

Notat

Kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøttemetoder

En forskningskortlægning og syntese



Didde Cramer Jensen & Bjørn Christian Viinholt Nielsen

*Kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøttemetoder –
En forskningskortlægning og syntese*

© VIVE og forfatterne, 2018

ISBN: 978-87-93626-87-4

Projekt: 100728

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

Sammenfatning	4
1 Indledning.....	6
2 Baggrund.....	7
3 Resultater	8
3.1 Gruppebaserede indsatser	9
3.2 Kerneelementer	17
3.3 Fælleselementer	20
3.4 Målgrupper	22
3.5 Overførbarehed.....	22
4 Metode	23
4.1 Søgestrategi.....	23
4.2 Systematisk databasesøgning	24
4.3 Grå litteratursøgning	26
4.4 Screenings- og kodningsproces	26
5 Opsummering.....	29
Litteratur	31
Bilag 1 Beskrivelser af gruppeindsatser og kerneelementer	37
Bilag 2 Beskrivelser af metoder og kerneelementer.....	43

Sammenfatning

Dette notat præsenterer resultaterne fra en forskningskortlægning, der giver systematisk overblik over den aktuelt bedste viden om gruppebaserede indsatser til mennesker med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer. I en dansk kontekst er der tale om gruppebostøttemetoder eller gruppebostøttelignende metoder efter servicelovens § 82 og § 85. Forskningskortlægningen er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd for Socialstyrelsen i perioden maj 2017 til december 2017.

Forskningskortlægningen er udført med henblik på at identificere såkaldte kerneelementer og fælleselementer i gruppeindsatserne. Kerneelementer dækker her over dele af sociale indsatser, som er nødvendige og samtidig tilstrækkelige til at frembringe et positivt (del)outcome, mens fælleselementer betegner kerneelementer, som har vist sig virksomme på tværs af flere indsatser. Kerneelementerne og fælleselementerne er identificeret med henblik på at understøtte Socialstyrelsens projekt om udvikling af effektiv gruppebostøtte, hvor kommuner, der allerede har iværksat gruppebostøtteforløb, vil få kvalificeret deres indsats ved hjælp fra blandt andet forskningskortlægningen.

Det samlede formål med forskningskortlægningen er at tilvejebringe viden om:

- Gruppebaserede indsatser efter servicelovens § 82 og § 85
- Kerneelementer i gruppeindsatserne
- Fælleselementer i gruppeindsatserne
- Personer, som vurderes ikke at profitere af gruppeindsatserne.

På baggrund af forskningskortlægningen er der identificeret i alt 110 gruppeindsatser. Gruppeindsatserne kan inddeles i seks indsatstyper baseret på indsatsens hovedformål. De seks hovedformål er:

1. Social integration og samfundsdeltagelse
2. Empowerment og livskvalitet
3. Livsstilsændring
4. Forældrekompetencer
5. Sygdomslære og håndtering
6. Sygdomslindring og bekæmpelse

Gruppeindsatserne dækker alle generiske kategorier af målgrupper på voksenalderområdet, om end indsatser målrettet psykiske vanskeligheder og sociale problemer er de bedst præsenterede med hensyn til målgruppespecifikke metoder.

Med afsæt i de 110 gruppeindsatser er der identificeret i alt 27 kerneelementer. Kerneelementerne dækker alle målgrupper på voksenalderområdet, med undtagelse af borgere med udviklingsforstyrrelser. På samme måde som for de 110 gruppeindsatser gælder det ligeledes for kerneelementerne, at de hovedsageligt er målrettet borgere med psykiske vanskeligheder, sociale problemer og misbrug.

På baggrund af de 27 kerneelementer har forskningskortlægningen desuden identificeret to fælleselementer. Fælleselementerne består af henholdsvis Mindfulness og Kognitiv adfærdsterapi, der begge har påvist en effekt på tværs af flere gruppeindsatser. Forskningskortlægningen viser, at både borgere med milde depressionssymptomer samt hjemløse misbrugere kan have glæde af

gruppebaseret mindfulness, mens borgere med væsentlige psykiske problemer og hjemløshed kan blive hjulpet af kognitiv adfærdsterapi via gruppeforløb.

Samtlige kerneelementer og fælleselementer identificeret i forskningskortlægningen vurderes godt at kunne overføres til en dansk kontekst.

På baggrund af forskningskortlægningen har det alene i et begrænset omfang været muligt at tilvejebringe viden om målgrupper, som vurderes ikke at profitere af gruppeforløbene.

Enkelte metoder forudsætter imidlertid, at borgeren er motiveret for at indgå positivt i indsatsen (se fx Alvarez, Padilla & Máiquez, 2016), hvilket kan gøre det svært for personer med skizofreni og bipolær lidelse grundet sygdomssymptomer, som netop er karakteriseret ved en lav grad af motivation samt humørsvingninger (Ramaprasad & Kalyanasundaram 2015).

1 Indledning

Dette notat præsenterer resultaterne fra en forskningskortlægning af gruppebostøttemetoder og gruppebostøttelignende metoder målrettet borgere med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer efter servicelovens § 82 og § 85. Forskningskortlægningen er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd for Socialstyrelsen med henblik på at identificere såkaldte kerneelementer og fælleselementer i gruppeindsatserne. Kerneelementer betegner her dele af sociale indsatser, som er nødvendige og samtidig tilstrækkelige til at frembringe et positivt (del)outcome, mens fælleselementer betegner kerneelementer, som har vist sig virksomme på tværs af flere indsatser.

Kerneelementerne og fælleselementerne er identificeret med henblik på at understøtte Socialstyrelsens projekt om udvikling af effektiv bostøtte i kommunerne, udført i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet (UIP). Forskningskortlægningen skal i den sammenhæng bidrage med den aktuelt bedste viden om, hvordan kerneelementer og fælleselementer kan understøtte eksisterende gruppebostøttemetoder og gruppebostøttelignende metoder i kommunerne.

Notatet følger en disposition, hvor de gruppebaserede metoder først vil blive kategoriseret og beskrevet baseret på indsatsernes hovedformål, dernæst følger en præsentation af kerneelementer og fælleselementer identificeret i gruppeindsatserne, hvorpå målgrupper, som vurderes ikke at profitere af gruppeindsatserne, vil blive præsenteret. Endelig indeholder notatet et afsnit med dokumentation for forskningsprocessen. Dokumentationen beskriver dels den søgestrategi, der ligger til grund for identifikation af relevante studier, inklusions- og eksklusionskriterier forbundet med vurdering af studiernes relevans samt procedurer anvendt i forbindelse med abstract- og fuldtekstkodning af de identificerede materialer. Afslutningsvis opsummeres resultaterne, og deres overførbarhed til en dansk kontekst diskuteres.

Bagerst i notatet forefindes en oversigtstabel over de identificerede gruppeindsatser opgjort på målgruppe. Oversigtstabellen fungerer som et opslagsværk og tilvejebringer viden om (a) Indsatsernes navn; (b) Indsatstype; (c) Målet med indsatserne; (d) Kerneelementer i indsatserne; (e) Hvilken aldersgruppe; indsatserne er afprøvet i forhold til; (f) Hvilken virkning kerneelementet afstedkommer; (g) Længden og intensiteten af indsatserne; (h) Hvilket land; indsatserne er afprøvet i; (i) Hvilket socialfagligt paradigme; indsatserne tager udgangspunkt i; (j) Om indsatserne er manualbaseret; (k) Hvor robust et design; der ligger til grund for indsatserne; (l) En vurdering af eventuelle implementeringsbarrierer, herunder målgrupper, som vurderes ikke at profitere af gruppeindsatserne.

Foruden oversigtstabellen findes der bagerst i notatet desuden en tabel, hvor de identificerede kerneelementer beskrives i flere detaljer med henblik på at understøtte en evt. lokal implementering i kommunerne.

I begge tabeller fremgår det, om et kerneelement er afprøvet i et robust forskningsdesign (*kernelement K*), afprøvet i et ikke robust design (*formodet kernelement FK*) eller endnu ikke er testet som selvstændigt komponent (*ikke testet kernelement ITK*).

2 Baggrund

Borgere med alvorlige sociale problemer, psykiske vanskeligheder eller fysiske/kognitive funktionsnedsættelser, der i en kortere eller længere periode har brug for hjælp og støtte til at mestre eget liv og hverdagsaktiviteter, kan blive tildelt bostøtte (socialpædagogisk bistand efter § 85 i serviceloven).

Bostøtte fungerer som en helhedsorienteret indsats, hvor borgeren understøttes i at leve et aktivt liv på egne præmisser i egen bolig (Bengtsson & Røgeskov 2012: s. 11). Bostøtte kan blandt andet bestå i, at borgeren støttes i sin kontakt med behandlere og myndigheder, støttes i at deltage i sociale sammenhænge, deltage i uddannelse, handle ind og lave mad, gøre rent eller få struktur på hverdagen. En central del af bostøtteindsatsen kan desuden bestå i at arbejde med borgerens netværk ved at vedligeholde borgerens sociale relationer eller hjælpe borgeren med at skabe nye kontakter (Bengtsson & Røgeskov 2012: s. 30). Ligesom der er forskel på, hvilke konkrete udfordringer, borgeren understøttes i, så er der også forskel på intensitetsbehovet i den tildelte bostøtte. Fælles er, at der er tale om støtte til, at borgeren selv udfører de pågældende aktiviteter og ikke, at bostøtten gør det for borgeren (Bengtsson & Røgeskov 2012: s. 12).

Mange kommuner organiserer i dag helt eller delvist bostøtten i gruppeforløb med fokus på, at borgeren skal komme ud og deltage i aktiviteter i samfundet (Bengtsson & Røgeskov 2012: s. 13). Gruppebostøtte kan fx foregå ved, at borgeren selv kommer på et værested eller dagcenter, hvor indsatsen har form af møder i en gruppe med fælles bostøtte. Gruppeforløb kan iværksættes i forhold til overordnede problemstillinger, såsom sociale færdigheder, medicin håndtering, misbrug, økonomi, idræt mv. Bostøtte i gruppeforløb kan være en fordel, fordi borgerne får mere social kontakt end ved en bostøtte i hjemmet, og at borgerne således deltager aktivt i en social sammenhæng, hvilket kan øge livskvaliteten samt understøtte borgerens autonomi (Haslam m.fl. 2010; Koudenburg, Jettent & Dingle 2016; McDermut, Miller & Brown 2001). Desuden kan der være fordele i, at man kan nå flere borgere med samme ressourcer og undgå eventuel ventetid på en bostøtte (Bengtsson & Røgeskov 2012: s. 21).

Selvom der kan være flere fordele forbundet med at organisere bostøtten i gruppeforløb, så er vores viden om effekten af gruppeforløb i dansk regi imidlertid stadig begrænset, hvorfor der er behov for at skabe viden på området. Som et led i arbejdet med at generere viden om virksomme gruppebostøtteindsatser i en dansk sammenhæng gennemfører Socialstyrelsen fra 2017 et metodemodningsprojekt i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet (UIP). Afprøvningsprojektet består i at identificere en række kommuner, hvor der er iværksat gruppebostøtteforløb, der kan kategoriseres som lovende praksis. Målet er, at de identificerede lovende praksisser skal kvalificeres ved hjælp af viden om potentielle kerneelementer i gruppeindsatser og viden om gennemgående fælleselementer i indsatserne identificeret via forskningsreviewet.

3 Resultater

Dette kapitel præsenterer resultaterne fra forskningskortlægningen af kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøtteindsatser. Kapitlet indeholder dels en deskriptiv oversigt over de identificerede metoder samt en beskrivelse af gruppeindsatserne baseret på metodernes hovedformål. Desuden indeholder kapitlet en opgørelse over kerneelementer og fælleselementer identificeret i indsatserne samt en beskrivelse af målgrupper, som vurderes ikke at profetere af indsatserne. Endelig diskuteres muligheden for at overføre de identificerede metoder til en dansk kontekst.

Resultaterne vedrørende de identificerede gruppeindsatser præsenteres indledningsvist i form af en række opgørelser, der viser; a) hvilken målgruppe gruppeindsatserne er henvendt til; b) hvilke ydelser metoderne vedrører; c) Metodernes designmæssige robusthed med henblik på at vurdere effekt;¹ d) udgivelsesåret; hvor studierne er udkommet som forskningspublikationer; e) hvilket hovedformål metoderne skal afstedkomme.

De pågældende tabeller giver tilsammen et overblik over spredningen på typer af studier, ydelser, formål og målgrupper. Tabellerne giver på den måde et indblik i, om der er specifikke målgrupper ydelser og formål, der i større eller mindre grad er repræsenteret via forskningskortlægningen. Tabellerne giver desuden indblik i, om de identificerede typer af studier muliggør en vurdering af effekt eller alene baserer sig på mindre robuste analysedesign. Desuden giver tabellerne viden om, i hvor høj grad forskningskortlægningen har haft held til at identificere nyere målgruppeindsatser på området.

Ud over de deskriptive opførelser indeholder afsnittet desuden en beskrivelse af de identificerede gruppeindsatser baseret på metodernes hovedformål. De deskriptive tabeller og metodebeskrivelser giver tilsammen et overblik over den aktuelt bedste viden omkring gruppeindsatser målrettet borgere med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer efter servicelovens § 82 og § 85.

Foruden oplysninger omkring selve gruppeindsatserne indeholder kapitlet desuden en opgørelse over identificerede kerneelementer i gruppeindsatserne. På samme måde som for gruppeindsatserne er også kerneelementerne afbilledet via deskriptive tabeller, der viser; a) hvilken målgruppe indsatserne er henvendt til; b) hvilke typer af ydelser indsatserne vedrører; c) om kerneelementet er afprøvet i et robust design.

Bagerst i notatet findes desuden en oversigtstabel, hvori det er muligt at orientere sig omkring kerneelementer målrettet en specifik målgruppe. Herforuden findes en tabel, hvor de pågældende kerneelementer beskrives mere detaljeret med henblik på at kunne understøtte en kvalificering af allerede eksisterende gruppeindsatser i kommunerne. Bemærk, at det i begge bilag vil være anført, om et kerneelement er afprøvet i et robust design (*kernelement K*), afprøvet i et ikke robust design (*formodet kernelement FK*), eller slet ikke er testet (*ikke testet kernelement ITK*).

Endelig idenholder kapitlet en beskrivelse af fælleselementer identificeret på tværs af kerneelementerne. Kapitlet beskriver, hvilke målgrupper fælleselementerne er afprøvet i forhold til, hvad deres formål er, og om de har haft en effekt, og i givetvis hvilken.

¹ Jævnfør Socialstyrelsens Vidensdeklaration, effektviden klassificering A-C (Socialstyrelsen, 2017).

3.1 Gruppebaserede indsatser

På baggrund af forskningskortlægningen er der identificeret i alt 110 gruppebaserede indsatser. I dette afsnit præsenteres fire deskriptive tabeller samt en figur, der viser den procentvise og antalsmæssige fordeling af metoderne opgjort på henholdsvis målgrupper (tabel 3.1), ydelser (tabel 3.2), design-robusthed (tabel 3.3) og udgivelsesår (figur 3.1).

Kategoriseringen af målgrupper er opgjort på basis af Tilbudsportalens målgruppeklassifikation. Opgørelsen i tabel 3.1 viser her, at alle generiske kategorier af målgrupper er præsenteret via forskningskortlægningen; om end psykiske vanskeligheder og sociale problemer er overrepræsenterede med hensyn til målgruppespecifikke indsatser.

Tabel 3.1 Kategorisering af målgrupper

Målgruppe	N	Procent
Intellektuel/Kognitiv forstyrrelse		
Hjerneskode	6	6
Udviklingsforstyrrelse		
Autismespektrum	5	5
Psykiske vanskeligheder		
Depression	31	28
Angst	10	9
Stressbelastning	11	10
Forandret virkelighedsopfattelse	16	15
Personlighedsforstyrrelse	19	17
Tilknytningsforstyrrelse	2	2
Spiseforstyrrelse	2	2
Fysisk funktionsnedsættelse		
Kommunikationsnedsættelse	1	1
Mobilitetsnedsættelse	5	5
Synsnedsættelse	2	2
Socialt problem		
Hjemløshed	15	14
Prostitution	1	1
Personfarlig kriminalitet	6	6
Ikke personfarlig kriminalitet	2	2
Omsorgssvigt	3	3
Overgreb	2	2
Udadreagerende adfærd	2	2
Andet socialt problem	20	18
Misbrug		
Stofmisbrug	15	14
Alkoholmisbrug	14	13

Anm.: N = 110 (overlap kan forekomme).

Kilde: Egen opgørelse.

I tabel 3.2 ses en oversigt over de ydelser, som gruppeindsatserne vedrører. Tabellen er grupperet med inspiration fra Socialstyrelsens ydelsesklassifikation og de forskellige ydelser, der typisk tildeles i forhold til socialpædagogisk bistand, herunder gruppebostøtte. Tabellen viser, at de identificerede gruppemetoder dækker et bredt spektrum af ydelser. Bedst repræsenteret er ydelser målrettet kontakt og samvær, træning af færdigheder, terapi og ydelser målrettet behandling af alkohol- og stofmisbrug.

Tabel 3.2 Fordeling af ydelsestyper

Ydelser	N	Procent
Støtte til administration	2	2
Støtte til kontakt og samvær	10	9
Støtte til medicin håndtering	1	1
Støtte til personlig pleje	1	1
Støtte til praktiske opgaver i hjemmet	5	5
Støtte til uddannelse og beskæftigelse	4	4
Støtte til varetagelse af forælderrollen	5	5
Træning	16	15
Undervisning	8	7
Psykologisk behandling	4	4
Terapi	30	27
Misbrugsbehandling	14	13

Anm.: N = 110 (overlap kan forekomme).

Kilde: Egen opgørelse.

Tabel 3.3 viser en opgørelse over de inkluderede studiers robusthed i forhold til at vurdere effekt. Tabellen viser, at mere end en tredjedel af studierne bygger på et design af metodemæssig høj kvalitet med mulighed for at give nogenlunde sikre effektestimater. Opgørelsen viser samtidig, at over halvdelen af studierne bygger på et mindre robust design med henblik på at kunne vurdere gruppeindsatsernes effekt.

Tabel 3.3 De inkluderede studiers robusthed

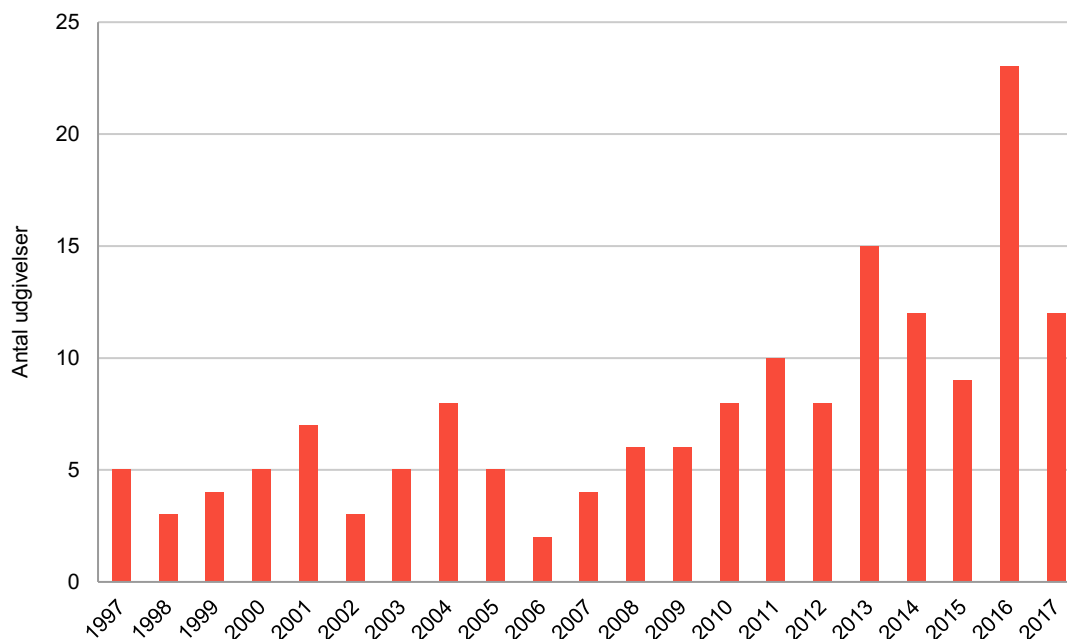
Design robusthed	N	Procent
A	40	36
B	2	2
C	68	62

Anm.: N = 110.

Kilde: Egen opgørelse.

Endelig viser en opgørelse over udgivelsesår for de identificerede materialer, afbilledet i figur 3.1, at hovedparten af de identificerede studier er mindre end 10 år gamle.

Figur 3.1 Fordeling på udgivelsesår



Anm.: N = 110.

Kilde: Egen opgørelse.

Samlet indikerer opgørelserne over målgrupper, ydelser, designets robusthed samt udgivelsesår for de identificerede studier, at der ikke lader til at optræde nogen systematiske skævheder i typen af inkluderede gruppebostøtteindsatser på baggrund af forskningskortlægningen.

3.1.1 Formålet med de gruppebaserede indsatser

Gruppeindsatserne kan desuden opgøres på baggrund af, hvilket formål metoderne har til hensigt at afstedkomme i forhold til borgerne. Tabel 3.4 viser en gruppering af metoderne i henhold til seks identificerede hovedformål på tværs af studierne. Disse er henholdsvis: 1) Social integration og samfundsdeltagelse; 2) Empowerment og livskvalitet; 3) Livsstilsændring; 4) Forældrekompetencer; 5) Sygdomslære og håndtering; 6) Sygdomslindring og bekæmpelse.

Tabel 3.4 Metodernes hovedformål

Design robusthed	N	Procent
Social integration og samfundsdeltagelse	26	24
Empowerment og livskvalitet	12	11
Livsstilsændring	12	11
Forældrekompetencer	6	5
Sygdomslære og håndtering	26	24
Sygdomslindring og bekæmpelse	28	25

Anm.: N = 110.

Kilde: Egen opgørelse.

Social integration og samfundsdeltagelse

Som det fremgår af tabel 3.4, har 26 pct. af de gruppebaserede indsatser til formål at integrere borgerne i samfundet og/eller fremme borgernes deltagelse i forskellige sociale aktiviteter. Social integration skal her forstås som det at føle sig som en del af samfundet og at have et socialt netværk (Granerund & Severinsen 2006). Social integration indebærer både det at fjerne barrierer, men også det at skabe motivation hos den person, der skal integreres, og i det system, personen skal integreres i (Kristensen, Oberman & Dolmer 2007). Samfundsdeltagelse vedrører en persons involvering i aktiviteter i en social- og samfundsmæssig kontekst. Deltagelse kan fx være at skabe og vedligeholde formelle og uformelle sociale kontakter, skaffe sig en bolig, varetage en uddannelse, have lønnet eller selvstændig beskæftigelse, deltage i fællesskaber mv. (Socialebegreber.dk).

Flere gruppebaserede metoder er i den sammenhæng tilrettelagt med henblik på at oparbejde deltageres sociale færdigheder med det formål at deltage aktivt i samfundslivet. Et eksempel herpå er metoderne The Stepping Stones program (Lee m.fl. 2016), The Brain Integration Programme (BIP) (Ahmadi 2013) og metoden Community living skills (CLS), der alle har til formål at støtte og fastholde deltagerne i et selvstændigt liv i egen bolig. Programmerne er alle bygget op omkring en række gruppebaserede undervisningssessioner, hvor deltagerne gennem praktiske opgaver, rollespil og fælles drøftelser oparbejder en række praktiske og sociale færdigheder. Undervisningen vedrører dels varetagelse af rengøring, madlavning, brug af offentlige transportmidler samt forvaltning af egen økonomi. Herforuden undervises deltagerne i passende social adfærd, og i, hvordan de etablerer et understøttende socialt netværk. Alle metoderne har påvist en god effekt med henblik på at understøtte deltageres evne til at forvalte eget hverdagsliv samt fastholde deltagerne i egen bolig. Særligt øvelserne af praktisk karakter blev af deltagerne oplevet som brugbare, som en evaluering af metoden Community living skills peger på.

Andre metoder er målrettet oparbejdelsen af mere specifikke sociale færdigheder, såsom fx en gruppeintervention målrettet universitetsstuderende med autisme (Tobin 2016). Metoden har til formål at lære deltagerne strategier til at kunne afkode og håndtere sociale "spilleregler" i samtaler. Deltagerne mødes og drøfter forskellige scenarier med afsæt i videomateriale samt fysiske billedkort, som visualiserer forskellige sociale situationer. Metoden medførte en højere grad af deltagelse i gruppediskussioner blandt deltagerne samt en forbedring i deres generelle samtalekompetencer.

Madlavningskurser, målrettet borgere med svær hjerneskade, kan også anvendes specifikt til at øge borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer. Her kommer deltagerne hinanden ved dels under selve tilberedningen af maden dels under den efterfølgende fællesspisning (Foxhall & Gurr 2014). Gennem kurset lærer deltagerne at tage hensyn og oparbejde en acceptabel social adfærd i relation til hinanden.

Andre metoder har til formål at udvikle og opbygge borgernes sociale relationer og netværk. Dette kan blandt andet ske ved brug af en frivillig eller professionel "makker", der assisterer borgeren og hjælper med at tilrettelægge ture på eksempelvis café, i biografen eller til koncerter. Metoderne Compeer, I-Can (Davidson & Stern 2013) og The Partnership Project (Davidson m.fl. 2004) er alle eksempler på sådanne metoder. Målsætningen er her, at et konstrueret og formaliseret venskab skal drive den sociale integration. Metoderne har vist en god effekt på borgernes mulighed for og tilskyndelse til aktivt at deltage i sociale relationer. Understøttelsen af sociale aktiviteter kan desuden ske ved, at borgerne med hjælp fra en fagprofessionel får støtte til selv at opsøge fritidsaktiviteter i lokalsamfundet (Webber & Fendt-Newlin 2017). Andre metoder er igen designet således, at borgerne aktivt inddrages i sociale aktiviteter og understøttende netværk. Et eksempel herpå er

kønsopdelte klubaktiviteter og udflugter målrettet isolerede og ensomme ældre med risiko for depression (Gleibs m.fl. 2011). Metoden består her i deltagelse i en række aktiviteter, såsom udflugter til museer, blomsterbinding og fælles filmarrangementer. Metoden har vist en signifikant reduktion i depression og angstsymptomer blandt de deltagende og en øget social identifikation med de øvrige deltagere.

Et andet eksempel på en metode målrettet aktiv deltagelse er et såkaldt alternativt rehabiliteringsprogram, hvor borgere med væsentlige sociale udfordringer er blevet tilknyttet et klubhus. I klubhuset indgik de som en del af et fællesskab og varetog selv forskellige arbejdsopgaver i huset. Deltagelse i klubhuset lærte dem at interagere socialt med hinanden og på den måde at oparbejde et fremtidigt socialt sikkerhedsnet under hinanden (Norman 2006).

Et fåtal af de identificerede metoder vedrører jobfremmende aktiviteter. Et eksempel herpå er en metode målrettet mandlige indsatte, som står over for snarlig løsladelse. Gruppeinterventionen havde til formål at klæde deltagerne på i forhold til forskellige aspekter ved at være jobsøgende, herunder at identificere nødvendige færdigheder, indhente oplysninger om forskellige typer af jobs, træne jobsamtaler og lære at etablere social support. På kurset deltog borgerne selv aktivt i at identificere både barrierer og løsninger i forhold til at være jobsøgende. En evaluering af metoden viste en positiv forøgelse af deltagerens "mestringsevne" i forhold til at være jobsøgende, heriblandt en forøgelse af deres selvsikkerhed og deres interpersonelle færdigheder. Deltagerne blev bedre til at sætte jobrelaterede mål for sig selv og at turde tro på fremtiden (Medlock 2009).

En anden metode målrettet beskæftigelsesfremmende aktivitet er de såkaldte Voice, Opportunities and Voices Employment Clubs (VOCEC). Klubberne er en slags beskyttet værksted, hvor borgere med psykiske vanskeligheder kan arbejde for en minimumsløn og træne deres jobmæssige færdigheder i et trykt miljø. Deltagerne oplevede alle deres deltagelse og arbejde som personligt tilfredsstillende og fandt "klubbens" tilbud motiverende for selv at søge arbejde eller uddannelse (Krupa, Lagarde & Carmichael 2003).

Empowerment og livskvalitet

12 pct. af de identificerede gruppeindsatser vedrører metoder, der har til hensigt, gennem empowerment, at styrke deltagerens mestringsevne og livskvalitet. Empowerment skal her forstås som det at tage kontrol over og sætte retning for sit eget liv samt det at skabe en ligeværdig samhørighed med andre mennesker (Adams 2008).

Blandt de identificerede gruppemetoder findes flere indsatser med det formål, at deltagerne skal genfinde deres egen styrke og sætte nye mål for tilværelsen. Et eksempel på disse er metoderne Rites of Passage (Allen & Wozniak 2014) og Posttraumatic growth path (Yeagle 2016), hvor voldsramte kvinder tilbydes gruppeterapeutiske sessioner med brug af en række ritualer, hvor kvinderne rekonstruerer en identitet og personlig fortælling, der ikke er baseret på det fysiske og psykiske misbrug, de har været udsat for. Gennem terapiforløbet finder kvinderne frem til en række styrker hos dem selv. På den måde genfortolker de deres situation ud fra et nyt magtforhold, hvor de har evnen til at bestemme over deres liv, hvilket giver kvinderne en fornyet tro på sig selv og evnerne til lægge voldsepisoderne bag sig.

At arbejde med etablering af et ændret selvbillede og derigennem se sin historie på en ny måde genfindes ligeledes i andre metoder. Eksempelvis arbejder man i metoden Narrative Enhancement and Cognitive Therapy ECT (Hansson m.fl. 2016) ud fra en narrativ forandringsproces, hvor deltagerne involveres i en række fortællingsøvelser, hvor de skriver eller fortæller historier om sig selv. Efterfølgende får deltagerne feedback fra en facilitator samt de øvrige deltagere omhandlende alternative perspektiver på de temaer, der viser sig i historien. Metoden har en positiv effekt på

deltagernes selvværd og reduktion i selvstigma. En lignende metode genfindes desuden i forhold til veteraner, der lider af depression og ensomhed. Her anvendes samtaleterapi i grupper med udgangspunkt i deltagernes minder om tilværelsen som unge veteraner. Ved brug af fx billeder, dagbøger og gamle noter etableres et positivt og styrket selv billede. Metoden har vist sig dels at reducere deltagernes depressive symptomer samt øge deres selvværd og generelle tilfredshed med tilværelsen (Wu m.fl. 2002).

Herforuden viser studier, at også psykoedukative trænings- og støtteforløb kan understøtte empowerment og reducere selvstigma. Studier viser fx, at en større indsigt i dynamikkerne forbundet til vold i hjemmet samt læring om og forståelse for egen situation kan øge voldsramte kvinders mestringsevne (Ross 2013). Også et brugerdrevet undervisningsprogram målrettet prostituerede har vist sig at forbedre deltagernes selvværd og reducere deres selvstigma. Kvinderne blev, som en del af metoden, rekrutteret til at modtage undervisning og instruere hinanden i at passe på sig selv og sætte grænser i arbejdet på gaden (Benoit m.fl. 2017).

Livsstilsændring

12 pct. af de identificerede gruppeindsatser vedrører livsstilsændringer eller helbredsforbedringer målrettet borgere med psykisk sygdom. Et eksempel herpå er metoden PeerFIT (Aschbrenner m.fl. 2015) der ved brug af blandt andet støtte fra tidligere patienter forsøger at motivere og fastholde deltagerne til et sundere liv gennem træning og kostvejledning, baseret på egne erfaringer. Over halvdelen af deltagerne tabte sig, selvom der ikke blev fundet nogen generel signifikant ændring i gennemsnitsvægten blandt deltagerne. Alligevel rapporterede deltagerne en høj grad af tilfredshed med programmet. Særligt elementet at "være i samme båd" og at kunne dele succeser og udfordringer med hinanden blev fremhævet som en nøglefunktioner i peer-to-peer support. En anden metode målrettet personer med skizofreni vedrører ligeledes et kostændringsprogram med en målsætning om væggtab. Metoden består af både fysisk træning og sessioner, hvor deltagerne undervejs får hjælp fra en træningspædagog (Daumit m.fl. 2011). En evaluering af metoden viste, at borgerne tabte sig, at de blev mere fysisk aktive og havde færre depressionssymptomer efter gruppeforløbet. Også aerobic har vist sig, at have en gavnlig effekt i forhold til at reducere psykopatologiske symptomer og forbedre kognitive færdigheder hos personer med skizofreni og depression (Knöchel m.fl. 2014).

Flere af de fysiske og træningsbaserede gruppeindsatser er specifikt målrettet borgere med depression. Det gælder fx metoden Accept Yourself (Berman, Stephanie & Hegel 2016), der henvender sig til kvinder med overvægt og depression. Foruden en målsætning om væggtab arbejder denne metode desuden målrettet med deltagernes accept af egen krop, selvstigmatisering og livskvalitet. En evaluering af metoden viste et fald i depressionssymptomer blandt de deltagende. Også metoden Therapeutic Lifestyle Change for Depression (LTC) (Karwoski 2003) er en specifikt tilrettelagt livsstilsændring målrettet borgere med depression. Metoden vedrører både motion, lys, søvn, hygiejne og social støtte blandt gruppedeltagerne. En evaluering viste her, at 86 pct. af interventionsgruppen og 22 pct. af kontrolgruppen ikke længere var klinisk deprimerede efter modtagelse af interventionen.

Forældrekompetencer

Nogle af de identificerede gruppeindsatser (6 pct.) vedrører forældreuddannelsesprogrammer, der har til formål at fremme børns udvikling gennem styrkelse af forældrenes færdigheder og kompetencer. Metoden The Growing Up Happily in the Family program (Alvarez, Padilla & Máiques 2016) vedrører eksempelvis bearbejdning af uensigtsmæssige forventninger til barnet samt holdning til korporlig afstraffelse blandt forældrene. Metoden fokuserer på at fremme børnenes udvikling gennem forbedrede forældrefærdigheder og familieindlæringsmiljøer. Forældreundervisningen

tager afsæt i vignetter, videoer, casestudier, guidede historier, puslespil og gruppediskussioner med henblik på at skabe en reflektiv proces hos forældrene. En evaluering af metoden viste, at forældrene udviklede positive ændringer i deres uhensigtsmæssige forventninger og indstillinger over for barnet. En lignende metode har til hensigt at styrke forældrenes relation til deres børn og herigennem fremme børnenes sociale, følelsesmæssige og kommunikative udvikling. Metoden består i en række gruppesessioner, hvor forældrene modtager undervisning og udveksler erfaringer og støtter hinanden (Constantino m.fl. 2001). En evaluering af programmet viste, at forældrene efter at have deltaget i gruppesessionerne følte sig tættere på deres børn, mere selvsikre og bedre til at tolke børnenes reaktioner.

Gruppebaserede forældreuddannelsesprogrammer tilbydes desuden som weekend retreats, hvor socialt udsatte familier tilbydes et frirum, hvor familien kan være sammen, deltage i fælles aktiviteter og lege. Som en del af programmet tilbydes forældrene desuden udvikling i deres forældrekompetencer (Timothy 2004). En evaluering af metoden viser, at forældrene oplevede, at weekend retreats hjalp dem til bedre at kunne genkende og håndtere stress samt til at reducere deres følelse af isolation og hjælpeløshed (Timothy 2004). Herforuden tilbydes forældre desuden uddannelsesprogrammer i form af selvhjælpsstøttegrupper. Eksempelvis tilbydes hjemløse borgere med børn at deltage i gruppeforløb, med henblik på at reducere mistroivsel hos børnene. Deltagerne kan få hjælp til at skabe og øge deres sociale relationer samt forbedre deres kommunikation og evner til problemløsning. I gruppen tilbydes deltagerne desuden viden om forældreskab og børns udvikling. Interventionen ledes af en facilitator, der organiserer møderne, støtter gruppeprocessen, skaber grobund for tillid og gensidig hjælp mellem deltagerne, men ikke rådgiver eller giver informationer. Ved brug af denne metode gives deltagerne ofte et økonomisk incitament til at deltage – fx til køb af buskort eller gavekort (Haskett m.fl. 2017). En evaluering af metoden viste, at de hjemløse borgere oplevede en større tillid til egen rolle som forældre som følge af deltagelse i støttegrupperne.

Et forældreuddannelsesprogram er målrettet forældre med psykiske vanskeligheder (Haskett m.fl. 2017). Metoden har til formål at hjælpe forældrene med at identificere egne styrker og klæde deres børn på til at forstå forældrenes sygdomsbetingede omstændigheder. Deltagerne i programmet rapporterede en høj grad af tilfredshed med at indgå i interventionen samt en forbedret evne til at tage vare på sig selv (A. Reupert & D. Maybery 2011).

Sygdomslære og håndtering

Analysen viser, at 26 pct. af de identificerede gruppeindsatser er målrettet sygdomslære og lindring, dvs. indsatser, der skal gøre deltagerne i stand til bedre at håndtere deres sygdom(me) eller udfordringer. Flere af de identificerede gruppeindsatser målretter sig fx mod borgernes mestring af vrede og dermed forebyggelse af vold. Et eksempel herpå er metoden ADA-Programmet, der består i, at deltagerne undervises i ansvarlighed i henhold til vredeshåndtering (Holtrop m.fl. 2017). Programmet er bygget op i en række sessioner, der dels skal: a) Delagtiggøre deltagerne i, at deres voldlige adfærd er et mønster og ikke en tilfældighed; b) Udvikle en forståelse for de valg, der er forbundet med at udøve vold; c) Åbne op for en adfærdsændring hos den enkelte deltager. En evaluering af metoden viste, at gruppesessionerne var med til at nedbryde deltagerens forsvarsmekanismer samt give deltagerne en oplevelse af ikke at være alene, men at kunne lære af de andre borgere i forløbet. Også metoden STEPS – Steps to effective problem solving – der er en slags gruppebaseret psykoedukation og kognitiv terapi, målrettet aggressiv adfærd hos borgere med intellektuelt handicap, har vist sig virksom. 90 pct. af deltagerne følte sig således bedre i stand til at håndtere deres problemer, efter at de havde deltaget i programmet (Ailey m.fl. 2012). Det er svært at pege på, hvilken metode der egner sig bedst til behandling af borgerenes vredes-

håndtering. Et review af 14 studier fandt ikke nogen entydig effekt, hvad angår metoderne CBT-interventioner, mindfulness og psykodynamisk psykoterapi (Borsay 2013).

Andre af gruppeметoderne er målrettet håndtering af psykiske vanskeligheder såsom fx mestring af depression. Metoden Group Based Behavioral Activity (BA) har til hensigt at give patienter med depressive symptomer mulighed for at lære at håndtere deres sygdom. Dette sker gennem øget positiv bevidsthed i form af fastsættelse af korte, mellem og langsigtede målsætninger for deres liv (Chan m.fl. 2017). Borgere med skizofreni og deres pårørende, kan også have glæde af psykoe-dukation, hvor deltagerene undervises i grundlæggende fakta om skizofreni, behandlingsmuligheder og sundhedstilbud. Metoden har medført færre indlæggelser og en øget brug af sundhedstilbud blandt deltagerene (Chien & Chan 2001). Et andet eksempel er metoden Compensatory Cognitive Training (CCT), der ligeledes er målrettet borgere med psykotiske lidelser såsom skizofreni. Deltagerne lærer her en række mestringsstrategier, som de på en række efterfølgende møder drøfter anvendeligheden af (Tsutsumimoto m.fl. 2016). Også selvhjælpsgrupper målrettet x-psykiatriske patienter har vist positive resultater i forhold til et øget selvværd, en følelse af at kunne håndtere sygdommen samt en tilbagevenden på arbejdsmarkedet blandt deltagerne. Et eksempel herpå er en metode, hvor deltagerne selv tilrettelægger forløbets indhold med oplæg og diskussioner. Herpå foregår der gruppediskussioner om temaerne. På møderne opmuntrer og hjælper deltagerne hinanden indbyrdes til stor glæde for de deltagende (Yip 2002).

Sygdomslindring og bekæmpelse

Analysen viser, at 28 pct. af de gruppebaserede indsatser har til formål at lindre eller bekæmpe sygdomssymptomer. En væsentlig andel af disse indsatser vedrører fastholdelse af stoffrihed og ædruelighed hos borgeren via metoder målrettet reduktion i sandsynligheden for tilbagefald. En sådan metode er fx Peer-Support Recovery (Boisvert, Martin & Clarie 2008), der går ud på at oparbejde deltagernes beskæftigelsesrettede evner gennem en række gruppesessioner, hvor deltagernes egne ønsker til temaer danner struktur for, hvad der tales om på møderne. Baseret på selvrapporerede tal viste evalueringen et fald i sandsynligheden for tilbagefald blandt deltagerne. Også metoden The Elder Care track (Guida, Unterbacj & Tavolacci 2004), målrettet ældre borgere afhængige af narkotika, har til hensigt at reducere borgernes stofmisbrug gennem et selvhjælpsbaseret program, hvor deltagerne støtter og hjælper hinanden. Herforuden viser analysen af gruppeindsatser, at indførsel af rygestop blandt stof- og alkoholisbrugere har vist sig at medføre en reduktion i deres selvrapporerede misbrug (Santa & Elizabeth 2016). Desuden har Mindfulness-terapi også vist sig at reducere stress i forbindelse med misbrug (Garland m.fl. 2016). Endelig har også selvhjælpsgrupper baseret på et 12-trinsprogram påvist at have betydning for borgernes fastholdelse og motivation for behandlingen. De positive effekter var imidlertid alene signifikante for borgere med en positiv indstilling til programmet (Grazioli m.fl. 2015).

En anden væsentlig kategori af gruppeindsatser har til formål at dæmpe deltagernes angst og depressive symptomer samt øge deres livskvalitet. Dette kan eksempelvis ske gennem gruppebaseret mindfulness, der har påvist at reducere stress (Garland m.fl. 2016; Schroevers 2016). Herforuden har Mindfulness-baseret Kognitiv Terapi (Halperin m.fl. 2000; Piet 2011), Cognitive and Behavioral Treatment (CBT) og Psykoeducation (Young 2009) også vist sig at reducere depressionssymptomer (Muroff m.fl. 2014; Huntley m.fl. 2012). Gruppeterapi med inddragelse af en hund har vist sig at kunne sænke deltagernes blodtryk, forbedre deres mestringsevne og formindske følelsen af ensomhed (Kearney-Parker 2013). Online-selvhjælp har påvist en effekt i forhold til at reducere selvskadende adfærd blandt voksne med bi-polær lidelse. Metoden har blandt andet den fordel, at omkostningerne er lave og rækkevidden stor (Lauder m.fl. 2013). Endelig er der metoden Active Scheduling (Iqbal & Basset 2008), hvor der for patienter indlagt med depression planlæg-

ges nogle aktiviteter, som patienten skal gennemføre i hverdagen med henblik på at skabe ro og reducere stress for deltagerne.

3.2 Kerneelementer

På baggrund af forskningskortlægningen er der identificeret i alt 27 gruppeindsatser indeholdende kerneelementer. Følgende afsnit præsenterer en oversigt over kerneelementer fordelt på henholdsvis målgrupper (tabel 3.5), ydelser (tabel 3.6), designets robusthed (tabel 3.7) samt typer af kerneelementer (tabel 3.8).

Tabel 3.5 Målgrupper

	N	Procent
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	5	19
Udviklingsforstyrrelse	0	0
Psykiske vanskeligheder	8	30
Fysisk funktionsnedsættelse	1	4
Socialt problem	7	26
Misbrug	6	22

Anm.: N = 27.

Kilde: Egne opgørelser.

Tabel 3.5 bekræfter på samme måde som ved fordelingen af gruppeindsatser, at så godt som alle målgrupper er repræsenteret ved et kerneelement, om end psykiske vanskeligheder, sociale problemer og misbrug er de målgruppekategorier, der er identificeret flest kerneelementer i forhold til. Den eneste gruppe, der ikke er præsenteret ved et kerneelement, er borgere med udviklingsforstyrrelser.

Tabel 3.6 Ydelser

	N	Procent
Støtte til administration	0	0
Støtte til indkøb og kost	0	0
Støtte til kontakt og samvær	3	11
Støtte til medicinhandling	1	4
Støtte til personlig pleje	0	0
Støtte til praktiske opgaver i hjemmet	0	0
Støtte til uddannelse og beskæftigelse	2	7
Støtte til varetagelse af forælderrollen	2	7
Træning	4	15
Undervisning	0	0
Psykologisk behandling	3	11
Terapi	9	33
Misbrugsbehandling	3	11

Anm.: N = 27 (overlap kan forekomme).

Kilde: Egne opgørelser.

I tabel 3.6 ses en fordeling over kerneelementer opgjort på ydelser. Tabellen viser, at der findes flere kerneelementer målrettet træning af færdigheder, støtte til kontakt og samvær samt terapi, end der findes kerneelementer målrettet mere hverdagsmæssige gøremål, såsom støtte til indkøb og kost eller støtte til personlig pleje. En tredjedel af de identificerede kerneelementer vedrører således alene ydelser målrettet terapi.

Tabel 3.7 Design Robusthed

	N	Procent
C	17	63
B	1	4
A	9	33

Anm.: N = 27.

Kilde: Egne opgørelser.

Tabel 3.7 viser en oversigt over typen af design, som kerneelementerne er baseret på. Det fremgår, at hovedvægten af de studier, som identificerer kerneelementer, baserer sig på et mindre robust evalueringdesign. Dette er imidlertid ikke overraskende, givet at det oftest vil være kvalitative studier, som identificerer og afrapporterer resultater fra delindsatser samt resultater vedrørende borgernes egne oplevelser i forbindelse med en intervention.

Tabel 3.8 Kerneelementer

	N	Procent
Kerneelement	9	33
Formodet kerneelement	12	44
Ikke testet kerneelement	6	22

Anm.: N = 27.

Kilde: Egne opgørelser.

Endelig viser tabel 3.8 over fordelingerne opgjort på typer af kerneelementer, at 9 ud af de 27 identificerede studier baserer sig på kerneelementer, hvor komponenterne er testet i et robust design med henblik på at vurdere effekt.

Betegnelsen *kerneelementer* dækker over indsatser (bestående af én enkelt komponent), der har vist sig at producere et positivt outcome på baggrund af resultaterne af et forskningsmæssigt robust design (jævnfør Socialstyrelsens Vidensdeklaration effektviden klassificering A). Virkningen anført i oversigtstabellen kan her tilskrives det pågældende kerneelement i form af en statistisk korrelation.

Formodede kerneelementer refererer derimod til indsatser (bestående af én enkelt komponent), som formodes at tilvejebringe et ønsket outcome, men hvor dokumentationen baserer sig på et mindre robust design (jævnfør Socialstyrelsens Vidensdeklaration effektviden klassificering C-B). Virkningen anført i oversigtstabellen kan her stadig tilskrives det formodede kerneelement, men det er ikke muligt at vurdere, hvor stærk den pågældende sammenhæng er.

Endelig dækker betegnelsen *ikke testede kerneelementer* over dele af sociale indsatser, som omtales som virksomme i et eller flere af de identificerede studier, men hvor delelementets virkning endnu ikke er testet som selvstændig komponent.

Virkningen anført i oversigtstabellen kan således ikke med sikkerhed henføres til det pågældende element, men alene forventes at være en medvirkende årsag hertil.

3.2.1 Opslagsværk over kerneelementer

De 27 identificerede kerneelementer fra forskningskortlægningen fremgår af bilag 1 og 2. Her tjener bilagstabellerne 1.1-1.5 som et opslagsværk over identificerede gruppebaserede metoder indeholdende kerneelementer. Oversigtstabellen indeholder en kort beskrivelse af: (a) Indsatsernes navn; (b) Indsatstype; (c) Målet med indsatserne; (d) Kerneelementer i indsatserne; (e) Hvilken aldersgruppe, indsatserne er afprøvet i forhold til; (f) Om metoderne har haft en virkning; (g) Længden og intensiteten af indsatserne; (h) Hvilket land, indsatserne er afprøvet i; (i) Hvilket socialfagligt paradigme, indsatserne tager udgangspunkt i; (j) Hvor robust et design der ligger til grund for indsatserne; (k) En vurdering af eventuelle implementeringsbarrierer, herunder målgrupper, som vurderes ikke at profitere af gruppeindsatserne. Hos de metoder, der er manualbaserede, vil det ligeledes stå anført, om manualen er (a) velbeskrevet, (b) delvist beskrevet eller (c) beskrevet i mindre grad.

Bemærk i den sammenhæng, at syv af de identificerede gruppemetoder er manualbaserede. I tabel 3.9 ses en oversigt over de pågældende metoder, navnene på manualer, samt deres grad af beskrivelse.

Tabel 3.9 Manualbaserede indsatser

Navn	Manual	Grad af beskrivelse (a,b,c)
^D Rites of passage	Wozniak, D., & Allen, K. (2013). <i>Surviving domestic violence: A guide to healing your soul and building your future</i> . Avon, MA: Adams Press	c
^L NECT	Yanos et al. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. <i>International Journal of Group Psychotherapy</i> , 61(4): 576-595	b
^Z Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	Tovote et al. (2014). Individual-mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients With Diabetes: Results of a Randomized Controlled Trial. <i>Diabetes Care</i> 37: 2427-2434 Segal et al. (2002). <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse</i> . New York: Guilford Press	c
^B The growing up in a happy family program	Álvarez et al. (2016). Home and group-based implementation of the "Growing Up Happily in the Family" program in at-risk psychosocial contexts. <i>Psychosocial Intervention</i> 25: 69-78	b
^I Circle of parents	Materielt findes på 'Circle of Parents' hjemmeside: http://circleofparents.org/	a
^K Gruppeintervention for mandlige indsatte	Medlock, E.L. (2009). <i>Preparing Inmates For Community Re-entry: An Employment Preparation Intervention</i> . Dissertation, Department of Counseling Psychology and Human Services, University of Oregon	c
^H Visually impaired elderly persons participating (VIPP)	Alma et al. (2013). The Effectiveness of a multidisciplinary Group Rehabilitation Program on the Psychosocial Functioning of Elderly People Who Are Visually Impaired. <i>Journal of Visual Impairment & Blindness</i> 107 (1):5-16	c

Som et supplement til bilagstabel 1 beskriver bilagstabellerne 2.1-2.5 desuden de identificerede kerneelementerne i flere detaljer.² Bilag 2 kan på den måde anvendes som inspiration til udvikling af eksisterende gruppebøstøtteindsatser lokalt i kommunerne. Metoder identificeret i bilagstabel 1.1-1.5 kan lokaliseres i de uddybende bilagstabeller 2.1-2.5 ved hjælp af de tildelte bogstaver placeret umiddelbart foran metodens navn. Bogstaverne knytter således de pågældende studier sammen og genfindes ligeledes i litteraturlisten, således at metoder og referencer kan kobles til hinanden.

3.3 Fælleselementer

Hvilke kerneelementer er mest virksomme i forhold til mennesker med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer? I dette afsnit sætter vi fokus på kerneelementer, som går på tværs af flere af de identificerede metoder, og hvor tilliden til kerneelementets effekt derfor alt andet lige øges.

Kerneelementer identificeret på tværs af metoder med et robust effektdesign betegnes *fælleselementer*. I den pågældende forskningskortlægning er der identificeret to fælleselementer, henholdsvis Mindfulness og kognitiv adfærdsterapi. Fælles for begge fælleselementer gælder det, at

² Bemærk i den sammenhæng, at det ikke er alle artikler, der giver en fyldestgørende beskrivelse af de pågældende metoder eller kerneelementer, hvilket kan vanskeliggøre en implementering lokalt, hvis ikke der forefindes metode-manualer, der kan kvalificere beskrivelserne yderligere.

to kerneelementer (testet i et robust design) uafhængigt af hinanden understøtter effekten af det pågældende fælleselement.

To uafhængige studier har således identificeret mindfulness som et virkningsfuldt kerneelement, idet mindfulness i gruppesammenhæng har vist sig at have en væsentlig effekt i forhold til at mindske depressive symptomer og angst samt øge livskvaliteten hos personer med milde depressionssymptomer (cohens $d < 0,8$) (Schroevers 2016). Desuden har mindfulness vist sig at nedsætte trangen til narkotika og lindre traumer hos hjemløse misbrugere med angst (Garland & Roberts-Lewis 2016).

På samme måde som mindfulness har også kognitiv adfærdsterapi vist sig at udgøre et kerneelement, som går på tværs af to robuste effektdesigns. Her peger studier på, at kognitiv adfærdsterapi har en positiv effekt på oplevelsen af kontrol i hverdagen (Washington 2009). Dette kommer blandt andet til udtryk i form af en væsentlig reducere af selvstigmatisering (cohens $d = 1.04$), en moderat forbedring af selvværd (cohens $d = 0.6$) samt en mindre forbedring af livskvalitet (cohens $d = 0.3$) (Hansson & Philip 2016) hos personer med væsentlige sociale problemer og hjemløshed.

Tabel 3.9 giver et overblik over kerneelementer, der optræder på tværs af flere robuste studier og dermed udgør et fælleselement.

Tabel 3.9 Fælleselementer

MINDFULNESS		
Type indsats	(Del)outcome	Målgruppe
z Grøppebaseret mindfulness	Mindsker depressive symptomer og angst. Øger borgernes livskvalitet	Personer med milde depressionssymptomer
v Mindfulness-orienteret recovery	Mindfulness nedsætter trangen til stoffer og lindrer traumer	Hjemløse misbrugere med angst
KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI		
Type indsats	(Del)outcome	Målgruppe
j Kognitiv adfærdsterapi	Adfærdændring og ændring i tanke-mønster; øger håndterbarhed	Hjemløse kvinder
l NECT – Narrative enhancement and cognitive therapy	Reducerer selvstigma ved brug af narrative fortælleøvelser, hvor deltagerne fortæller deres historie på en ny måde med henblik på at forme deres identitet.	Borgere med psykiske vanskeligheder

Foruden de identificerede fælleselementer er det på baggrund af forskningskortlægningen desuden muligt at pege på en række *formodede fælleselementer*, som udgør elementer understøttet af flere kerneelementer baseret på et *ikke* robust effektdesign jf. betegnelserne Formodede Kerneelementer (FK) og Ikke Testede Kerneelementer (ITK).

Forskningskortlægningen peger her på, at fælles madlavning og fællesspisning udgør formodede fælleselementer, som er medvirkende til at øge deltageres evne til social interaktion (Foxhall & Gurr 2014) samt genlære sociale færdigheder (Allen & Wozniak 2014). Desuden peger flere studier på, at målgruppespecifikke støtteforløb udgør et formodet fælleselement, der bidrager til (1) at bryde social isolation (Brooke-Sumner m.fl. 2017); (2) at lære deltagerne at indgå i en interaktion på en social accepteret måde (Ramaprasad & Kalyanasundaram 2015); (3) at give deltagerne en følelse af ikke at være alene med sine problemer (Holtrop m.fl. 2017; Guida, Unterbach & Tavo-lacci 2004) og have nogen at dele sine erfaringer med (Alma m.fl. 2013 & Benoit m.fl. 2017). For-

hold, der øger lysten til at være mere åben (Haskett m.fl. 2017) og til at spejle sig i hinanden og bruge hinanden som rollemodeller (Boisvert m.fl. 2008).

Et sidste formodet fælleselement identificeret på baggrund af forskningskortlægningen er brug af frivillige med henblik på at støtte evnen hos personer med psykiske vanskeligheder til at leve et aktivt socialt liv. Den frivillige organiserer her samværet og understøtter på den måde borgerens mulighed for aktivt at deltage i sociale fællesskaber (Davidson & Stern 2013; Davidson m.fl. 2004). Bemærk, at flere borgere kan deltage samtidigt hos den samme frivillige, og at fælles events på tværs af borgere kan arrangeres (Davidson & Stern 2013).

3.4 Målgrupper

Foruden identifikation af kerneelementer og fælleselementer i de gruppebaserede metoder har det desuden været et ønske, at forskningskortlægningen kunne generere viden om målgrupper, som vurderes ikke at profitere af gruppeindsatserne. Forskningskortlægningen har imidlertid haft svært ved at tilvejebringe den ønskede viden på baggrund af litteraturstudiet, hvilket formentligt skyldes, at publicerede studier ofte afrapporterer indsatser og metoder med en positiv dokumenteret effekt eller virkning, hvorfor studier uden vellykkede resultater sjældent offentliggøres.

I forbindelse med anvendelse af gruppebaseret mindfulness nævnes det imidlertid, at metoden ikke egner sig til borgere med voldsom psykiatrisk komorbiditet, fremtrædende selvmordstanker eller nedsat kognitiv funktion (Schroevers 2016). Desuden forudsætter flere gruppebaserede indsatser målrettet misbrugere, at personen er stoffri (Ayres, Ingram & Greenwood 2001) eller i det mindste har et ønske om stoffrihed (Guida F, Unterbach & Tivolacci 2004). Enkelte metoder forudsætter desuden, at borgeren er motiveret for at indgå positivt i indsatsen (se fx Alvarez, Padilla & Máiquez 2016), hvilket kan gøre det svært for personer med skizofreni og bipolær lidelse, netop grundet deres sygdomssymptomer karakteriseret ved lav grad af motivation og humørsvingninger (Ramaprasad, & Kalyanasundaram, 2015).

3.5 Overførbare

For det konkrete projekt og for den videre anvendelse af resultaterne fra denne forskningskortlægning er det vigtigt at diskutere, hvordan vi kan overføre international viden og metoder til en dansk kontekst. Selvom mange af de identificerede gruppemetoder stammer fra USA, er der generelt få emner og områder i de indsatser, vi har fundet, som ikke også er aktuelle i Danmark. Mange gange gør lignende tendenser sig gældende på tværs af lande, fx i forhold til støtte af psykisk sårbarhed eller udfordringer forbundet med borgeres håndtering af sygdom. Der er på baggrund af forskningskortlægningen ikke identificeret forhold, der taler imod at anvende de pågældende metoder eller fælleselementer i en dansk kontekst. Dog skal det bemærkes, at resultater ofte er kontekstafhængige, hvorfor det ikke er givet, at man vil kunne opnå den samme virkning/effekt i en dansk sammenhæng, som studiet ved test har påvist.

4 Metode

4.1 Søgestrategi

Søgestrategien, der ligger til grund for denne forskningskortlægning, er designet til at omfatte et bredt spektrum af gruppebaserede indsatser målrettet borgere med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer. De identificerede gruppeindsatser omfatter derfor dels gruppebostøttemetoder, dels gruppebostøttelignende metoder. Kortlægningens eksplorative karakter er ligeledes afspejlet i søgestrategiens udformning, dog er identifikationen af relevante studier udført efter systematiske principper. I følgende afsnit er søgningens resultater, udformning og begrænsninger dokumenteret.

4.1.1 Opstilling af facetter til den systematiske litteratursøgning

Forskningskortlægningen er designet med afsæt i udvalgte kombinationer af "facetter". Facetter afspejler aspekter af kortlægningens formål og udgør grupperinger af emneord. Én facet kan eksempelvis indeholde emneord, der beskriver den valgte målgruppe, eller emneord, der angiver de typer af studier, man er interesseret i.

I den aktuelle forskningskortlægning blev følgende fire facetter fundet centrale:

- **Indsats:** gruppebostøtte(lignende) metoder
- **Målgruppe:** voksne med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer
- **Type af studie:** interventions- og implementeringsstudier, (procesorienterede) effektstudier samt kvalitative studier
- **Outcome-mål:** udvikle, fastholde eller begrænse tab af færdigheder og trivsel.

Søgestrategien er designet således, at en publikation vil blive inddraget i undersøgelsen, hvis den indeholder aspekter af *alle* fire facetter. Samtlige facetter er med andre ord nødvendige, mens ingen af de fire facetter er tilstrækkelige til at inkludere studiet i søgningen.

I forbindelse med udvælgelse af facetter blev det besluttet *ikke* at medtage "kerneelementer" som facet, idet en afgrænsning af søgestrategien til alene at medtage studier, der eksplicit omtaler kerneelementer, blev vurderet til at frasortere en række potentielt brugbare materialer. I stedet for at indgå som en facet med dertilhørende emneord er "kerneelementer" derimod anvendt som et inklusions- og relevanskriterie i screeningen af de identificerede materialer. Det vil sige, at "kerneelementer" ikke udgør et afgrænsende aspekt af selve søgningen, men gør det i relevansvurderingen af litteraturen i screeningsprocessen.

Fra facetter til systematisk litteratursøgning

For hver af de fire facetter er der identificeret en række emneord. Emneordene er identificeret på baggrund af drøftelser med Socialstyrelsen, pilotsøgninger i udvalgte databaser samt evaluering af allerede kendt materiale. De udvalgte emneord til de fire facetter er ikke direkte tilsvarende specifikke databasers kontrollerede emneord, idet pilotsøgningerne viste, at det emnemæssige spektrum for relevante publikationer er for bredt til udelukkende at være baseret på eksisterende kontrollerede emneord.

Forskningskortlægningens brede og eksplorative emnefelt vurderes bedre tilgodeset gennem søgninger ikke blot i databasernes kontrollerede emneord, men også søgninger i abstract og titel.

I tabel 4.1 ses en oversigt over facetter, tilhørende emneord og tilknyttede søgestrengte anvendt i kortlægningen.

Tabel 4.1 Facetter, emneord og søgestrengte

Tema	Facetter	Emneord	Søgestreng
Indsats	Gruppebostøtte-metoder	Network, Group, Team, ACT-team, Community Home, House, Shelter Visit, Support, Aid, Help, Assistance	((network* OR group* OR team* OR "ACT-team*" OR communit*) AND (home* OR hous* OR shelter*) AND (visit* OR support* OR "aid" OR help* OR assistan*))
Målgruppe	Voksne med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer	Psychosocial, Psychic, Mental, Social, Cognitive, Addict Ill & illness, Issue, Vulnerable, Problem, Disorder, Abuse, Impairment, Disabled, Marginalised, Injury, Mobility, Self-destructive	((psychosocial* OR psychic* OR mental* OR social* OR cognitive* OR addict*) AND (illness OR "ill" OR issue* OR vulnerab* OR problem* OR disorder* OR abuse* OR impair* OR disab* OR marginali* OR injur* OR mobil* OR self-destructive*))
Type af studie	Interventions- og implementeringsstudier, (procesorienterede) effektstudier og kvalitative studier	Systematic review, Meta analysis, RCT, Randomized controlled trial, Interventions, Practice based studies, Qualitative Studies, Case Studies, Implementation Studies, Program Theory, Realistic evaluation, Theory-based evaluation	("systematic review*" OR "meta analy*" OR "RCT" OR "random* control* trial*" OR intervent* OR "practice based" OR "qualitative stud*" OR "case stud*" OR "implementation stud*" OR "program theory" OR "realistic evaluation" OR "theory-based evaluation" OR program*)
Outcomemål	Udvikle færdigheder, fastholde færdigheder eller begrænse tab af færdigheder	Social Skills, Empowerment, Self-help, Recovery, Rehab, Self-management, Independent Living, Self-Improvement, Vocational, Occupational, Partipation, Skills, Coping, Wellbeing, Competence, Inclusion, Self-efficacy	("social skill*" OR empower* OR self-help* OR recover* OR rehab* OR self-management OR "independ* liv*" OR self-improvement* OR vocational* OR occupational* OR participati* OR "skills" OR coping* OR wellbeing OR competenc* OR inclusi* OR self-efficacy)

Kilde: Egne opgørelser.

Det er i forbindelse med udarbejdelse af søgestrategien desuden blevet testet, om det var muligt at udelade emneordene: *Network, Group, Team, ACT-team, Community, Home, House, Shelter* fra søgningen, samt om det vil være muligt at supplere de udvalgte emneord identificeret for målgrupper med specifikke emneord, der beskriver bestemte kategorier af målgrupper på socialområdet. Ingen af mulighederne kunne midlertidig imødekommes inden for projektets rammer grundet det store antal ekstra referencer, som søgningerne identificerede.

4.2 Systematisk databasesøgning

Der er blevet foretaget systematiske søgninger efter peer-reviewede forskningspublikationer i følgende bibliografiske databaser:

- SocIndex (gennem EBSCO-host)
- PsycInfo (gennem EBSCO-host)
- Academic Search Premier (gennem EBSCO-host)
- Social Science Citation Index (gennem ISI-Web of Science)
- Science Citation Index (gennem ISI-Web of Science).

For alle databasesøgningerne gælder det, at der er søgt i publikationers titel, abstract og emneord, med en årstalsafgrænsning fra 1997-2017. Yderligere afgrænsninger blev fravalgt for dermed at tilgodese den brede målgruppe og indsatsmæssige spektrum, der potentielt kunne bidrage med relevant forskningslitteratur omkring gruppebostøtteindsatser. Søgestrengen, som blev anvendt til søgning i SocINDEX, fremgår af tabel 4.2.

Tabel 4.2 Eksempel på søgestreng fra SocIndex

Search	Search Terms	Results
S17	S4 AND S8 AND S12 AND S16	564
S16	S13 OR S14 OR S15	248,495
S15	AB ("social skill*" OR empower* OR self-help* OR recover* OR rehab* OR self-management OR "independ* liv*" OR self-improvement* OR vocational* OR occupational* OR participati* OR "skills" OR coping* OR wellbeing OR competenc* OR inclusi* OR self-efficacy)	207,683
S14	SU ("social skill*" OR empower* OR self-help* OR recover* OR rehab* OR self-management OR "independ* liv*" OR self-improvement* OR vocational* OR occupational* OR participati* OR "skills" OR coping* OR wellbeing OR competenc* OR inclusi* OR self-efficacy)	66,624
S13	TI ("social skill*" OR empower* OR self-help* OR recover* OR rehab* OR self-management OR "independ* liv*" OR self-improvement* OR vocational* OR occupational* OR participati* OR "skills" OR coping* OR wellbeing OR competenc* OR inclusi* OR self-efficacy)	50,681
S12	S9 OR S10 OR S11	315,324
S11	AB ("systematic review*" OR "meta analy*" OR "RCT" OR "random* control* trial*" OR intervent* OR "practice based" OR "qualitative stud*" OR "case stud*" OR "implementation stud*" OR "program theory" OR "realistic evaluation" OR "theory-based evaluation" OR program*)	280,314
S10	SU ("systematic review*" OR "meta analy*" OR "RCT" OR "random* control* trial*" OR intervent* OR "practice based" OR "qualitative stud*" OR "case stud*" OR "implementation stud*" OR "program theory" OR "realistic evaluation" OR "theory-based evaluation" OR program*)	47,147
S9	TI ("systematic review*" OR "meta analy*" OR "RCT" OR "random* control* trial*" OR intervent* OR "practice based" OR "qualitative stud*" OR "case stud*" OR "implementation stud*" OR "program theory" OR "realistic evaluation" OR "theory-based evaluation" OR program*)	67,719
S8	S5 OR S6 OR S7	255,411
S7	AB ((psychosocial* OR psychic* OR mental* OR social* OR cognitive* OR addict*) AND (illness OR "ill" OR issue* OR vulnerab* OR problem* OR disorder* OR abuse* OR impair* OR disab* OR marginali* OR injur* OR mobil* OR self-destructive*))	211,895
S6	SU ((psychosocial* OR psychic* OR mental* OR social* OR cognitive* OR addict*) AND (illness OR "ill" OR issue* OR vulnerab* OR problem* OR disorder* OR abuse* OR impair* OR disab* OR marginali* OR injur* OR mobil* OR self-destructive*))	79,265
S5	TI ((psychosocial* OR psychic* OR mental* OR social* OR cognitive* OR addict*) AND (illness OR "ill" OR issue* OR vulnerab* OR problem* OR disorder* OR abuse* OR impair* OR disab* OR marginali* OR injur* OR mobil* OR self-destructive*))	21,814
S4	S1 OR S2 OR S3	8,945
S3	AB ((network* OR group* OR team* OR "ACT-team*" OR communit*) AND (home* OR hous* OR shelter*) AND (visit* OR support* OR "aid" OR help* OR assistan*))	8,689
S2	SU ((network* OR group* OR team* OR "ACT-team*" OR communit*) AND (home* OR hous* OR shelter*) AND (visit* OR support* OR "aid" OR help* OR assistan*))	367
S1	TI ((network* OR group* OR team* OR "ACT-team*" OR communit*) AND (home* OR hous* OR shelter*) AND (visit* OR support* OR "aid" OR help* OR assistan*))	110

Kilde: Egen opgørelse.

4.3 Grå litteratursøgning

Ud over den elektroniske databasesøgning er der ligeledes foretaget en grå litteratursøgning, med henblik på at identificere materialer, der ikke som udgangspunkt er publiceret i elektroniske databaser. Grå litteratur omfatter eksempelvis rapporter, bøger, afhandlinger og myndighedsudgivelser. Søgningen efter grå litteratur er sket via en målrettet søgning i Google samt andre institutionelle arkiver. Desuden består den grå litteratursøgning af brug af citation pearl growing/snowballing, hvor referencer anført i allerede identificerede materialer inkluderes i forskningskortlægningen. Søgningen efter grå litteratur omfatter alene danske, svenske, norske samt engelsksprogede referencer.

Af søgetekniske årsager kan søgning efter grå litteratur aldrig blive helt så systematisk som en databasesøgning. Dog er de samme overordnede søgetermer anvendt i den grå litteratursøgning. I søgningen efter danske udgivelser suppleres søgestrategien desuden med begrebet 'gruppebostøtte', mens søgningen efter svenske og norske udgivelser suppleres med begreberne 'boendestöd' (svensk) og 'bostøtte-team' samt 'boteam' (norsk), som svarer til den danske bostøtteordning, jævnfør servicelovens § 82 og § 85. Søgningen efter grå litteratur fandt sted på følgende hjemmesider og informationskilder:

- <https://www.google.com/>
- <https://psrrpscanada.com/>
- <https://www.samhsa.gov/>
- <https://www.nlm.nih.gov/>
- <https://www.nih.gov/>
- <https://www.napha.no/>
- <http://fonteneforskning.no/>
- <https://oria.no/>
- <https://www.forskning.no/>
- <http://www.socarb.su.se/>
- <https://libris.kb.se/>
- <https://cpr.bu.edu/>
- <http://www.researchintorecovery.com/ror2017>
- <http://dansksociologi.dk/>
- <http://www.forskningsdatabasen.dk/da>
- <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/>

4.4 Screenings- og kodningsproces

Identificerede materialer er blevet registreret og bearbejdet via referencehåndteringsplatformen Mendeley. Mendeley danner ramme om en IT-baseret samarbejdsplatform, der gør det muligt for projektgruppens medlemmer at tilgå de identificerede materialer samtidig. Mendeley gør det desuden muligt at kommunikere omkring, hvilke studier der henholdsvis inkluderes og ekskluderes fra søgningen, samt hvorvidt en reference er kodet eller ej.

Screeningen af identificerede materialer blev foretaget med afsæt i de udvalgte facetter. Det betyder, at et studie for at være relevant for undersøgelsen måtte matche følgende kriterier for inklusion:

- Udgøre en gruppebostøtte(lignende) metode

- Være målrettet personer med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer
- Have til formål at udvikle, fastholde eller begrænse tab af færdigheder og trivsel
- Være målrettet voksne borgere (18+).

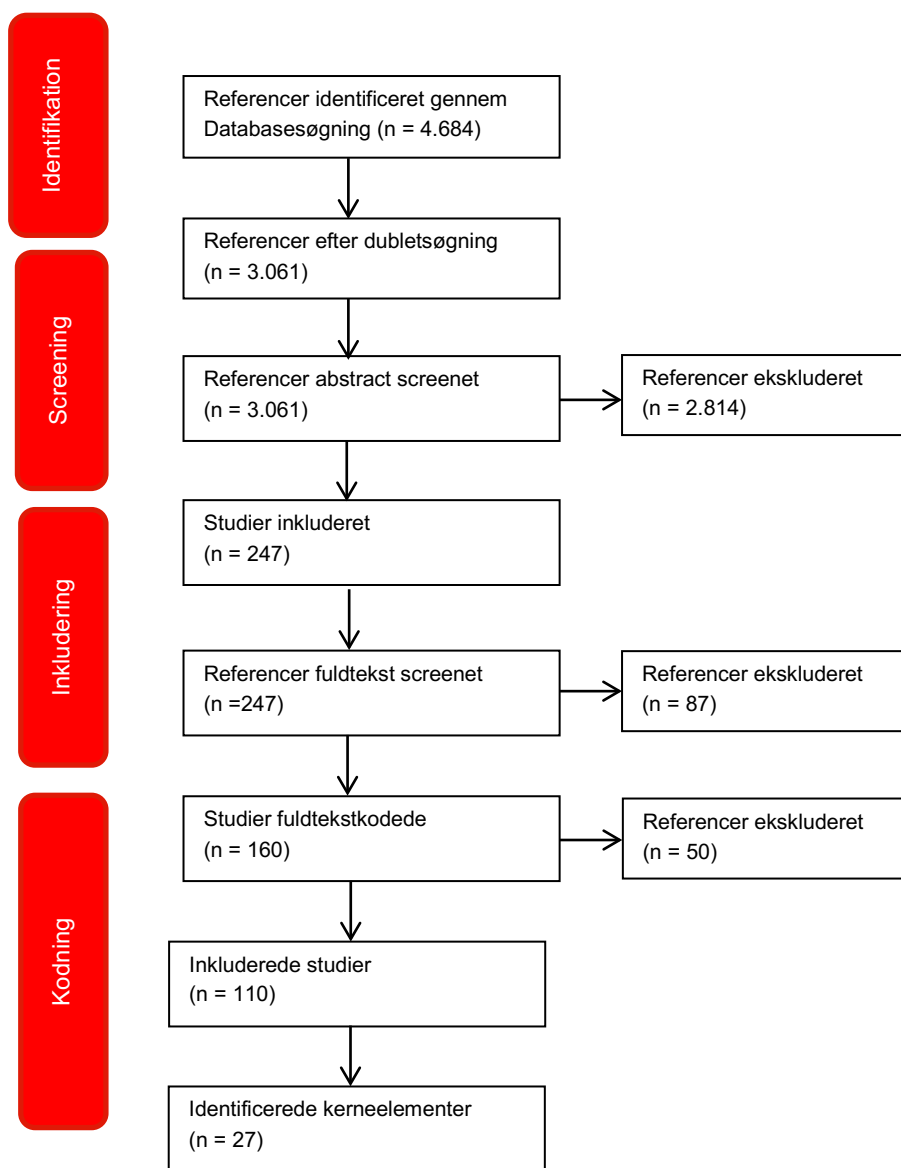
På første niveau af screeningsprocessen blev inklusion af relevante studier foretaget på baggrund af materialets resumé og titel. Første niveau af screeningen blev udført med henblik på at udelukke studier, som var åbenlyst irrelevante – eksempelvis studier, der ikke var gruppebaseret eller indsatser udviklet til børn. På andet niveau af screeningen blev studier, der blev inkluderet på første niveau af screeningen, hentet i fuld tekst for herefter at blive fuldtekstkodet. Hvert inkluderet studie er dernæst kodet efter følgende kategorier:

- Metodens navn
- Metodens bestanddele
- Metodens effekter/virkning
- Kerneelementer
- Målgrupper og aldersgrupper, metoden er målrettet
- Funktionsnedsættelse og/eller udsathed hos målgruppen
- Længde og intensitet af metoden
- Socialfagligt paradigme, som metoden bygger på
- Land, som metoden er afprøvet i
- Metodisk design
- Robusthed af metodens design i forhold til vurdering af effekt
- Overførbarhed til dansk kontekst
- Målgrupper, som metoden ikke er velegnet til
- Manualbaseret program ja/nej

Kodningen foregik via software programmet SurveyXact, hvor samtlige af ovenstående kategorier var prædefinerede med henblik på at sikre systematik og ensartethed på tværs af kodningerne.

Figur 4.1 visualiserer inklusionsprogression i forskningskortlægningen.

Figur 4.1 Diagram over søge- og screeningsprocessen



Kilde: Egen opgørelse.

5 Opsummering

Forskningskortlægningen afrapporteret i dette notat er udført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd for Socialstyrelsen. Kortlægningen er udført i perioden maj 2017 til december 2017 med henblik på at identificere den aktuelt bedste viden omkring kerneelementer og fælleselementer i gruppebostøttemetoder og gruppebostøttelignende metoder. I en dansk kontekst vil der være tale om ydelser tildelt efter servicelovens § 82 og § 85. Begrebet kerneelement betegner i denne sammenhæng dele af sociale indtaster, som er nødvendige og samtidig tilstrækkelige til at frembringe et positivt (del)outcome. Begrebet fælleselement betegner derimod kerneelementer, som har vist sig virksomme på tværs af flere indsatser. Kerneelementer og fælleselementer er identificeret med henblik på at understøtte Socialstyrelsens projekt om udvikling af effektiv bostøtte i kommuner, udført i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet (UIP).

Forskningskortlægningen har identificeret i alt 110 relevante gruppeindsatser målrettet voksne borgere med sindslidelse, handicap eller alvorlige sociale problemer. Analyser af materialet viser, at alle generiske kategorier af målgrupper er præsenteret via forskningskortlægningen; om end psykiske vanskeligheder og sociale problemer udgør de største kategorier. Analysen af gruppeindsatserne viser desuden, at studierne kan inddeles i seks kategorier af hovedformål afhængig af, hvad metoderne ønskes at afstedkomme af virkning hos borgerene. Hovedformålene er henholdsvis: 1) Social integration og samfundsdeltagelse; 2) Empowerment og livskvalitet; 3) Livsstilsændring; 4) Forældrekompetencer; 5) Sygdomslære og håndtering; 6) Sygdomslindring og bekæmpelse.

På baggrund af gruppeindsatserne er der identificeret i alt 27 kerneelementer, som ligeledes fordeles sig jævnt med hensyn til målgrupper. Den eneste målgruppe, der ikke er præsenteret ved et kerneelement, er borgere med udviklingsforstyrrelser. Fordeling af metoder og kerneelementer på ydelser viser derimod en overvægt af studier og kerneelementer målrettet træning af færdigheder samt støtte til kontakt og samvær samt terapi. Herimod er der identificeret færre kerneelementer målrettet hverdagsmæssige gøremål såsom støtte til indkøb og kost samt personlig pleje.

På baggrund af de 27 kerneelementer er der identificeret i alt to fælleselementer. Fælleselementerne er identificeret på baggrund af studier med et robust design, når det kommer til vurderingen af effekt. De to fælleselementer er henholdsvis Mindfulness og Kognitiv adfærdsterapi. Mindfulness udgør et kerneelement, idet metoden kan afhjælpe depressive symptomer og øge livskvalitet blandt personer med depression (Schroevers 2016). Mindfulness har desuden vist sig at nedsætte stoftrangen hos hjemløse stofmisbrugere (Garland & Roberts-Lewis 2016). Kognitiv adfærdsterapi udgør ligeledes et kerneelement, da terapiformen muliggør adfærdsændringer og ændringer i tanke-mønstre hos fx hjemløse kvinder (Washington 2009).

Foruden de to fælleselementer er der på basis af kortlægningen desuden identificeret tre såkaldte formodede kerneelementer, der repræsenterer kerneelementer, der går på tværs af ikke robuste metoder. De formodede kerneelementer er henholdsvis fælles madlavning og fællesspisning, der øger deltagerens sociale interaktion (Foxhall & Gurr 2014) og færdigheder (Allen & Wozniak 2014). Inddragelse af frivillige i opnåelsen af et aktivt socialt liv (Davidson m.fl. 2004), hvor borgerne støttes i at udfolde sig socialt samt fælleselementet målgruppenspecifik gruppeforløb, der kan bidrage til at bryde social isolation (Brooke-Summer m.fl. 2017).

Desuden kan gruppeindsatserne lære deltagerne at begå sig socialt (Ramaprasad & Kalyanasundaram, 2015), give deltagerne en følelse af ikke at være alene med deres problemstillinger

(Guida; Unterbach & Tavoracci 2004; Holtrop m.fl. 2017), have nogen at dele sine erfaringer med (Alma m.fl., 2013; Benoit m.fl. 2017), lære at være mere åben (Haskett m.fl. 2017) samt spejle sig i hinanden og bruge hinanden som rollemodeller og sparringspartnere (Boisvert m.fl. 2008).

Samtlige kerneelementer identificeret i forskningskortlægningen fremgår af oversigterne i bilag 1 og 2.

Litteratur

- Adams, R. (2008): *Empowerment, Participation and Social Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- † Ahmadi, N. (2013): The Brain Integration Programme – a residential community reintegration program for severe chronic brain injury. I: *Casebook of Exemplary Evidence-Informed Programs that Foster Community Participation after Acquired Brain Injury*, ed. R. Volpe. [S.I.]: AP, Information Age Publishing, 289-301.
- Ailey S.H., T.R. Friese & A.M. Nezu (2012): Modifying a Social Problem-Solving Program With the Input of Individuals With Intellectual Disabilities and Their Staff. *Research in Nursing & Health*, 35(6): 610-623.
- ‡ Allen K.N & D.F. Wozniak (2014): The integration of healing rituals in group treatment for women survivors of domestic violence. *Social Work in Mental Health*, 12(1): 52-68.
- § Alma, M.A, J.W. Groothoffrt, J.M. Melis-Dankers, T.P.B. M. Suurmeijer & S.F. Van der Mei (2013): The Effectiveness of a Multidisciplinary Group Rehabilitation Program on the Psychosocial Functioning of Elderly People Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(1): 5-16.
- ¶ Alvarez, M., S. Padilla & L.M. Máiquez (2016): Home and group-based implementation of the “Growing up happily in the Family” program in at-risk psychosocial contexts. *Psychosocial Intervention*, 25(2):69-78.
- ▲ Aschbrenner K.A, J.A. Naslund, L.K. Barre, K.T. Mueser, A. Kinney & S.J. Bartels (2015): Peer health coaching for overweight and obese individuals with serious mental illness: Intervention development and initial feasibility study. *Translational Behavioral Medicine*, 5(3):277-284.
- ◊ Ayres, R., J. Ingram & R. Greenwood (2001): An evaluation of outcomes from the relapse avoidance. *Journal of Substance Use*, 8(2):85-91.
- Bavolek, S.J. & R.G. Keen (2001): *Adult-Adolescent Parenting Inventory AAPI-2: Administration and Development Handbook*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- Beck, A.T., R.A. Steer & G.K. Brown (1996): *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Cooperation.
- Bech, P., L. Olsen, M. Kjoller & N. Rasmussen (2003): Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 mental health subscale and the WHO-five wellbeing scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2): 85-91.
- Ⓜ Beck-Sander A., A. Griffiths & C. Friel (1998): A group-based intervention for forensic patients recovering from psychosis. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8(3): 193-201.
- Bengtsson, S. & M. Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig – Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*. SFI-rapport 12:19. København: SFI.

- o Benoit C., L. Belle-Isle, M. Smith, R. Phillips, L. Shumka, C. Atchison, M. Jansson, C. Loppie & J. Flagg (2017): Sex workers as peer health advocates. Community empowerment and transformative learning through a Canadian pilot program. *International Journal for Equity in Health*, 16(1):160.
- Berrenberg, J.L. (1987): The Belief in Personal Control Scale: A measure of God-mediated and exaggerated control. *Journal of Personality Assessment*, (51): 194-206.
- Berman, M.I., N.M. Stephanie & M.T. Hegel (2016): Uncontrolled pilot study of an Acceptance and Commitment Therapy and Health at Every Size intervention for obese, depressed women: Accept Yourself! *Psychotherapy*, 53(04): 462-467.
- Birchwood, M., J. Smith, R. Cochrane, S. Witton & S. Copestake (1990): The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157: 853–859.
- Björkman, T. & B. Svensson (2005): Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59: 302-306.
- ∨ Boisvert R.A., L.M Martin, M. Grosek & A.J. Clarie (2008): Effectiveness of peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. *Occupational Therapy International*, 15(4): 205-220.
- Borsay, C. (2013): Anger management interventions for adults with learning disabilities living in the community: a review of recent (2000-2010) evidence. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(1): 38-44.
- ⊖ Brooke-Sumner, C., C. Lund, O. Selohilwe & I. Petersen (2017): Community-based psychosocial rehabilitation for schizophrenia service users. *Social Work in Mental Health*, 15(3): 249-283.
- Brown, F., M. Shiels & C. Hall (2001): A pilot community living skills group: An evaluation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 16(03): 144-150.
- ⊞ Carpenter-Song, E., M.M.S., Hipolito, M.S. Mananita & R. Whitley (2012): 'Right here is an oasis': How 'recovery communities' contribute to recovery for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6):435-440.
- Cederbalk, S., & A.R. Torres (2013): *Self-stigma and social support: Prevalence and correlations in a sample of people with mental illness* [In Swedish]. Candidate paper for BA. Lund: Department of Psychology, Lund University.
- Chien, W.T & S.W.C. Chan (2001): One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(11): 1276-1284.
- Cohen, S., T. Kamarch & R. Mermelstein (1983): A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.
- Constantino J.N., N. Hashemi, E. Solis, T. Alon, S. Haley, S. McClure m.fl. (2001): Supplementation of urban home visiting with a series of group meetings for parents and infants: Results of a "real world" randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 25(12): 1571-1581.

- o Davidson, L., G. Shahar, D.A Stayner, M.J. Chinman & J. Rakfeldt (2004): Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4): 453-477.
- s Davidson, L. & E. Stern (2013): Psychiatric/Psychosocial Rehabilitation (PSR) in Relation to Social and Leisure Environment: Friends and Recreation. *Current Psychiatry Reviews*, 9(3):207-213.
- Daumit, G.L., A.T. Dalcin, G.J. Jerome, D.R. Young m.fl. (2011): A behavioral weight-loss intervention for persons with serious mental illness in psychiatric rehabilitation centers. *International Journal of Obesity*, 35(8): 1114-1123.
- c Foxhall, M. & B. Gurr (2014): Skills for life – evaluation of a group intervention for brain injury survivors. *Social Care and Neurodisability*, 5(4): 214-222.
- v Garland, E.L., A. Roberts-Lewis, C.D., Tronnier, R. Graves & K. Kelley (2016): Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77: 7-16.
- Gleibs I.H, C. Haslam, J.M. Jones, S.A. Haslam, J. McNeill & H. Connolly (2011): No country for old men? The role of a Gentlemen's Club in promoting social engagement and psychological well-being in residential care. *Aging & Mental Health*, 15(4): 456-466.
- Granerud, A. & E. Severinsen (2006): The struggle for social integration in the community - the experience of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 13: 288-293.
- Grazioli V.S., S.E. Collins, J.B. Daepfen, M.E. Larimer (2015): Perceptions of twelve-step mutual-help groups and their associations with motivation, treatment attendance and alcohol outcomes among chronically homeless individuals with alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*, 26(5): 468-474.
- m Guida, F., A. Unterbach & J. Tavalacci (2004): Residential Substance Abuse Treatment for Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 44(1-2):95-109.
- Halperin, S., P. Nathan, P.D Drummond & D.C. Castle (2000): A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34(5): 809-813.
- L Hansson, L. Yanos, T. Philip (2016): Narrative enhancement and cognitive therapy: A pilot study of outcomes of a self-stigma intervention in a Swedish clinical context. *Stigma and Health*, 1(4):280-286.
- I Haskett, M.E., K.C. Okoniewski, J.M. Armstrong, S. Galanti, E. Lowder, E. Loehman & J.P. Lannier (2017): Feasibility, acceptability, and effects of a peer support group to prevent child maltreatment among parents experiencing homelessness. *Children and Youth Services Review*, 73: 187-196.
- Haslam, C., S.A. Haslam, J. Jetten, A. Bevens; S. Ravenscroft & J. Tonks (2010): The social treatment: The benefits of group interventions in residential care setting. *Psychology and Aging*, 25:157-167.

- ñ Holtrop, K.S., J.C Parra-Cardona, J.R. Smith, S.M. Schmittl, E. Larance & L. Young (2017): Exploring factors that contribute to positive change in a diverse, group-based male batterer intervention program: Using qualitative data to inform implementation and adaptation efforts, *Journal of Interpersonal Violence*, 32(8):1267-1290.
- Æ Hunter, G.P.R. (2002): Involving Big Issue Vendors in a Peer Education Initiative to Reduce Drug-related Harm: a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 9(1): 57-69.
- Huntley A.L, R. Araya & C. Salisbury (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3): 184-190.
- ο Iqbal S. & M. Basset (2008): Evaluation of perceived usefulness of activity scheduling in an inpatient depression group. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15: 393-398.
- Karwoski, L. (2003): *Therapeutic Lifestyle Change: Piloting a Novel Group-Based intervention for Depression*. Ann Arbor, MI: University of Kansas.
- × Kearney-Parker, K.J. (2013): *Animal-assisted stress reduction group therapy in a community mental setting: a pre-experimental evaluation of treatment effectiveness*. Theses. Mission Station CA: California Institute of Integral Studies.
- Koudenburg, N., J. Jetten & G.A. Dingle (2016): Personal autonomy in group-based interventions. *European Journal of Social Psychology*, 47: 653-660.
- Kristensen, O.S., M.L. Oberman & A. Dolmer (2007): *Forskellen mellem social integration og social inklusion*. Aarhus: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Krupa T., M. Lagarde & K. Carmichael (2003): Transforming sheltered workshops into affirmative businesses: an outcome evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4): 359-367.
- Lauder, S., A. Chester, D. Castle, S. Dodd m.fl. (2013): Development of an online intervention for bipolar disorder. www.moodswings.net.au. *Psychology, Health & Medicine*, 18(2): 155-165.
- Lee, D., J. Hammel & T. Wilson. (2016): A community living management program for people with disabilities who have moved out of nursing homes: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 38(8): 754-760.
- McDermut, W., I.W. Miller & R.A. Brown (2001): The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8: 98-116.
- κ Medlock, E.L. (2009): Preparing inmates for community re-entry: An employment preparation intervention. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(11B):7234-7315.
- Mulhall, J. (1978): *The Personal Questionnaire Rapid scaling Technique Manual*. Windsor: National Foundation for Education Research.
- Muroff, J., P. Underwood & G. Steketee (2014): *Group Treatment for Hoarding Disorder: Therapist Guide*. London: Oxford University Press.
- National Resource Center, F.R.I.E.N.D.S (2011): *Protective Factors Survey User's Manual*. Chapell Hill NC: National Resource Center.

- Norman, C. (2006): The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2): 184-192.
- Overall, J.E. & D.R. Gorham (1962): The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799–812.
- Piet, J. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6): 1032-1040.
- Ⓔ Ramaprasad, D. & S. Kalyanasundaram (2015): Group Intervention in a Therapeutic Community for Persons with Chronic Mental Illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 19(2): 12-20.
- Reupert, A. & D. Maybery (2011): Programmes for parents with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3): 257-264.
- Ross, A. (2013): *Impact of psychoeducational advocacy training as compared to psychoeducational support group as an empowering tool for female survivors of domestic violence*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 74(4), Graduate School of Social Service, Fordham University.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979): *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.
- Ⓐ Santa A. & J. Elizabeth (2016): Impact of group motivational interviewing on enhancing treatment engagement for homeless Veterans with nicotine dependence and other substance use disorders. A pilot investigation. *American Journal on Addictions*, 25(7): 533-541.
- Ⓐ Schroevers, M. (2016): Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7(6): 1339-1346.
- Segal, Z.V., M.G. Williams & J.D. Teasdale (2002): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Socialstyrelsen (2017): *Vidensdeklaration – Socialstyrelsens Vidensdeklaration af sociale indsatser og metoder*. Odense: Socialstyrelsen.
- Solberg, V.S., G. Good & D. Nord, C. Holm, R. Hohner & N. Zima et al. (1994): Assessing career search expectations: Development and validation of the career Search self-Efficacy scale. *Journal of Career Assessment*. (2)2: 111-123.
- Spitzer, R., K. Kroenke, J. Williams & B. Lowe (2006): A brief measure for assessing generalized anxiety disorder - the GAD-7. *Archives of International Medicine*, 166(10): 1092-1097.
- Timothy L.D. (2004): A Multiple-Family Group Intervention for Homeless Families: The Weekend Retreat. *Health & Social Work*, 5(04): 326-329.

Tobin, M.C. (2016): *Development of interaction during a social skills intervention group for emerging adults with autism spectrum disorders*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. PhD thesis. University Park: Pennsylvania State University.

J Washington, O.G.M (2009): Enabling Older Homeless Minority Women to Overcome Homelessness by Using a Life Management Enhancement Group Intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(2): 86-97.

Webber, M. & M. Fendt-Newlin (2017): A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4): 369-380.

Wu, L.F., L.J Chuo & S.T. Wu (2012): The effect of group instrumental reminiscence therapy in older single veterans who live in a veterans home in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(1):107-108.

Yeagle, E.H. (2016): *A group intervention designed to facilitate post traumatic growth: A case study with survivors of domestic violence*. Union Institute and University, 92. Ann Arbor, MI: ProQuest LLC.

Yip, K. (2002): A mutual-aid group psychiatric rehabilitation of mental ex-patients in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(4): 253-265.

Young, C.D (2009): *Therapeutic Lifestyle Change: A brief psychoeducational intervention for the prevention of depression*. Dissertation. Lawrence: Faculty of Psychology, University of Kansas.

Bilag 1 Beskrivelser af gruppeindsatser og kerneelementer

Bilagstabel 1.1 Oversigtstabel over gruppeindsatser og kerneelementer. Psykisk sårbarhed.

Indsatsens navn	Formål	Indsatstype	Målgruppe	Alders-gruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manual baseret	Designets robusthed (A-D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
A Peerfit	Forbedre psykisk syges sundhed gennem peer health coaching	Motion og sund kost guidet af peer support supervision	Svære psykiske vanskeligheder Overvægt BMI > 25	21+	6 måneder	2 timer ugentlige møder	USA	56 pct. af deltagerne tabte sig ved interventionen. Gennemsnitligt vægttab $2,7 \pm 2,1$ kg. Deltagerne rapporterede høj tilfredshed med programmet	Motiverende sms (ITK)			Nej	C	
G The partnership project	Øge personernes sociale liv ved at blive matched med en frivillig partner	Støttet socialt samvær	Svære psykiske vanskeligheder	42 år i gennemsnit	9 måneder	Ugentligt samvær nogle timer	USA	Forbedrer muligheden for aktivt at deltage i sociale fællesskaber Forbedring i borgerens selvværd ³ Stigning i borgerens sociale funktionsevne, målt ved deltagerens sociale kompetence og grad af social aktivitet ⁴ Lindring af borgernes psykiatriske symptomer ⁵	Støttet socialt samvær (K)	Recovery	Betaling til den frivillige partner. Ca. 170 kr. pr. måned til sociale aktiviteter.	Nej	A	
I NECT (narrative enhancement and cognitive therapy)	Reducere selvstigmatisering hos psykisk syge borgere	Psykoedukation, der skal erstatte stigmatiserende synspunkter om psykisk sygdom	Svære psykiske vanskeligheder			20 sessioner	Sverige	Reducering af selvstigma (stor effekt, cohens $d = 1.04$) ⁶ og forbedring af selvværd ⁷ (moderat effekt, cohens $d = 0.6$) og livskvalitet ⁸ (lille effekt, cohens $d = 0.3$)	Narrativ forandring, med henblik på at se sin historie på nye måder (K)			Ja (b) Én til facilitatorer og én til deltagere	A	
O Activity Scheduling within cognitive behavioral therapy	Mindske depressionssymptomer	Planlagte aktiviteter, der udføres i	Depressive patienter, der er indlagt		6 uger	Må mødes 1 gang på 6 uger og gennemføre 1 aktivitet	UK	Alle patienter angav, at de fandt anvendelsen af AS nyttigt i forhold til deres behandling. Det forbedrede deres humør også efter aktiviteternes ophør. Nogle patienter fandt at AS forbedrede deres kognitive evner, mens andre angav, at de fik større selvtilid af aktiviteterne	Activity Scheduling (FK)	Recovery		Nej	C	
R Recovery Communities - Supported Housing	Recovery hos personer med psykisk sygdom og dobbeltdiagnose	Recovery Communities Bofællesskab for personer med psykisk sygdom og dobbeltdiagnose	Svære psykiske vanskeligheder og dobbeltdiagnoser	Gennemsnitsalder 47			USA	Bofællesskabet understøtter aktiv deltagelse i et fællesskab, mestring af sygdom og recovery ved at være åben omkring sine psykiske problemer og evt. misbrug Bofællesskabet skaber tryghed, en følelse af familiære bånd, at nogen 'ser en', hvilket skaber sikkerhed og tryghed for beboerne	Sammenhold og konstruktiv social interaktion. Forpligtende fællesskab (FK)	Recovery	Kræver tværsektoriel organisering og løn til personale. Egnet bolig med fælles og individuelle arealer	Nej	C	

³ Selvværd er målt ved brug af skalaen Rosenberg 'Self-Esteem Scale' (Rosenberg, 1965).

⁴ Grad af social aktivitet er målt ved brug af skalaen 'Den sociale funktionsskala' (Birchwood, Smith, Cochrane, Witton & Copestake, 1990).

⁵ Psykiatriske symptomer er målt ved brug af skalaen 'Den korte psykiatriske vurderingsskala' (Overall & Gorham, 1962).

⁶ Selvstigma er målt ved brug af skalaen 'The self-Stigma of Mental Illness' (kort udgave) (SSMIS-SF) (Cederbalk & Rovira Torres, 2013).

⁷ Selvværd er målt ved brug af skalaen 'Rosenberg selvværds skala' (Rosenberg, 1979).

⁸ Livskvalitet er målt ved brug af skalaen 'The Manchester Short Assessment of Quality of LiFE Scale (MANSA)' (Björkman & Svensson, 2005).

Indsatsens navn	Formål	Indsatsstype	Målgruppe	Aldersgruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manual baseret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
s COM-peer, I-CAN	Udvikle et mere socialt liv	COM-peer/I-CAN	Svære psykiske vanskeligheder		Varierende, men ideelt set mindst en aktivitet om ugen		USA	Bedre sociale relationer, mere mod på et socialt liv ved at borgerne oplever mindre angst, mindre ensomhed, og mindre angst	Støtte til et aktivt socialt liv vha. en frivillig makker COM-Peer + I-CAN (FK)	Recovery	Kræver organisering af frivillige, og evt. administration af et lille økonomisk tilskud	Nej	C	
z Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	Forbedre borgernes depressive symptomer, øge livskvaliteten og reducere angst	Gruppebaseret mindfulness	Borgere med mild depression og somatisk sygdom	18-70 år. Gennemsnitsalder 52 år	8 uger	Ugentligt. 125-150 minutter pr. gang	Holland	Forbedrede borgernes depressive symptomer ⁹ , øgede livskvaliteten ¹⁰ og dæmpede angstsymptomer ¹¹ . Der blev fundet en stor effekt (cohens d > 0,8) og en signifikant forbedring ved alle tre forhold (p < 0,001)	Mindfulness (K)			Ja (c)	A	Borgere med voldsomme psykiatriske komorbiditeter, selvmordstanker, nedsat kognitive funktioner
x Animal-assisted stress reduction group therapy	Reducere stress ved inddragelse af dyr i gruppesammenhæng	Gruppeterapi med besøg af hund. Deltagerne taler om deres stress tilstand	Voksne med kronisk stress, lavt bemidlede	29-69 år		21 sessioner, 1 gang ugentligt	USA	Gruppeterapien reducerede deltageres stressniveau ¹² med stor effekt (cohens d = 1.84)	Dyr (her hund) inddrages i terapi forløb (FK)			Nej	C	

⁹ Depressive symptomer er målt ved brug af skalaen 'BDI-II' (Beck et al. 1996).

¹⁰ Livskvalitet er målt ved brug af skalaen 'The Well-Being Index (WHO-5)' (Bech et al. 2003).

¹¹ Angstsymptomer er målt ved brug af skalaen 'The Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)' (Spitzer et al. 2006).

¹² Stressniveau er målt ved brug af skalaen 'The Perceived Stress Scale' (Cohen, Kamarch & Mermelstein, 1983).

Bilagstabel 1.2 Oversigtstabel over gruppeindsatser og kerneelementer. Kognitive forstyrrelser.

Indsatsens navn	Formål	Indsatsstype	Målgruppe	Aldersgruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manualbase-ret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
c The life skills group	Forbedre borgernes funktionsevne og sociale interaktion	Madlavningskursus	Borgere med svær hjerneskade	49-62 år		1,5 time dagligt inkl. spisning	UK	Deltagerne udviklede handlekompetencer (fysiske færdigheder til at koordinere) og sociale kompetencer (til at omgås andre mennesker på en socialt acceptabel facon)	Madlavningskursus (FK)		Udgifter til madindkøb	Nej	C	
r The Brain Integration Programme (BIP)	Sygdomsmestring efter erhvervet hjerneskade	Træning i dagligdagsopgaver, mestring og forståelse for funktionsnedsættelse efter erhvervet hjerneskade	Personer med erhvervede hjerneskader med kompleks funktionsnedsættelse.			1. modul: 100 timer pr. person, 2. modul: 110 timer pr. person, 3. modul: 44 timer pr. person		Væsentlig stigning i antal deltagere med job (før deltagelse 38 pct., efter deltagelse 58 pct.). Fald i alkohol- og stofmisbrug blandt deltagere (samtlige personer med problemer stoppede = 33 pct.) Antallet af deltagere, der bor selv, steg (før deltagelse 42 pct., efter deltagelse 71 pct.)	Skræddersyet indsats og integration af lokalsamfund og familie (ITK)			Nej	C	
p Community-based psychosocial rehabilitation for schizophrenia service users	Bedre håndtering af egen sygdom	Psykosocial rehabilitering i gruppesessioner.	Skizofrene borgere med "tilbagefald"	45+	12 uger	1 session pr. uge	Sydafrika	Bedre sygdomsindsigt (forståelse for og følelse af håndterbarhed af sygdommen), bedre selvværd og styrket socialt samspil med andre, grundet det at blive en del af en gruppe og lære af andre	Deltagelse og 'belønning' i et gruppemiljø (FK)			Manual er under udvikling	C	
e Group intervention	Forbedring af deltagernes problemløsningskompetencer og håndtering af følelser	Gruppeforløb med facilitator	Personer med skizofreni, bipolar lidelse og svær grad af depression			75-90 minutter	Indien	Lærer at indgå i gruppesammenhænge på en socialt acceptabel måde samt at lytte til og respekterer andre personers synspunkter og holdninger.	Gruppediskussioner lærer deltagere at indgå i interaktioner på en socialt acceptabel (FK)		Personer med skizofreni og bipolar lidelse kan være svære at få til at deltage pga. sygdommens symptomer: lav grad af motivation og humørsvingninger	Nej	C	Målgruppen svær at få til at deltage grundet lav grad af motivation og humørsvingninger
w Group-based intervention for forensic patients recovering from psychosis	Hjælpe retspsykiatriske patienter med at håndtere psykoser samt tilbagefald	Psykologisk behandling baseret på kognitiv adfærd, og hvor deltagerne selv sætter ord på deres oplevelser	Retsmedicinske patienter, der kommer sig efter en psykose	24-48 år	20 uger	11 timer pr. uge		De, som accepterede egen sårbarhed/udsathed, følte sig mere i kontrol over deres sygdom, mere i stand til at håndtere deres symptomer og mindre bekymring for tilbagefald i sammenligning med de, som ikke accepterede egen sårbarhed/udsathed ¹³ (p = 0.005)	Accept af egen sårbarhed, mindsker chancen for tilbagefald (K)			Nej	A	

¹³ Kontrol/håndtering af sygdom er målt ved hjælp af skalaen 'Mulhall's Personal Questionnaire Rapid scaling Technique' (Mulhall, 1978).

Bilagstabel 1.3 Oversigtstabel over gruppeindsatser og kerneelementer. Sociale problemer.

Indsatsens navn	Formål	Indsatstype	Målgruppe	Aldersgruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manualbase-ret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
g The growing up happily in the family program	Fremme børns udvikling gennem forbedring af forældrenes evner og færdigheder	Fremme af forældrefærdigheder og familieindlæringsmiljøer	Udsatte børnefamilier med potentiel fare for omsorgssvigt	Unge mødre uden uddannelse på overførselsindkomst. Børn 0-5 år	4-5 måneder	1,5 times ugentlige gruppe-møder 22 sessioner	Spanien	Forældrene udvikler mere realistiske forventninger til barnet. Øger deres empatiske evner. Udvikler en bedre forståelse for forældre rollen samt en forbedret holdning til fysisk afstraffelse ¹⁴ .	Brug af manualer (ITK)		Afhænger af forældrenes motivation	Ja (b)	C	
o Rites of passage	Lade voldsramte kvinder genfinde egen styrke	Gruppeterapi	Voldsramte kvinder		10 uger		USA	Øget empowerment (selvbestemmelse over eget liv), sociale færdigheder (god omgangstone) samt tro på fremtiden (finde styrke i sig selv)	Fællesspisning (ITK) Ritual – afsked med negativt selvbillede (ITK)			Ja (c)	C	
i Circle of parents	Forebygge børnemishandling blandt forældre, der oplever hjemløshed	Selvhjælpsstøttegruppe	Hjemløse med mindst ét barn under 17 år		En gang om ugen	90 minutter ad gangen	USA	Større selvtillid i relation til forælderollen og højere grad af "positiv forældreskab", i form af fx selvpølevet evne til at yde social- og emotionel- support til barnet samt knytte sig ¹⁵ .	Gruppeindsats - mulighed giver mulighed for at åbne op (K)			Ja (a) Der anvendes en facilitatormanual, en børnemanual og en håndbog til forældrene	A	
k Gruppeintervention for mandlige indsatte	Klæde indsatte på til løsladelse	Gruppeintervention målrettet arbejdsmarkedet	Mandlige indsatte, som skulle løslades inden for 6 måneder	18-72 årige	5 uger	Ugentligt 120 min ad gangen	USA	Deltagere i kurset føler sig signifikant bedre rustet, end deltagere der ikke har deltaget på kurset, til at mestre jobsøgning ¹⁶ (p < 0.001). Kurset har en stor effekt på deltagerenes evne til at mestre jobsøgningen (cohens d = 0.89)	Identificerer udfordringer og løsninger Sætte mål og øge troen på fremtiden (K)			JA (c)	A	
n ADA (alternatives to domestic aggression)	Mestring af vrede - forebyggelse af vold	Gruppebaseret mestring af vold og vrede	Mænd, som har en baggrund med at være voldelige – bl.a. i intime forhold	Indsatsen er for personer over 18 år	52 sessioner		USA	Nedbryde forsvarsmekanismer og opnå større forståelse for (egen) voldelig adfærd. Dette øger håndtering af konflikt og intense følelser	At spejle sig i andre giver indsigt og mod (FK)			Nej	C	
o Peer health advocates	Øge empowerment blandt prostituerede	Brugerdrevet undervisningsprogram	Prostituerede	19+	16 sessioner	2 timer ugentligt	Canada	Forbedret selvværd og reduceret stigma. Deltagerne øgede deres kritiske bevidsthed om måde at leve på, hvilket medførte en mindre risikobetonet adfærd	Selv at håndtere og organisere undervisning øger empowerment (FK)			Nej	C	
j Life management enhancement (LME)	Målet er at øge kontrol over egen situation, opbygge sociale relationer og komme ud af hjemløshed	Kognitiv adfærdsterapi – CBT self-image enhancers	Hjemløse kvinder	50-80 år	6 uger	12 sessioner, 2 x 90 minutter pr. uge	USA	Kvinderne som modtog indsatsen oplevede en signifikant større oplevelse af kontrol over hverdagen ¹⁷ i sammenligning med kvinder, som ikke har modtaget interventionen (p =0.003). Kvinderne udviklede en bedre selvtillid i forhold til at indgå i sociale relationer samt oplevelse af at kunne håndtere deres hjemløshed	Kognitiv adfærdsterapi. Ændre adfærd og tankemønstre (K)			Nej	A	

¹⁴ Forældre evner målt ved brug af skalaen 'Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)' (Bavolek & Keen, 2001).

¹⁵ Selvtillid i forælderollen samt positivt forældreskab målt ved brug af et spørgeskema 'The Protective factors survey' (National Resource Center, 2011).

¹⁶ At magte jobsøgningen er målt ved brug af skalaen 'Career Search self-Efficacy scale' (Solberg, good & Nord et al., 1994).

¹⁷ Deltagerens selvoplevede kontrol i hverdagen er målt ved brug af skalaen 'BPC' (Berrenberg 1987).

Bilagstabel 1.4 Oversigtstabel over gruppeindsatser og kerneelementer. Fysisk funktionsnedsættelse.

Indsatsens navn	Formål	Indsatsstype	Målgruppe	Alders-gruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manualbaseret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
^h Visually impaired elderly persons participating	Løse de psykosociale problemer, svagtsende oplever	Gruppebaseret træning og psykoedukation	Ældre med synsnedsættelse	55+	20 uger	Sessioner en gang om ugen af 2 timers varighed	Holland	Borgerne formår i højere grad at tilpasse deres hverdag til deres synstab. De føler sig bedre rustet til aktiviteter uden for hjemmet (medium effekt) og føler færre begrænsninger og større tilfredshed i forhold til deres generelle situation (mindre effekt)	Gruppe indsats – mulighed for peer støtte Fastsætte personligt mål (FK)			Ja (c)	C	

Bilagstabel 1.5 Oversigtstabel over gruppeindsatser og kerneelementer. Misbrug.

Indsatsens navn	Formål	Indsatsstype	Målgruppe	Alders-gruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manualbaseret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
^m The enhanced therapeutic community model (TC)	Hjælpe personer af med deres stofmisbrug	Selvhjælps baseret støtte gruppe til ældre	Ældre personer afhængig af narkotika	60+		Daglig mulighed for møde	USA	Borgerne bliver hjulpet til bedre at håndtere deres misbrug (forbrug og tilbagefald), når de indgår i en gruppe med jævnaldrende, som kan spejle og drøfte genkendte problematikker	Gruppe indsats hjulpet gennem støtte fra gruppen (FK)	Recovery		Nej	B	Kræver ønske om stofrihed
^v Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)	Reducerer stress i forbindelse med misbrug	Mindfulness-terapi med fokus på at lindre stress i forbindelse med misbrug	Hjemløshed, misbrug, PTSD og angst	18+	10 uger	2 timer ugentligt	USA	Det fremhæves, at MORE virker lidt bedre end almindelige CBT i forsøget her ift. misbrug, stress og negativ affekt. Der er sket en reduktion i stoftræng efter 10 ugers forløb ($p = 0.01$). Herforuden er der sket en reduktion i Post-traumatisk stress ($p = 0.04$)	Mindfulness øger opmærksomhed på impulser og reducerer derfor misbrug og stress (K)				A	
^æ Peer Education Initiative	Reducere stofrelaterede skader blandt hjemløse	Gruppeindsats, hvor sælgere af et hjemløseblad varetager undervisning af andre hjemløse omkring risici forbundet med stofmisbrug og strategier til forebyggelse af skader, fx overdosis	Stofmisbrugere		1 dag	1 session af 4 timers varighed	UK	Sælgere er gode til at identificere lokale sundhedsrelaterede problematikker. Det giver street-credit, hvorfor brugerne er mere modtagelige for at lytte og søge hjælp til deres problematikker. Dette øger i sidste ende muligheden for at forebygge skader ved stofmisbruget.	Inddragelse af lokale hjemløseblad sælgere = street-credit (FK)		Gadesælgerne betalt for deres deltagelse	Nej	C	

Indsatsens navn	Formål	Indsatsstype	Målgruppe	Aldersgruppe	Indsatsens længde	Indsatsens intensitet	Land afprøvet i	Virkning	Kerneelement	Paradigme	Implementeringsbarrierer	Manualbaseret	Designets robusthed (A D)	Personer, der ikke profiterer af forløbet
f The relapse avoidance programme (rap)	Forebygge tilbagefald blandt stofmisbrugere	Gruppebaseret tilbagefaldsprogram	Stofmisbrugere		2 måneder	1 gang om ugen	UK	28 pct. af deltagerne var fri fra et problematisk stofmisbrug 1 år efter. Deltagerne oplevede at forbedre en lang række faktorer: - stoffrihed - fysisk helbred - mentalt velbefindende - familie- og venne-relationer - boligsituation - uddannelse - bedre brug af fritid (p < 0.005)	Brug af afslapning og stress / angststyringsteknikker resulterer i bedre velbefindende (ITK)		At leve med en anden misbruger øger chancen for tilbagefald	Nej	C	Forudsætter stoffrihed
γ Peer Support Community (PSC) Programme	Stoffrihed og ædruelighed samt forblive i egen bolig	Peer-support recovery Gruppesessioner med fokus på beskæftigelsesmæssige evner og gruppesupport Deltagerne formulere selv mål for gruppen	Personer på vej ud af hjemløshed og misbrug	19-62 år	9 måneder	1 gang hver anden uge	USA	Reduktion i sandsynligheden for tilbagefald. Før indsats 24 pct. sandsynlighed. Efter indsats 7 pct. chance (selvvurdering)	At spejle sig i hinanden og bruge hinanden aktivt som rollemodeller (FK)	Recovery		Nej	C	
uT-GMI (Tobacco Group Motivational Interviewing)	Forbedre hjemløse misbrugeres forbrug af stoffer og alkohol ved at sætte fokus på rygestop af cigaretter	Gruppebaseret rygestopbehandling	Hjemløse stof og alkoholmisbrugere	18-70 år. Gennemsnitsalder 53 år		4 sessioner a 75 min. 4 sammenhængende dage	USA	Signifikant reduktion i alkoholmisbrug efter forløbet, p < 0,001. Signifikant reduktion i selvrapporeret misbrug efter forløbet, p < 0,001	Samtaler om rygestop fungerer som en startkatalysator for ændringer i misbrugsadfærd (K)			Nej	A	

Bilag 2 Beskrivelser af metoder og kerneelementer

Bilagstabel 2.1 Metoder og kerneelementer. Psykisk sårbarhed.

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
A Peerfit	Borgere med psykiske vanskeligheder og behov for livsstilsændring	<p>Motion og sund kost guidet af peer support supervision</p> <p>Komponenter:</p> <p>(a) personlig fitness træning</p> <p>(b) en-til-en og gruppebaseret peer sundhedscoaching</p> <p>(c) motiverende tekstbeskeder</p> <p>(d) monitorering af fysiske aktivitet og feedback.</p> <p>Peer-sundheds-coaching leveres af to personer, der selv har oplevet en forbedring i deres psykiske tilstand samt ændring i sundhedsadfærd på baggrund af motion og sund kost.</p> <p>Målgruppe modtog motiverende interview, undervisning i fitness, ernæring og effektive strategier for sundhedscoaching.</p> <p>Målopnåelse.</p>	Deltagerne fandt, at personlige tekstbeskeder fra deres peer sundhedscoaches var med til at øge og fastholde deres motivation for en livsstilsændring (ITK).	<p>6 måneder</p> <p>Indledende:</p> <p>Ugentlige en-til-en-sessioner med en fitness træner i fitnesscenter.</p> <p>Ugentlige en-til-en møder med peer-coaches: undervisning i sunde kostvaner og indførelse af motion.</p> <p>Udfasning:</p> <p>En-til-en møder med peer-sundheds-coaches hver anden uge for at fastholde sunde vaner.</p> <p>Peer-ledede træningsgrupper mødtes en gang om ugen i en time. Lav-impact cardio øvelser og hold sport.</p> <p>Ugentlige peer-ledede grupper mødtes en gang om ugen for at styrke sund adfærd gennem peer support og ansvarlighed for målopfyldelse.</p>
G The partnership project	Borgere med psykiske vanskeligheder	<p>Indsatsen er en form for støttet socialt samvær. Psykisk syge personer parres med en frivillig, og sammen modtager de 28 dollars (ca. 175 kr.) om måneden, som tilskud til fælles aktiviteter.</p> <p>Den frivillige er enten selv en tidligere psykisk syg, eks-patient, eller en person uden en psykiatrisk historik.</p>	Den psykisk syge person understøttes i at udfolde sit sociale liv ved at indgå i en social relation med en frivillig. Den psykiske syge forbedrer herved muligheden for aktivt at deltage i sociale fællesskaber (K).	<p>9. måneder.</p> <p>Ugentligt samvær nogle timer</p>
L NECT (narrative enhancement and cognitive therapy)	Borgere med psykiske vanskeligheder	<p>Gruppebaseret indsats, hvis formål er at reducere selv-stigma (internalisering af negative stereotyper) blandt mennesker med alvorlige psykiske vanskeligheder. Indsatsen indebærer:</p> <p>a) "Psychoeducation", der skal erstatte stigmatiserende synspunkter om psykisk vanskeligheder gennem brug af empirisk viden.</p> <p>b) Kognitiv omstrukturering, der skal lære deltagerne at udfordre negative tanker om dem selv.</p> <p>c) Narrativ terapi, der skal forbedre evnen til at fortælle ens historie (s. 283).</p> <p>Der skal ideelt set være to facilitatorer og 6-8 deltagere, og mødet skal vare minimum 1 time. der anvendes specifikke manualer for både facilitatorer og deltagere (s. 284). Indsatsen gives som supplement til den sædvanlige behandling for disse mennesker.</p>	Narrativ forandring, hvor man kan fortælle sin historie på nye måder, anses som et essentielt element for identitetsudviklingen. Dette forsøges opnået ved at involvere deltagerne i en række fortællingsøvelser, hvor de opfordres til at skrive eller fortælle historier om sig selv, for derefter at få feedback fra facilitatoren og de andre gruppemedlemmer omhandlende alternative perspektiver på de temaer, der viser sig i historien (K).	20 sessioner

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
o Activity Scheduling within cognitive behavioral therapy	Borgere med depression Målgruppen var personer på en psykiatrisk afdeling med diagnosen depression og andre psykiske problemstillinger	Kognitiv adfærdsterapi + activity scheduling. Det refererer til en praksis, hvori der for patienten planlægges nogle aktiviteter, der i fritiden skal gennemføres med henblik på at skabe ro i hverdagen og sikre, at patienten bruger tid på ting, som gør ham/hende glad.	Planlægning af aktiviteter i hverdagen uden for terapisesionerne er fremhævet som den vigtigste del af terapiforløbet. Det mindsker chancen for frustration og giver indhold i hverdagen (ITK).	6. uger Det var påkrævet at mødes i gruppen 1 gang på de 6 uger og gennemføre 1 planlagt aktivitet over de 6 uger.
r Recovery Communities - Supported Housing	Borgere med svære psykiske vanskeligheder, dobbeltdiagnoser	Bosted, recovery community. Hver afdeling har tilknyttet to sagsbehandlere. Der er udbredt medbestemmelse fra brugerne i hvert bosted og ansvar for dagligdags opgaver i fælles og egne arealer.	Bofællesskaberne skaber en ramme for konstruktiv social interaktion og opbygning af sociale relationer. De giver også et tilhørsforhold, som kan gavne recovery-processen og opbygge selvværd (ITK).	24/7 bosted
s Compeer, I-Can	Borgere med svære psykiske vanskeligheder	COMPEER Støttet og organiseret samvær med en frivillig eller professionel 'makker', enten med tidligere psykiatrisk kontakt eller uden. Ved I-CAN skal den professionelle på sigt stoppe, så borgeren selv kan opsøge et socialt liv på egen hånd.	Hjælp til at komme ud blandt andre øger borgerens sociale liv generelt. COMPEER, I-CAN (FK).	Variierende, men ideelt set mindst en aktivitet om ugen.
z Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	Borgere med milde depressionssymptomer og somatisk sygdom	Gruppebaseret mindfulness og hjemmeopgaver.	Gruppebaseret mindfulness mindsker borgerens depressive symptomer, øger livskvaliteten og dæmper angst symptomer (K).	8 uger. 120-150 minutters ugentlige gruppesessioner.
x Animal-assisted stress reduction group therapy	Borgere med kronisk stress	Drop-in terapi med brug af en hund, der går rundt blandt deltagerne under sessionerne. Deltagerne fortæller på skift om deres stress og om evt. kendte årsager og giver support til hinanden. En terapeut kommenterer på de ting, deltagerne deler. Efterfølgende er der mulighed for at lege med hunden. Der er legetøj og børste til hunden.	Dyr (her hund) assisterer i at sænke deltagerens blodtryk, forbedre deres mestringsevne og sænker følelsen af ensomhed. At lege med hunden medfører samtaler og interaktioner mellem gruppens deltagere. Forebygger social isolation/mangel på interaktion (FK).	21 sessioner, 1 gang ugentligt. Deltagelse på frivillig basis.

Bilagstabel 2.2 Metoder og kerneelementer. Kognitive forstyrrelser.

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
c The life skills group	Borgere med hjerneskade	<p>Madlavningskursus</p> <p>Deltagerne fik på skift uddelegeret et ansvar for at vælge et måltid og købe ingredienser.</p> <p>Typen af måltid varierede hver uge. Forskellige ingredienser var nødvendige, og forskellige færdigheder var nødvendige for hvert måltid.</p> <p>I begyndelsen af hver session introducerede en projektleder opskriften til deltagerne i gruppen. lederen uddelegerede opgaver til deltagerne, hjælp med instruktioner og assisterede ved problemstillinger.</p> <p>Ved afslutningen af måltidet spiste deltagerne sammen.</p>	<p>Madlavning/fællesspisning øger borgernes sociale kompetencer og handlekompeterer (FK).</p> <p>Ved at øve sine evner i køkkenet øger borgeren sine fysiske færdigheder til at koordinere, planlægge og indgå i sociale sammenhænge. De mange gentagelsesøvelser er virksomme samt træning i metastrategier (FK).</p>	1,5 time dagligt inkl. fællesspisning
p Community-based psychosocial rehabilitation for schizophrenia service users	Borgere med skizofreni	<p>Gruppesessioner i 12 trin med fokus på psykoedukation og færdigheder til at håndtere sygdommen i hverdagen. Grupper faciliteres af socialarbejdere, som på forhånd har gennemgået et kort kursus.</p>	<p>Brugerne rapporterer, at deres selvværd øges, fordi de bliver en del af en gruppe og i nogle tilfælde knytter venskaber. Den sociale isolation bliver brudt, de får et tilhørsforhold og normalisering af sygdom (FK).</p>	En session om ugen i 12 uger
† The Brain Integration Programme (BIP)	Borgere med erhvervede hjerneskader med kompleks funktionsnedsættelse.	<p>Træning og konsultation i grupper. Tre moduler: 1) selvstændig hverdag. 2) Social-emotionelt modul. 3) Beskæftigelses-modul. Deltagerne vender hjem i weekenden og øver færdigheder fra undervisningen. Lokalområdet, fx familie og lokale arbejdsgivere inviteres med til workshops.</p>	<p>Integration med lokalsamfund og familie er en vigtig årsag til, at deltagerne kan vende hjem og have en hverdag med et socialt liv og et arbejdsliv efter en erhvervet hjerneskade (ITK).</p>	Variierende varighed og intensitet
e Group intervention	Borgere med skizofreni, bipolar lidelse og svær grad af depression	<p>Følgende trin indgår i sessionerne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deltager og facilitator hilser på hinanden 2. Stilhed: refleksion over nuet og hvad deltagerne har lært ved sidste session 3. Introduktion til dagens tema 4. Facilitator spørger ind til deltagerne oplevelser 5. Feedback vedr. sessionen 6. Opsummering ved facilitator. 	<p>Gruppediskussioner lærer deltagerne at indgå i interaktioner på en socialt acceptabel måde og at lytte til og respektere andres holdninger (FK).</p>	75-90 minutter
w Group-based intervention for forensic patients recovering from psychosis	<p>Retpsykiatriske patienter, der kommer sig efter psykose.</p> <p>Deltageren var borgere med psykiske vanskeligheder og samtidig lovovertrædere, der var indlagt (eller tidligere havde været indlagt) i en sikret institution grundet deres forbrydelse</p>	<p>Psykologisk behandling med brug af kognitiv adfærdsterapi og mulighed for, at patienterne selv kunne drøfte og sætte ord på oplevelser.</p> <p>Deltagerne sætter ord på konkrete symptomer på sygdommen og tilbagefald.</p> <p>Deltagerne gives indblik i forhold, der kan øge sandsynligheden for tilbagefald.</p> <p>Deltagerne bedes selv tænke i forhold, der kan mindske risikoen for tilbagefald (mindske risikoadfærd og identifikation af risikosituationer).</p> <p>Udvikling af coping strategier/livsstil.</p>	<p>Accept af øget sårbarhed/udsathed med hensyn til tilbagefald øger håndterbarheden af sygdommen og mindsker usikkerheden omkring tilbagefald. (Z = -2.8; p = 0.005) (K).</p>	20 uger 11 timer om ugen

Bilagstabel 2.3 Metoder og kerneelementer. Sociale problemer.

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
N ADA (alternatives to domestic aggression)	Borgere med voldelig adfærd	<p>ADA-programmets er at undervise i ansvarlighed hos deltagerne:</p> <p>ADA består af 4 elementer:</p> <p>1) Opdagelse: af at deltagernes voldelige adfærd er et mønster og ikke et særtilfælde.</p> <p>2) Grundlag: udvikling af forståelse for de valg, der er relateret til at udøve denne voldelige adfærd,</p> <p>3) Taktikker: udforskning af de "samfundsmyster", der forstærker/opfordrer til voldelig adfærd (abuse).</p>	<p>Gruppen giver:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oplevelsen af, at man ikke er alene med sit problem, gør, at deltagerne kunne begynde at nedbryde deres forsvarsmekanismer og åbne op 2. Læring fra andre deltageres oplevelser kan skabe positiv forandring (selvreflektion) 4. Motivation fra gruppen giver lyst til adfærdsændring 5. Diversitet i gruppen er med til at reducere fordomme (FK) 	<p>52 sessioner</p> <p>90 minutters ugentlige møder i 4-5 måneder. 22 sessioner, 4 moduler pr. gang og to til evaluering</p>
B The growing up happily in the family program	Udsatte børnefamilier (identificeret af kommunen som familier med en lav risiko for omsorgssvigt af deres børn)	<p>Programmet har to dele: et gruppebaseret, et individuelt (som foregår i hjemmet) samt et kombineret program.</p> <p>Det gruppebaserede program har til hensigt at fremme børneudvikling gennem forbedrede forældrefærdigheder og familieindlæringsmiljøer.</p> <p>Materialer omfatter vignetter, videoer, casestudier, guidede fantasier, puslespil, spil og gruppediskussioner.</p>	<p>Brug af manualer gør det muligt for facilitatoren at køre sessioner på en struktureret måde og dermed lette gennemførelsen, hvilket fører til mere positive resultater (ITK).</p>	<p>4-5 måneder</p> <p>1,5 times ugentlige gruppemøder afholdt i kommunens lokaler.</p> <p>22 sessioner</p>
D Rites of passage	Voldsramte kvinder	<p>Gruppeterapi med fokus på ritualer, der hjælper kvinderne med at rekonstruere en identitet og personlig fortælling, der ikke er baseret på misbrug.</p> <p>Metoden omfatter passagerritualer, helbredende ritualer, frelse eller rensningsritualer og transformations- eller revitaliseringsritualer, der er designet til at give kvinderne mulighed for at forestille sig og opnå deres ønskede fremtid.</p>	<p>Fællesspisning tillod kvinderne, at genlære og praktisere sociale færdigheder med andre kvinder (ITK).</p> <p>Kvinder, der var generte for at dele og bruge deres stemmer, blev mere trygge ved at få opmærksomhed, fordi de deltog i fællesspisning.</p> <p>---</p> <p>Ritual, hvor kvinderne deler et stykke papir på midten. På den ene side skrev de selv-saboterende tanker og på den anden side af papiret modargumenter mod dette.</p> <p>Positivlisten blev dekoreret og gemt, mens den negative side blev revet itu eller brændt. Kvinderne blev efterfølgende bedt om at dele oplevelsen i gruppen.</p> <p>Gennem ritualet skabte kvinderne et nyt magtforhold, hvor de havde magt og evnen til at bestemme over deres liv, hvilket var med til at øge følelsen af styrke og kompetence (ITK).</p>	<p>10 uger</p> <p>Ugentligt</p> <p>---</p> <p>Tidslængde ikke angivet</p>

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
i Circle of parents	Hjemløse med børn	<p>En selvhjælps-støttegruppe for hjemløse forældre, der skal hjælpe dem med, at:</p> <p>a) skabe og forøge deres sociale relationer</p> <p>b) forbedre kommunikation og evner til problemløsning</p> <p>c) få viden om forældreskab og børns udvikling</p> <p>d) få adgang til støtte gennem indsatsen</p> <p>Der opfordres til, at forældrene tager ejerskab over forløbet ift. agenda, emner og format.</p> <p>Et facilitatorer organiserer møderne, men kommer ikke med råd eller vejledning.</p> <p>Tilbydes til forældre, der indgår i "genhusnings-programmer/beboelsesindsatser.</p> <p>Der gives ofte økonomisk incitament til at komme - fx buskort eller 10\$-gavekort, ca. 63 kr.)</p>	<p>Gruppetprocessen skaber grobund for tillid og gensidig hjælp, som øger lysten til at dele, være ærlig og sætte en udviklende proces i gang (K)</p> <p>Øget deltagelse skabte øget selvtillid i forhold til at være forældre.</p>	En gang om ugen, 90 minutter ad gangen
κ Gruppeintervention for mandlige indsatte	Mandelige indsatte	<p>Gruppesessioner med 6-7 mandlige indsatte</p> <p>Formål: at forbedre mandlige indsattes mulighed for at komme i arbejde, når de kommer ud af fængslet.</p> <p>Metoden tager udgangspunkt i social-kognitiv karriereteori (scct). scct-tilgangen som interventionen baserer sig på "critical consciousness" og empowerment teori, der fokuserer på forskellige aspekter af en jobforberedelsesproces, såsom at identificere nødvendige kompetencer, få informationer om forskellige typer jobs, øve sig til jobsamtaler samt lære at gøre brug af social støtte.</p> <p>Session 1: identifikation og deling af kompetencer</p> <p>Session 2: identificere jobinteresser Session 3: fokus på livet som eks kriminel i relation til jobsøgningsprocessen: hvordan man fortæller om, og diskuterer sin kriminelle fortid, samt hvordan man håndterer de begrænsninger, der hører med til at have været kriminel.</p>	<p>At rette fokus på de mestringsstrategier, som personen har (self-efficacy) gør det mere sandsynligt at den indsatte vil søge jobs, og dermed forbedrer det hans jobchancer. Derudover kan det forbedre evnen til at gå til jobsamtaler, hvilket igen forbedrer hans self-efficacy og succesoplevelser, og dermed også jagten på at opnå egne mål (ITK).</p> <p>Kritisk bevidsthed er et centralt element. En af måderne, man arbejder med dette er: Problemløsningsstilgangen (PSI): Her stiller man bl.a. deltagerne spørgsmål om eventuelle problemer de vil støde på for dernæst at diskutere løsninger på disse. Man vil derigennem styrke deltageres evne til at løse problemer, hvilket vil styrke deres self-efficacy i relation til netop dette, hvilket til "empower"/styrke dem til at imødekomme udfordringer i forbindelse med deres tilbagevenden i samfundet, hvormed der vil være større sandsynlighed for en succesfuld integration (ITK).</p> <p>Et andet element, der ifølge forfatterne er virksomt, er: "Hopefulness"-forhåbninger: Fokus på at snakke om mål og planer for fremtiden. Give støtte og guidance til at identificerer langsigtede mål og lave en plan for at udføre disse. Herigennem forøges deres forhåbninger, hvormed der skabes empowerment til at opnå målene (ITK).</p>	5 uger Ugentligt 120 minutter pr. gang
ο Peer health advocates	Prostituerede	<p>Forskerne engagerer lokale prostituerede, som allerede er tilknyttet et 'peer-run agency' for sex-arbejdere. Der blev udviklet et brugerdrevet undervisningsprogram, hvor enkelte prostituerede bliver rekrutteret som undervisere.</p>	<p>Sexarbejderne kan gennem gruppen udveksle erfaringer og styrke deres indbyrdes fællesskab. Det, at de selv står for undervisning og organisering, øger empowerment (FK).</p>	16 x 2 timers undervisnings efterfulgt af 8 uger med 'interaction in the community' efterfulgt af 2 timers debriefing om ugen
ι Life management enhancement (LME)	Hjemløse kvinder	<p>Kognitiv adfærdsterapi – CBT self-image enhancers.</p> <p>I terapien indgår håndmassage, fodmassage og mini rygmassage med henblik på at reducere stress, lindre smerte og give energi til kroppen. Massagebehandlingen fungerer terapeutisk for personer med begrænsede muligheder for fysisk kontakt.</p>	<p>Kognitiv adfærdsterapi fungerer godt på målgruppen, fordi der netop fokuseres på at ændre adfærd og tankemønstre, hvilket er afgørende for at opnå effekt (K).</p>	12 sessioner, 6 uger, 2 x 90 minutter pr. uge

Bilagstabel 2.4 Metoder og kerneelementer. Misbrug.

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
M The enhanced therapeutic community model (TC)	Ældre borgere afhængige af narkotika	Programmet er baseret på værdier og principper for gensidig hjælp og selvhjælp til personer, der er villige og i stand til at dele deres fælles oplevelser, mens de støtter og trøster hinanden. Programmet opmuntrer deltagerne til at dele livserfaringer med andre ældre voksne. Programmet består af: Flere typer af terapeutisk behandling Organiserede daglige aktiviteter, fx deltagelse i den organisatoriske drift af husets haveanlæg.	Personerne bliver effektivt hjulpet, når de er engageret som en del af en gruppe og deler oplevelser i en gruppe af jævnaldrende. Borgerne oplever også øget glæde ved ikke at være alene (FK).	
v Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)	Hjemløse med misbrug, PTSD og angst	MBI, Mindfulness-Oriented Recovery forener aspekter af mindfulness træning, CBT, og principper fra positiv psykologi til en integreret behandlingsmetode, der adskiller sig fra andre MBI'er, idet den integrerer formel mindfulness meditation med kognitive teknikker.	Mindfulness nedsænker trang til stoffer og lindrer traumer (K).	10 sessioner 2 timer gruppeintervention (en gang om ugen) Mindfulness praksis på egen hånd dagligt
F The relapse avoidance programme (rap)	Stofmisbrugere	Gruppebaseret tilbagefaldsprogram (kombineret med ugentlige individuelle terapi sessioner, 6 sessioner) Gruppesessioner med fokus på centrale tilbagefaldsproblemer som at identificere højrisikosituationer, håndtering af trang, vredshåndtering og sorg. En del af indsatsen består i undervisning i afslapningsteknikker, der praktiseres hver uge.	Brug af afslapning og stress / angststyringsteknikker hjælper brugerne med at håndtere deres fritid, som er et tema der udforskes under programmet. Ved bedre at kunne overkomme deres fritid styrkes de desuden i troen på, at de kan overkomme andre personlige problematikker (ITK).	3 måneder Sessioner en gang om ugen
Æ Peer Education Initiative	Borgere med misbrug (gade-misbrugere)	Sælgerne af hjemløseavis indkøbes som undervisere af andre hjemløse omkring risici forbundet med stofmisbrug og strategier til forebyggelse af skader fx overdosis og førstehjælp.	Sælgerne er gode til at identificere lokale sundhedsrelaterede problematikker. Øger lysten til deltagelse hos andre misbrugere pga. street-credit. Deltagelse = større chance for succes (FK).	1 gang af 4 timers varighed
v Peer Support Community (PSC) Programme	Borgere på vej ud af hjemløshed og misbrug	Peer-support recovery Gruppesessioner med fokus på beskæftigelsesmæssige evner og gruppesupport Deltagerne formulerer selv mål for gruppen. Deltagerne besøges før og efter møderne, der faciliteres af en ergoterapeut.	At spejle sig i hinanden og bruge hinanden aktivt som rollemodeller øger lysten til at forblive stof-fri/ædruelig (FK).	9 måneder, møder hveranden uge
u T-GMI (Tobacco Group Motivational Interviewing)	Hjemløse borgere med stofmisbrug og/eller alkoholmisbrug	Gruppebaseret rygestopbehandling med brug af motivational interviewing, som er en personcentreret rådgivning, der skal styrke motivationen til at ændre misbrugsadfærd. Session 1: fokuserer på ambivalens og følelser omkring rygning. Session 2: fokuserer på deltagerens misbrugsadfærd vha. Personalized Feedback Report. Session 3: består af diskussion af personlige værdier og styrker. Session 4: Gruppesamtaler om barrierer og udfordringer ved afvænningsbehandling.	Et fokus på rygestop har en positiv indflydelse på de hjemløses generelle alkohol- og stofmisbrugs-afvænnning. Samtaler om rygestop fungerer som en startkatalysator for ændringer i misbrugsadfærden generelt (K).	4 sessioner af 75 minutter stykket

Bilagstabel 2.5 Metoder og kerneelementer. Fysisk funktionsnedsættelse.

Indsatsens navn	Målgruppe	Indsatsbeskrivelse	Kerneelement	Længde og intensitet
<p>⊞ Visually impaired elderly persons participating</p>	<p>Ældre med synsnedsættelse</p>	<p>Formål: Løsning på de psykosociale problemer, som svagtseende oplever</p> <p>Indsatsen består af 4 komponenter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) praktisk fysisk træning 2) uddannelse, social interaktion, rådgivning og træning i problemløsningskompetencer 3) formulering af individuelle og gruppemålsætninger 4) hjemmebaseret træningsprogram. <p>De strukturerede sessioner starter med 60 minutters fysisk træning af to ergoterapeuter. Efter en 15 minutters pause fortsætter en socialarbejder med 45 minutters undervisning og rådgivningssession i problemløsningskompetencer. Derudover introducerer en træningsleder enkle fysiske øvelser og et gradvist gå-selv-program.</p> <p>Sessioner udføres i små grupper med højst 9 deltagere.</p> <p>Gruppesessionerne suppleres af telefonrådgivning (12 samtaler).</p>	<p>Svagtseende har større chance for at løse de psykosociale problemer, som de oplever, når indsatsen leveres i grupper. Muligheden for social interaktion med ligesindede, men hvem man kan dele erfaring af både fysisk og psykisk karakter, øger udbyttet af indsatsen og nedsætter risikoen for negative (psykiske) konsekvenser ved synsnedsættelse (FK).</p> <p>---</p> <p>Formulering af personligt mål øger motivation hos målgruppen (ITK).</p>	<p>20 uger</p> <p>Sessioner en gang om ugen (af 2 timers varighed)</p>

