebyggelsescenter samt at hjælpe flere borgere over i foreningslivet ved at lette overgangen fra det kommunale til det frivillige.

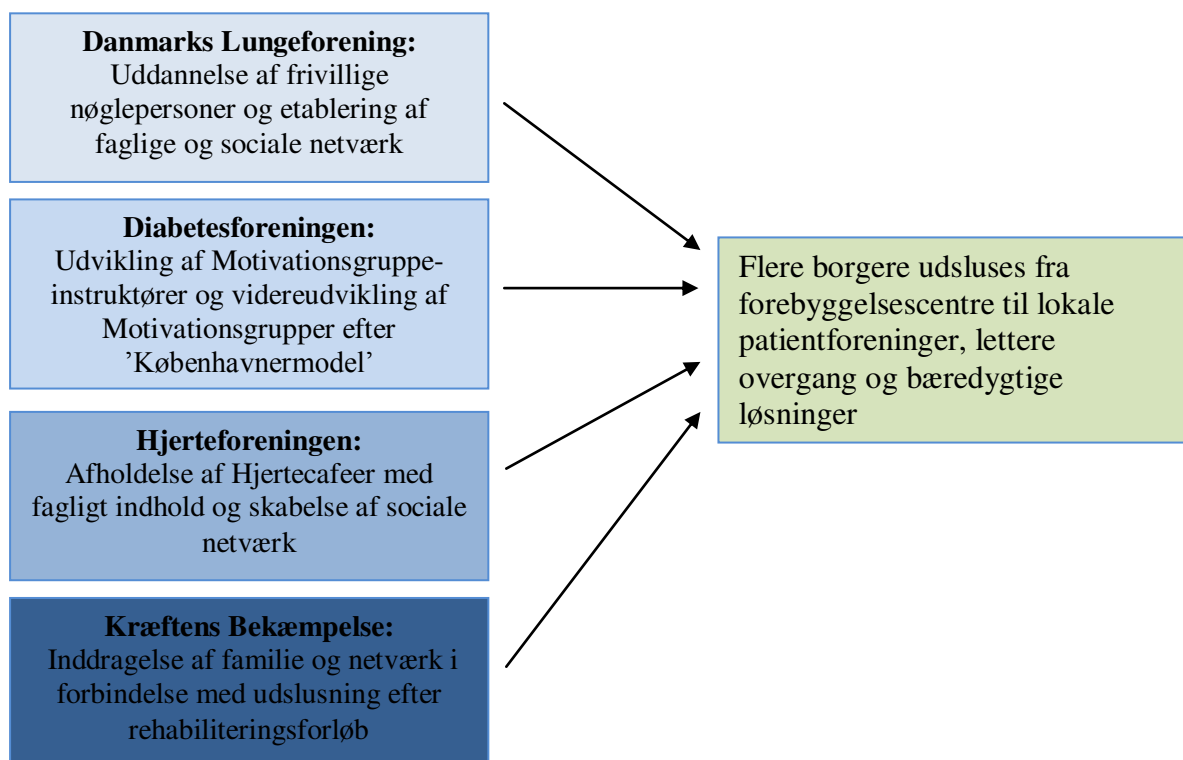
Denne opsamling er baseret på en mængde information indhentet i projektperioden, dels på løbende møder med forebyggelsescentre og foreninger, dels på et midtvejs- og et slutseminar med henholdsvis idræts- og patientforeninger. Yderligere har alle foreningerne udarbejdet en skriftlig midtvejs- og slutstatus, der kondenserer foreningernes perspektiver på samarbejdet.

I samarbejde med DGI Storkøbenhavn blev afprøvet tre forskellige udslusningsmodeller, der i større eller mindre omfang ændrede på det traditionelle 12 ugers træningsforløb i forebyggelsescentrene. For at kunne vurdere, om det giver mening at afprøve disse ændringer i større skala, har dette samarbejde undergået en mere omfattende erfaringsopsamling i samarbejde med forvaltningens Center for Kvalitet og Sammenhæng. Erfaringsopsamlingen er baseret på:

- Interviews med de 3 instruktører og de 3 bestyrelsesformænd i de lokale idrætsforeninger, der var involveret i afprøvningen af modellerne
- Fokusgruppeinterviews med projektmedarbejderne i forbundet
- Fokusgruppeinterviews med motionsvejledere og fysioterapeuter i forebyggelsescentrene
- Interviews med hver af de tre forebyggelsescenterchefer
- Telefoninterviews med i alt 115 borgere, der trænede på de hold, hvor udslusningsmodellerne forsøgsvis blev afprøvet

## Beskrivelse af samarbejdsmodellerne med patientforeninger

Det overordnede formål med samarbejdet med patientforeningerne var, at foreningerne skulle skabe nogle rammer baseret på frivillige kræfter, som borgerne kan fortsætte i for at få støtte til at fastholde de livsstilsændringer, de har opnået i det kommunale rehabiliteringsforløb. De fire foreninger havde hver deres bud på indholdsudfyldelsen af en sådan ramme.



### Danmarks Lungeforening (DL)

Formålet var at støtte og undervise frivillige nøglepersoner i netværksgrupper til at etablere udslusningsaktiviteter, som kan fastholde patienter og deres pårørende i et forløb, som fortsat vedligeholder og udvikler deres empowerment i forhold til at mestre deres KOL-sygdom. Desuden at gennemføre et udviklingsarbejde i forhold til de pårørendes rolle som støtte til patienterne. I hver netværksgruppe uddannes ca. 2-3 frivillige til at blive nøglepersoner i netværkene og drive aktiviteterne, herunder fx sociale og faglige gøremål som museumsbesøg og varetagelse af fysisk træning.

### Diabetesforeningen (DF)

Formålet var at tilpasse DF's eksisterende motivationsgruppekoncept, så det blev et integreret udslusnings- og fastholdelsestilbud for de borgere med type 2 diabetes, der har gennemført et rehabiliteringsforløb i et forebyggelsescenter. Dette med henblik på at sikre sammenhæng i borgerens forløb og støtte op om fastholdelsen af borgernes livsstilsændringer. En motivationsgruppeinstruktør driver motivationsgruppen, som samles om at dyrke fysisk aktivitet og lave sund mad sammen, ligesom de udveksler erfaringer om livet med diabetes.

### **Hjerteforeningen (HF)**

HF's formål var at skabe rammerne for en god overgang fra den kommunale rehabilitering til livslang rehabilitering med henblik på at hjælpe borgerne til at fastholde gode vaner og få et socialt netværk, der understøtter et godt liv med hjertekarsygdom. HF afholdte hjertecafeer en gang om måneden i hvert af de fem forebyggelsescentre. Hjertecafeer er arrangementer med forskellige emner, om det at leve godt med en hjertekarsygdom. En del af konceptet var endvidere etablering af netværksgrupper, med frivillige tovholdere.

### **Kræftens Bekæmpelse (KB)**

KB's sigte var i højere grad at inkludere pårørende i rehabilitering og udslusning af kræftpatienter samt at etablere blivende tilbud i centret, som man kan deltage i som familie og dermed bl.a. også skabe netværk med andre familier i samme situation. Et forløb består af tre familiesamtaler og tre fælles arrangementer. Derudover tilbydes en par samtale med forældrene, som fokuserer på parforhold og samliv.

## **Resultater for patientforeningerne**

Der er etableret en mere kontinuerlig kontakt og et systematisk samarbejde mellem forebyggelsescentre og foreninger, som alle parter er interesserede i at udvikle og fortsætte. Endvidere er patientforeningerne, både personale og frivillige, blevet inspireret til at mødes på tværs for at udveksle erfaringer og udvikle deres tilbud med hjælp fra hinanden. Helt konkret har samarbejdet resulteret i, at der er etableret netværk for borgere med diabetes, KOL og hjertekarsygdom med relevante udslusningsaktiviteter og der er uddannet 26 frivillige til at drive disse netværk. Samtidig er flere frivillige tilknyttet som hjælpere.

De enkelte patientforeninger har skabt meget forskellige tilbud, og de enkelte projekter har derfor givet forskellige erfaringer. I det følgende gennemgås erfaringerne med det enkelte samarbejde og herefter følger en gennemgang af tværgående temaer af betydning for det videre samarbejde med patientforeningerne om udslusning.

### **Danmarks Lungeforening**

DL har etableret netværk drevet af frivillige på Forebyggelsescenter Østerbro, Nørrebro, Amager og Vanløse. Både blandt borgere og potentielle frivillige var der manglende interesse for et netværk på Vesterbro. Danmarks Lungeforening er særligt udfordret af, at borgere med KOL er en meget sårbar målgruppe og det er derfor relativt svært at rekruttere frivillig arbejdskraft. Projektet er forankret ved, at tovholderne for netværkene er blevet styrket i at drive netværk og organisere udslusningsaktiviteter med både fagligt og socialt indhold, ligesom flere frivillige er uddannet til at kunne varetage den faste træning og netværksaktiviteterne. I henhold til at udvikle og afholde aktiviteter, der har direkte fokus på de pårørendes rolle, har dette været en større udfordring end forventet. De pårørende har i forskellig grad deltaget i nogle af netværkenes arrangementer, men foreningen har haft svært ved at involvere de pårørende direkte.

### **Diabetesforeningen**

Det er lykkedes DF at etablere Motivationsgrupper i alle fem lokalområder. DF har et nationalt koncept for Motivationsgrupper, som i projektperioden er blevet tilpasset specifikt til borgerne i Københavns Kommunes forebyggelsescentre med en dertil specifik borger-uddannelse. Det særlige ved Københavner-modellen er blandt andet, at Motivationsgrupperne har adgang til trænings- og køkkenfaciliteter i forebyggelsescentrene, og at de dermed har mulighed for at lave praktisk

madlavning og decideret konditions- og styrketræning i dertil indrettede lokaler. En yderligere fordel ved det nye koncept er, at det er baseret på tættere samarbejde mellem frivillige og fagfolk på forebyggelsescentrene. Det gør blandt andet, at motivationsgrupperne kan inddrage fagfolk på forebyggelsescentrene, hvis de har behov for faglig sparring. Det skaber et godt samarbejde og en øget trykthed for de frivillige.

### **Hjerteforeningen**

HF's koncept er bygget op omkring månedlige hjertecafeer, hvor omdrejningspunktet er faglige oplæg om hjertesygdomme, mens den bagvedliggende tanke er, at caféerne vil udvikle sig til sociale netværk drevet af frivillige. Hjertecafeerne drives nu af frivillige på Forebyggelsescenter Østerbro, Nørrebro og Amager. På Forebyggelsescenter Vanløse og Vesterbro drives netværkene af HF, indtil det lykkes at finde frivillige kræfter, der ønsker at overtage. Borgerne har været mest interesserede i de faglige arrangementer, det konkrete fokus på sygdomsfaglige udfordringer er blevet vægtet højt. Det er ikke lykkedes, at få netværkene til at mødes om sociale aktiviteter. Deltagere på hjertecafeer fortalte, at de blev i godt humør af at deltage og at de fik drøftet både psykiske og fysiske problematikker. De fortalte, at de ikke følte sig mærkelige og anderledes på hjertecafeerne, som de kan føle sig i andre sammenhænge.

### **Kræftens Bekæmpelse**

KB's koncept er koncentreret om et generelt fokus på at få tænkt børn og anden familie ind i kræftpatientens forløb, både når borgerne skal udsluses fra et rehabiliteringsforløb og i andre faser af forløbet. KB har udviklet og afprøvet et flerfamilietilbud, afholdt foredrag/temaaften om det at være forældre og have kræft, har inddraget familier i husets sociale arrangementer og har generelt fået skabt et større fokus på inddragelse af familier og pårørende. Foredrag/temaaftener er etableret som en fast del af husets tilbud, og familier og børn vil fortsat blive inddraget i større arrangementer i huset. Deltagerne var begejstrede for flerfamilietilbuddet og gav udtryk for, at have fået inspiration til en hverdag med mere motion og konkret inspiration til kost. Flerfamilietilbuddet er ikke etableret som et fast tilbud, da tilbuddet er ressourcekrævende. Center for Kræft og Sundhed vil i samarbejde med KB fortsætte med generelt at have øget fokus på familier og pårørende.

Allerede forud for igangsættelsen af dette projekt eksisterede et udbygget samarbejde mellem KB og Center for Kræft og Sundhed, som er formaliseret med en fælles styregruppe, ligesom parterne bor under samme tag. Fokus i den efterfølgende gennemgang er primært på de nyetablerede samarbejder med de øvrige foreninger.

## **Temaer af betydning for udslusning fra centre til patientforeninger**

### **Rekruttering af deltagere og frivillige nøglepersoner**

Opsamlingen peger på, at alle patientforeningerne har haft udfordringer med at rekruttere deltagere samt frivillige nøglepersoner/tovholdere/instruktører, på trods af, at rekruttering har været en prioritet, og der er afprøvet forskellige rekrutteringsmetoder. Opsamlingen peger tillige på, at solidt kendskab til patientforeningernes tilbud og aktiviteter i forebyggelsescentret er vigtig, fordi det primært er forebyggelsescentrene, der skal rekruttere borgere til foreningerne.

I forhold til rekruttering af frivillige til fx en tovholderfunktion peger opsamlingen på, at det er vigtigt med klarhed om, hvilken rolle og funktion den frivillige forventes at påtage sig, og at foreningerne skal være meget aktive for at rekruttere frivillige.

Der er ikke foretaget en egentlig dataindsamling på sociale baggrundsdata på de borgere, der er blevet udsluset til patientforeninger i projektet. Det er dog en gennemgående erfaring fra alle patientforeningerne, at det ikke er de mest sårbare borgere, der deltager.

### **Lokale og diagnosespecifikke forskelle**

Det har vist sig, at der er store lokale forskelle på, hvor let det er at etablere netværk. Patientforeningernes forklaring på dette er, at der er stor forskel på hvor ressourcestærke borgerne er i de enkelte lokalområder og indenfor de forskellige diagnoser. Borger med KOL er eksempelvis relativt mindre ressourcestærke, og Danmarks Lungeforening har derfor haft ekstra svært ved at finde frivillige til at drive netværkene. En erfaring fra projektet er, at det er vigtigt at tænke netværk bredt fra start, da det skaber den bedste forankring, hvis der skabes sociale relationer samtidig med, at man har fokus på de faglige aspekter af udslusning som kost, motion og sygdomslære. Hvert enkelt koncept skal kunne bæres af den enkelte patientforening, baseret på de ressourcer de har tilgængelige, både administrativt og blandt de frivillige.

### **Samarbejde på tværs af patientforeninger**

Udover at der er etableret tilbud til borgere med KOL, diabetes, hjertekarsygdomme og kræft i de enkelte patientforeninger, så har projektet også genereret et samarbejde på tværs af patientforeningerne. Frivillige kan lånes ud fra en forening til en anden, hvis der opstår et udækket behov for frivillig arbejdskraft, og der afholdes fælles arrangementer for de frivillige i de enkelte foreninger for at anerkende deres frivillige arbejde.

### **Ressourcer og kapacitet**

Forebyggelsescentrenes personale varetager den daglige drift og har i de senere år også udviklet sig til lokale kompetencecentre, der i højere grad end tidligere har udgående aktiviteter, og interagerer med både frivillige foreninger og andre samarbejdspartnere. Alle patientforeningerne giver udtryk for, at noget af det vigtigste for det fremtidige samarbejde er, at foreningen har en fast kontaktperson/tovholder i forebyggelsescentrene, som de koordinerer tilbuddene med.

Det er også blevet tydeligt, at der er stor forskel på patientforeningernes ressourcer. Nogle foreninger har adskillige frivillige, samtidig med de har en stor administration, hvorimod andre foreninger kun har få ansatte til at varetage hele frivilligområdet. Det betyder at samarbejdet skal planlægges individuelt med den enkelte forening, så projektet står mål med foreningens ressourcer. Det stiller også forskellige krav til forebyggelsescentrenes samarbejde med foreningerne. Foreningerne har således også et forskelligt behov for støtte fra forebyggelsescentrene til gennemførelsen af projektarbejdet.

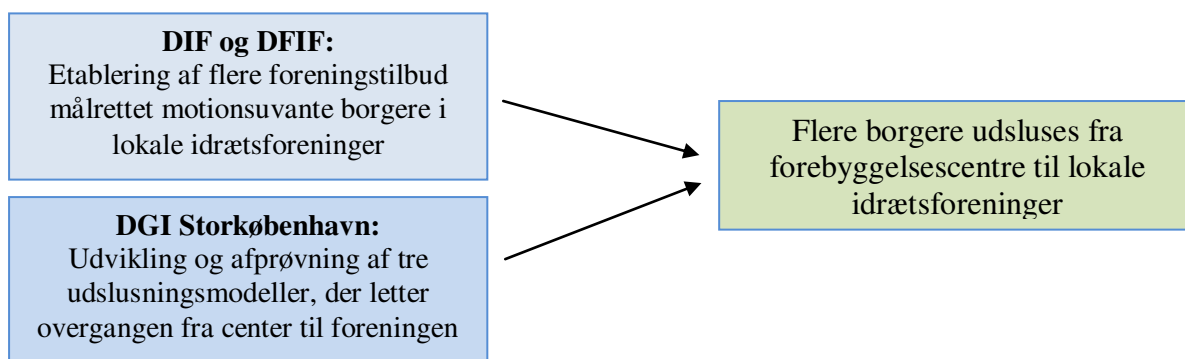
### **Beskrivelse af samarbejdet med idrætsforeningerne**

Samarbejdet med idrætsforeningerne var på den ene side koncentreret om at etablere flere bæredygtige motionstilbud i idrætsforeningerne specifikt målrettet borgere, der ikke er vant til at dyrke motion. På den anden side skulle det afprøves, hvorvidt udslusningen forbedres, hvis den i højere grad integreres i det kommunale træningsforløb.

Der blev formaliseret et samarbejde med Danmarks Idrætsforbund (DIF) og Dansk Firmaidrætsforbund (DFIF) med henblik på at oprette nye foreningshold i en række lokale idrætsforeninger, der niveaumæssigt passer til centrenes målgrupper. Derudover blev etableret et samarbejde med DGI Storkøbenhavn for at afprøve tre forskellige udslusningsmodeller, der ændrer



lidt ved det traditionelle 12 ugers træningsforløb i forebyggelsescentrene med henblik på at fremme, at flere borgere fortsætter i en idrætsforening efter det kommunale forløb.



De tre udslusningsmodeller blev afprøvet på henholdsvis Amager, Vesterbro og i Vanløse deraf navnene på modellerne, som er beskrevet nedenfor.

### **Amagermodellen**

Det kommunale træningsforløb ændres ved, at hver anden træningsgang flyttes fra forebyggelsescentret og ud i en idrætsforening. Fysioterapeuten fra forebyggelsescentret varetager træningen uanset, om den foregår i centret eller i foreningen og er således garant for, at træningen lever op til retningslinjerne for det kommunale forløb. Træningen gennemføres i samarbejde med en foreningsinstruktør, der ideelt også er instruktør på det hold, borgerne kan fortsætte på, efter det kommunale forløb er afsluttet. Antagelsen er, at borgernes kendskab til foreningen, træningsfaciliteterne og instruktøren, vil lette borgernes overgang fra center til forening.

### **Vesterbromodellen**

Træningsforløbet i forebyggelsescentret bliver afviklet, som det plejer, men med den tilføjelse, at borgere sideløbende fik mulighed for at træne gratis i en idrætsforening. Antagelsen er, at det vil være lettere for borgerne at fortsætte i foreningen efter det kommunale forløb er afsluttet, hvis de allerede har trænet i foreningen som supplement til det kommunale forløb.

### **Vanløsemodellen**

Det kommunale træningsforløb på 12 uger forlænges i princippet med to ugers gratis træning i en idrætsforening. Borgerne får udleveret et gavekort, som de kan omsætte til gratis træning i foreningen. Udgangspunktet er, at borgerne vælger at fortsætte i foreningen, efter den gratis prøveperiode er forbi.

## **Resultater af samarbejdet med idrætsforeningerne**

Overordnet er der udviklet en større fælles forståelse for arbejdsgange og arbejdsvilkår centre og foreninger imellem, og foreningerne har fået større kendskab til målgruppen motionsuvedvante borgere. Det gør det langt lettere for centre og foreninger at samarbejde om at hjælpe borgere ud i et vedligeholdende foreningstilbud efter et kommunalt træningsforløb.

### **Etablering af flere foreningshold målrettet motionsuvedvante borgere**

Samarbejdet med DIF og DFIF var koncentreret om at starte en række nye foreningshold op, som er specifikt målrettet borgere, der ikke er vant til at dyrke motion. Samarbejdet med



idrætsforeningerne har helt konkret udmøntet sig i, at der er startet 26 nye hold op, som er specifikt målrettet borgere, der ikke er vant til at dyrke motion. På nuværende tidspunkt er der i alt omkring 300 personer, der er blevet udslet fra træningsforløb i forebyggelsescentre til de nyoprettede hold i idrætsforeningerne. Holdaktiviteterne er varierende fra boldaktiviteter til gymnastik til svømning, der er således forskellige valgmuligheder for borgerne afhængigt af færdigheder og interesser. Nedenfor ses en oversigt over de foreninger, der er indgået samarbejde med. Der er etableret flere hold i hver forening, men deltagerantallet på holdene er summeret i oversigten.

Forening	Lokalområde	Aktivitet	Antal deltagere
B1908 (DIF)	Amager	Sjov med bold/fodboldmotion	15
Kom i gang (DGI)	Amager	Leg og grundtræning	10
Nørrebro United	Nørrebro	Grundtræning for overvægtige	4
Idræt i Dagtimerne (DFIF)	Nørrebro/Vanløse	Træningen varierer	15
Florball Fællesskabet Kbh (DIF)	Vanløse	Floorball	35
Gymnastikforeningen ODK (DGI)	Vanløse	Gymnastik	5
Vanløse Idrætsforening (DIF)	Vanløse + Tingbjerg	Bold for sjov	9
Hovedstadens svømmeklub (DIF)	Vanløse	Svømning	80
Hovedstadens svømmeklub (DIF)	Vesterbro	Svømning	25
Hovedstadens svømmeklub (DIF)	Østerbro	Vandmotion	10
Studenter Settlementet Boldklub (DIF)	Vesterbro	Styrketræning	20
Fremad Valby (DIF)	Valby/Kgs. Enghave	Styrketræning	25
Fremad Valby (DIF)	Valby/Kgs. Enghave	Bold for sjov	10
Det Grønne Æble (DIF)	Østerbro	Grundtræning	35
Boldklubben Skjold (DGI)	Østerbro	Løb og gang	5

DFIF har gjort et nyt forsøg med, at træningen varierer fra gang til gang, hvilket på nuværende tidspunkt kun finder sted i ganske få foreninger i København. Det betyder i praksis, at træningen skiftevis består af alt fra hockey til rytmisk gymnastik, hvilket står i modsætning til træningen i mange andre foreninger, der typisk er koncentreret om en bestemt idrætsgren. Den varierende træning har tiltalt målgruppen, som netop er motionsuvante og dermed ikke specialiserede i én idrætsgren.

For alle forbund, foreninger og centre har en række parametre dels fremmet dels vanskeliggjort arbejdet med at få flere borgere til at fortsætte med at træne i en idrætsforening efter et kommunalt træningsforløb, hvilket vil blive uddybet i det følgende.

## Temaer af betydning for udslusning fra centre til idrætsforeninger

### Formaliserede samarbejder med få foreninger

Involveringen af idrætsforbundene har medvirket til, at der er etableret kontakt til idrætsforeninger, som centrene ikke tidligere har samarbejdet med. Det er på den ene side positivt, at samarbejdsfladen mellem centre og foreninger er blevet udvidet. På den anden side er erfaringen, at det ikke er alle idrætsforeninger, der formår at etablere hold for denne målgruppe. Årsagerne til, at foreningerne har svært ved at etablere bæredygtige hold for målgruppen er, at det er forholdsvis sværere at rekruttere borgerne, finde egnede instruktører, administrere holdene, få det til at løbe rundt økonomisk og finde attraktive lokalfaciliteter og træningstider.

## Rekruttering af borgere

Der har været afprøvet en række forskellige rekrutteringstiltag herunder udlevering af flyers og gavekort til gratis træning, information på hjemmesider, annoncer i lokalaviser, prøvetimer i foreningerne m.m. Alligevel er erfaringerne, at det har været sværere at rekruttere borgere til træning i foreningerne end forventet, fordi borgerne er usikre på at starte op i en forening, og mange er samtidig ganske forvante i forhold til kvaliteten af træningsfaciliteter og attraktive træningstider.

De positive erfaringer er, at det fremmer rekrutteringen, når centrene tager træningsholdene med på besøg i foreningerne. Det samme gør sig gældende, når foreningerne tager ud i centrene for at præsentere deres tilbud. Borgerne får dermed både information om tilbuddene samtidig med, at de helt konkret får set træningsfaciliteterne og får sat ansigt på instruktøren i foreningen. .

## Frivillige instruktører hænger ikke på træerne

Der er blevet uddannet 34 foreningsinstruktører, der har gennemgået en sundhedsuddannelse, så de er klædt på til at instruere motionsuvante borgere.

I nogle foreninger har det været svært at finde frivillige, der har ønsket at gennemgå uddannelsen, hvilket samtidig kan gøre det svært at finde frivillige, som har ønsket at træne denne målgruppe. Den manglende interesse skyldes blandt andet, at træningsniveauet er forholdsvist lavt, de enkelte øvelser skal gentages mange gange, før borgerne får dem ind under huden, og borgerne avancerer meget langsomt. Samtidig holder nogle potentielle instruktører sig tilbage, fordi de ikke tør påtage sig ansvaret for at træne motionsuvante borgere, hvoraf nogle lider af en kronisk sygdom, som gør de frivillige usikre på, hvor hårdt målgruppen kan træne. Foreningerne har til en vis grad været nødt til at betale løn til instruktørerne for at få etableret hold til målgruppen. Udbetaling af løn til instruktørerne medfører øget intern administration, idet der skal udarbejdes ansættelseskontrakter, foretages lønudbetalinger og indberettes feriepenge. Hvis der samtidig kun er ganske få deltagere på holdene, er det svært for foreningerne at få dækket lønudgifterne til instruktøren via brugerbetaling, og holdene kan således kun fortsætte med finansiering fra kommunen.

## Organisatoriske rammer i foreningerne

Der er nogle organisatoriske rammer, der fremmer udslusningen af borgere fra forebyggelsescentre til lokale idrætsforeninger. Det er af stor betydning, at der i foreningen er en café eller et klublokale, hvor man kan samles før eller efter træningen. De foreninger, som har en café eller kiosk i tilknytning til træningsfaciliteterne, som foreningsmedlemmerne kan mødes i, har haft relativt lettere ved at fastholde borgerne, fordi der knyttes stærkere sociale bånd på holdene. De foreninger, der har en fastansat administrativ medarbejder, har haft relativt større overskud til at indgå i et samarbejde med forebyggelsescentre. I de foreninger, hvor der ikke er ansat en administrativ medarbejder, afhænger succesen af, at foreningen har nogle frivillige instruktører, der brænder så meget for at få målgruppen til at fortsætte i foreningen efter et kommunalt træningsforløb, at de udover at varetage træningen også er villige til at påtage sig et ekstra stykke arbejde blandt andet i forhold til rekruttering af målgruppen til foreningen.

## Erfaringer med afprøvning af tre udslusningsmodeller - Idrætsforeninger

Der er afprøvet tre forskellige modeller for udslusning på henholdsvis Amager, Vesterbro og i Vanløse. Den relativt korte projektperiode har givet mulighed for at afprøve modellerne på få hold og i ét lokalområde. På baggrund af et relativt spinkelt datagrundlag tyder det på, at Amager- og Vesterbromodellen i højere grad end Vanløsemodellen og den almindelige udslusningsindsats (prøvetimer i foreningerne) lykkedes med, at få borgerne udsluset.

### **Erfaringer med Amagermodellen**

En af styrkerne ved Amagermodellen er, at borgerne allerede tidligt i træningsforløbet stifter bekendtskab med en lokal forening, fordi hver anden træningsgang flyttes fra centret ud i foreningen. Det tyder på, at jo tidligere foreningsopstarten tænkes ind i det kommunale træningsforløb des bedre lykkes udslusningen til foreningen. Erfaringerne fra modellen er, at fagligheden og kvaliteten i træningen forbliver høj selvom træningen flyttes ud i en forening. Der er ligefrem en spin off effekt ved at flytte træningen ud i foreningen, fordi fysioterapeuten og foreningsinstruktøren lærer af hinanden. Fysioterapeuten får flere idéer til at gøre træningen mere legende, og instruktøren får flere redskaber til at differentiere træningen, så den er tilpasset den enkelte deltager. Endvidere præsenteres borgerne for flere forskellige typer træning, idet træningen i centret er koncentreret om styrketræning i maskiner, og træningen i foreningen er baseret på lege og boldspil. Borgerne vil typisk gerne have mere af den træning, de har stiftet bekendtskab med. Amagermodellen breder således borgernes udslusningsmuligheder ud, fordi de præsenteres for flere forskellige måder at træne på. Amagermodellen kræver ikke et øget ressourceforbrug i centret, idet centret kun stiller med én træner i foreningen, fordi foreningen stiller deres instruktør til rådighed under træningen. Samtidig har det frigivet noget kapacitet i træningssalen i centret, idet centret kun skal lægge lokaler til hver anden træningsgang.

### **Erfaringer med Vesterbromodellen**

Med Vesterbromodellen får borgerne mulighed for at træne gratis i en forening sideløbende med det kommunale træningsforløb. Det tyder på, at Vesterbromodellen har en positiv effekt på udslusningen fra centret til lokale foreninger. Dette skyldes ikke nødvendigvis modellen men måske i lige så høj grad, at foreningsudbuddet på Vesterbro er meget veludbygget. Af Vesterbromodellen kan udledes, at det tyder på, at det har en effekt, når prøvetimer i en forening implementeres mere aktivt i træningsforløbet. Samtidig giver det mening, at modellen afprøves på alle holdene i forebyggelsescentret, da det skaber et mere realistisk rekrutteringsgrundlag for etableringen af hold målrettet motionsuvante borgere i foreningen.

### **Erfaringer med Vanløsemodellen**

Vanløsemodellen er ikke lykkedes med at etablere et bæredygtigt hold i samarbejdsforeningen. Årsagerne er sandsynligvis både forhold i foreningen og centrets udslusningsprocedurer. Borgerne giver udtryk for, at lokalefaciliteterne i foreningen er uattraktive, og det er utilfredsstillende, at der løbende sker udskiftning af instruktøren. Samtidig har centret ikke gennemført en systematisk indsats for at introducere borgerne til foreningen. Udleveringen af gavekortet med tilbuddet om to ugers ekstra gratis træning i forlængelse af det kommunale forløb kan skabe en nysgerrighed hos borgeren, og tilbuddet er let kommunikerbart. Det er imidlertid ikke tilstrækkeligt til, at borgerne selv møder op i foreningen. Her er der i langt højere grad behov for at hjælpe borgerne over i foreningen eksempelvis via obligatoriske prøvetimer i foreningen minimum én gang om måneden eller ved simpelthen at flytte hver anden træningsgang over i foreningen, som det er forsøgt med Amagermodellen.