

Riskbedömning för att utvärdera klienters sociala nätverk

Examensarbete

Joakim Fagerholm

Diana Jansson

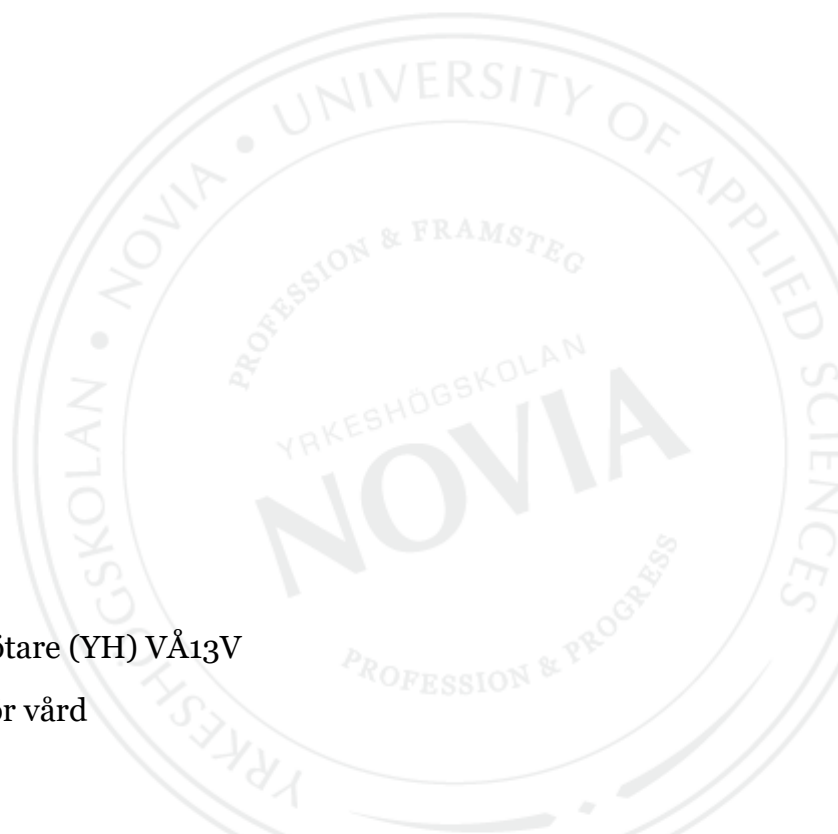
Ann-Sofie Lundsten

Fanny Sjögren

Examensarbete för sjukskötare (YH) VÅ13V

Utbildningsprogrammet för vård

Åland 09.05.2016



Examensarbete**Författare:** Joakim Fagerholm, Ann-Sofie Lundsten, Fanny Sjögren, Diana Jansson**Utbildningsprogram och ort:** Sjukskötare vuxenutbildning Åbo**Handledare:** Heli Vaartio-Rajalin**Titel:** Riskbedömning för att utvärdera klienters sociala nätverk

Datum:09.05.2016 Sidantal: 72 Bilagor: 3

Abstrakt

Detta examensarbete ingår i projektet HOT- Rädslor, Risker och Företrädarskap som pågår under 2016-2017. Projektets bakgrund är att klienten/patienten har eventuella rädslor och risker som kan påverka deras vardag, valmöjligheter, funktionsförmåga och livskvalitet negativt. Syftet med projektet HOT är att utveckla metoder för mångprofessionellt företrädarskap inom social- och hälsovården i ärenden som berör rädsla och/eller risk, samt tillämpa dessa metoder i arbetslivet. Enligt både WHO-Health 2020 och THL framgår det att vissa individer löper större risk att bli socialt utslagna på grund av fysiska eller psykiska orsaker som gör dessa individer sårbara. Dessa sårbara individer behöver ett socialt nätverk och ett socialt stöd för att kunna minska ojämlikhet i hälsa och välfärd. Enligt THL och WHO behövs en metod för hur social- och hälsovården skall identifiera dessa individer. Syftet med studien är att skapa en riskbedömningsmetod i form av ett frågeformulär för en kartläggning över klienternas nätverk, samt för att upptäcka eventuella risker för att kunna företräda klienterna. Vi har använt oss av en allmän litteraturoversikt (n=16). Innehållet av den insamlade litteraturen i detta arbete har analyserats med hjälp av en induktiv innehållsanalys av skribenterna för att fastställa de gemensamma nämnarna. Resultatet av studien är en riskbedömningsmall med frågor ur analysen. Produkten är ett frågeformulär som fungerar som riskbedömningsmall, vilken identifierar individer med ett lägre socialt nätverk, för att förebygga uppkomsten av ohälsa.

Språk: Svenska

Nyckelord: Rädslor, risker, företrädarskap, socialt nätverk, emotionell ensamhet, socialt stöd, social ensamhet

Opinnäytetyö

Tekijät: Joakim Fagerholm, Ann-Sofie Lundsten, Fanny Sjögren, Diana Jansson

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyön koulutusohjelma, Turku

Ohjaaja Heli Vaartio-Rajalin

Nimike: Riskinarvio asiakkaan sosiaalisten verkostojen arvioimiseksi.

Päivämäärä: 09.05.2016

Sivumäärä: 72

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö sisältyy projektiin HOT – rädslor, risker och företräderskap mikä toteutetaan vuosina 2016-2017. Projektin tarkoituksena on kartoittaa potilaan mahdolliset pelot ja riskit, mitkä voivat vaikuttaa negatiivisesti heidän arkeensa, valintoihinsa, toimintakykyänsä ja elämänlaatuunsa. Projektin tavoitteena on kehittää menetelmiä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisille työryhmille, jotka voivat käyttää niitä tilanteissa, joihin liittyy pelkoja ja/tai riskejä, sekä soveltaa niitä työelämässä.

WHO:n, health 2020:n että THL:n mukaan asiakkaat/potilaat saattavat altistua sosiaaliselle syrjäytymiselle heidän fyysisten ja psyykkisten riskitekijöidensä takia, mikä tekee näistä henkilöistä erittäin haavoittuvia. Nämä haavoittuvat yksilöt tarvitsevat sosiaalisen turva- ja tukiverkoston, voidakseen vähentää terveydentilan ja hyvinvoinnin eriarvoisuutta. THL:n ja WHO:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee menetelmiä näiden yksilöiden havaitsemiseen.

Tutkimuksen tarkoitus on luoda riskinkartoitusmenetelmä kyselylomakkeen muodossa tunnistaa mahdolliset riskitekijät asiakkaan sosiaalisessa turvaverkostossa tukeakseen asiakkaan etuja. Olemme käyttäneet yleistä kirjallisuusluetteloa (n=16)

Kootun kirjallisuuden sisältö kyseisessä työssä on analysoitu induktiivisellä sisällönanalyysillä kirjoittajien toimesta yhteisten nimittäjien kartoittamiseksi. Tuloksena on kyselylomake, mikä tunnistaa alemman sosiaalisen verkoston yksilöt estääkseen pahvoinnin syntymisen.

Tutkimuksen koosteena on riskinkartoitusmalli perustuen analyysin pohjalta laadittuihin kysymyksiin.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Pelkoja, riskejä, edustaja, sosiaalinen verkosto, emotionaalinen yksinäisyys, sosiaalinen tuki, sosiaalinen yksinäisyys

Bachelor's thesis**Authors:** Joakim Fagerholm, Ann-Sofie Lundsten, Fanny Sjögren, Diana Jansson**Degree Programme:** Education program in health care, Turku**Supervisors:** Heli Vaartio-Rajalin**Title:** Risk assessment to evaluate the client's social network

Date: 09.05.2016

Number of pages: 72

Appendices: 3

Summary

This thesis is a part of the project HOT: fears, risks and advocacy, which is ongoing during the period 2016-2017. The background of the project is to support clients / patient who have fears and risk factors that could affect their everyday lives, choices, functional capacity and quality of life in a negative way. The purpose of project HOT is to develop methods for multi-professional representation in the social welfare and health care in cases involving fear and / or risk, and apply them in the workplace. According to both WHO Health 2020 and THL it appears that some individuals are more at risk of social exclusion because of physical or psychological causes which make these individuals vulnerable. These vulnerable individuals need a social network and social support in order to reduce inequalities in both health and welfare. According to THL and WHO, a method for social and health care workers to detect these individuals is needed.

The purpose of the study is to create a risk assessment method in the form of a questionnaire for a survey of clients' networks, the characteristics of the network, and to detect possible risks in order to represent clients. Identifying the risks enables measures to support the client's well-being. We have used a general literature review (n=16). The content of the collected literature in this work has been analyzed with an inductive content analysis, in order to establish the common denominators. The result of the study is a risk assessment template with questions from the analysis. The product is a questionnaire which acts as a risk assessment template to identify individuals with inadequate social network, in order to prevent the onset of illness.

Language: Swedish**Key words:** Fears, risks, advocacy, social network, emotional loneliness, social support, social loneliness

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund.....	2
2.1	Rädsla.....	2
2.2	Risk.....	3
2.3	Företrädarskap.....	4
2.4	Socialt nätverk.....	6
2.5	Riskbedömning.....	7
3	Litteraturöversikt.....	8
4	Material.....	9
5.	Innehållsanalys.....	17
	Tabell 2. Analysmall.....	18
6.	Resultat.....	19
7.	Produkt.....	25
7.1.	Socialt stöd.....	25
7.2.	Social ensamhet.....	26
7.3.	Emotionell ensamhet.....	26
7.4.	Rekommenderade åtgärder.....	27
8.	Etiska ställningstaganden.....	28
9.	Hållbar utveckling.....	29
10.	Kritisk granskning.....	29
11.	Diskussion.....	30
12.	Litteraturförteckning.....	33
	Bilagor.....	37
	Bilaga 1: Sökprocess.....	37
	Bilaga 2: Analystabeller.....	41
	Bilaga 3: Frågeformulär till klienten.....	57
	Bilaga 4: Poängsatt frågeformulär.....	62
	Bilaga 5: Underlag för bedömning.....	66
	Bilaga 6: ”Fiskben”.....	67

1 Inledning

Detta examensarbete ingår i projektet HOT – rädslor, risker och mångprofessionellt perspektiv på företräderskap ([HOT projekt.pdf](#)). Syftet med studien är att skapa en riskbedömningsmetod i form av ett frågeformulär för en kartläggning över klienternas nätverk, samt för att upptäcka eventuella risker för att kunna företräda klienterna. Detta examensarbete pågår under våren 2016.

I WHO:s Health 2020, framgår det att vissa grupper och individer löper större risk för att bli socialt utslagna p.g.a. fysiska eller mentala orsaker som gör dem sårbara. Dessa individer behöver identifieras för att man ska kunna åtgärda eller minimera risken för utslagenhet. Processen för social utslagning sker stegvis och åtgärder bör utvecklas för att kunna ta itu med utestängande processer. (WHO, 2013).

Enligt THL (2013) behöver bakgrundsfaktorerna till ojämlikhet minska, genom att minska sårbarheten hos individer. Individer som är sårbara behöver ett socialt nätverk och ibland ett särskilt stöd. Därför behöver man fånga upp de individer som är i risk för att vara sårbara på grund av att de inte har ett bra socialt nätverk, och på så sätt minska ojämlikhet i hälsa och välfärd. 9,2 % av finländarna känner sig ensamma enligt Välfärdskompassen på THL:s statistik från 2013.

Den metod vi har valt att skapa är ett frågeformulär som gäller klienters nätverk inriktad på det inofficiella nätverket. Detta frågeformulär kommer att kunna användas som ett mätinstrument och ett hjälpmedel till att fånga upp individer som kan behöva hjälp från olika stödorganisationer, detta som en riskbedömning. Formulärets frågor kommer vara baserade på evidensbaserad forskning och kommer kunna användas av både professionella inom social- och hälsovården samt personer i en stödorganisation.

Detta arbete riktar sig mot vuxna, äldre och ungdomar. Det mest evidensbaserade resultatet med den tid som fanns tillhanda var att använda oss av en litteratur studie. Tyvärr fanns det inte tid att göra en systematisk litteraturstudie, som skulle ha gett ett resultat med högre validitet. Vi hade önskat att genomföra pilotstudie för att kunna utvärdera enkäten på ett korrekt sätt, men tyvärr har tiden inte heller räckt till det.

Frågeställningarna är: Hur kan man utvärdera klienternas sociala nätverk?

Vilka är de faktorer som påverkar det sociala nätverket?

2 Teoretisk bakgrund

I detta avsnitt beskrivs begreppen rädsla, risk och företräderskap samt hur dessa begrepp påverkar individen själv och i samhället.

2.1 Rädsla

Rädsla definieras som en obehaglig eller obekväm känsla i en specifik situation. Då individer upplever rädsla beskriver de oftast den aktuella hotbilden som utlöser känslan istället för endast bara känslan. Rädslan tar sig uttryck såsom maktlöshet, att inte ha kontroll, eller inte veta vad som kommer hända senare. (Feuchtinger, et al., 2013, s. 1900-1907).

Enligt Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2012, s. 29-31) kan rädsla även innebära att bli stigmatiserad, utsatt eller utanför i samhället vilket ofta förknippas med negativa händelser och upplevelser. Det börjar med att individer granskas och därefter bedöms som ogillade i samhället. Individer blir då rädda att förknippas med en utsatt grupp t ex psykiskt sjuka personer. Uppfattning och stereotyp bidrar till denna rädsla för utsatthet eller utanförskap. Personal inom social- och hälsovården kan påverka klienternas upplevelse av stigmatisering negativt, genom sättet att uttrycka sig och förstärka stigmatiseringen genom att tala i grupper t ex alkoholister, överviktiga, missbrukare och psykiskt sjuka. Individer som stigmatiseras förlorar social status och upplever sig diskriminerade. Detta kan bidra till att förutsättningarna för att lyckas i livet minskar. Upplevelserna som kommer med utsatthet eller utanförskap kan vara att man anses som oduglig och inte kan räknas med. Känslan att bli stigmatiserad ger rädsla som visar sig som skam över att ha drabbats t ex av psykisk sjukdom. I detta finns även rädslan för ett obehag att bli socialt avvisad eller förödmjukad. På sikt kan detta leda till utmattning eller depression. Följderna av stigmatisering ligger således kvar länge. Hornsten et al. (2014, s. 235-244) anser att det finns goda grunder till att utveckla samtal som stöd för klienter med olika rädslor.

Rädslan för att familjemedlemmar skall stämplas och även de bli utsatta för utanförskap är en tung börda att bära för den enskilde. Samhällets stigmatisering inkluderar de närstående och t ex de drabbades föräldrar kan t ex få skulden för dålig uppfostran eller att syskon dras under samma kam. Denna rädsla kan leda till att individen drar sig undan och avböjer

hjälp utifrån, för att på så sätt bevara sin hemlighet. (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2012, s. 29-31).

2.2 Risk

Begreppet risk definieras som sannolikhet eller konsekvens. En säker vård innebär att professionell personal hela tiden behöver arbeta systematiskt och riskförebyggande för att undvika vårdskador. En god omvårdnad innebär att professionell personal måste respektera klientens upplevelse av hur hälsa och ohälsa beaktas, samt att klienten måste få vara delaktig och kunna påverka sin vårdprocess, sina behandlingar och sin vård. (Gaal, et al., 2014, s. 187-198).

Enligt Sjögren (2012, s. 209-220) är risker ett uttryck man inte forskat färdigt om. I dagsläget benämns risk som en process för att kunna utvärdera hur farligt eller riskfyllt något är. Hart menar (enligt Sjögren, 2012, s. 209-220): ”Hart ser risk som processen att förstå en fara i syfte att begränsa dennes negativa inverkan”.

Enligt Nationalencyklopedin (Hanson, 2016) kan ett socialt nätverk vara mer eller mindre positivt för en individ, beroende på hur det sociala nätverket kan vara ett socialt stöd för individen. Ett socialt nätverk kan vara olika stora och se olika ut för olika individer. Välutbildade har ett större socialt nätverk med vänner och arbetskamrater än de som har en lägre utbildning. De med ett mindre socialt nätverk har ofta mer släktingar än vänner i sitt nätverk. De löper större risk för olika sjukdomar som är relaterade med livsstil, äter sämre mat, röker och dricker mer alkohol, motionerar mindre, har högre blodtryck och har högre halter av fett i blodet. En individ med ett positivt socialt nätverk ges möjlighet till erfarenhet, återkoppling och att hitta sin sociala roll. Om individen får ett bra socialt stöd och har sociala relationer finns det bättre förutsättningar för att hantera stress och minska risken för sjukdomar.

John Cassel (Enligt Peterson & Bredow, 2008, s. 164-170) upptäckte att en av faktorerna i samhället som påverkar hälsan via kroppens immun- och hormonsystem är ett bristande socialt nätverk, vilket i sin tur ger en ökad sårbarhet för sjukdom. Cassel påvisade att det måste finnas något mer orsakssamband än mikroorganismer mellan sjukdomar och vilka som drabbas. Han upptäckte att anmärkningsvärt flera som insjuknade i vissa sjukdomar som tuberkulos eller hade schizofreni, hade flertalet kommit från splittrade familjer, från en minoritetsgrupp som inte accepterats av samhället, flyttat ofta, hade förändringar i yrke,

var frånskilda, änklingar samt de som hade utsatts för en större stress än resten av befolkningen. Genom att undersöka två grupper, den ena gruppen som hade utsatts för sociala påfrestningar jämfört med en grupp som hade en mer stabil tillvaro, kom de fram till att den första gruppen hade en sämre hälsa, men att de resonerade att om det finns känslomässigt stöd kan man motverka de negativa effekter den första gruppen upplevde.

Bentling (2001, s. 150-155) anser att professionell personal inom social- och hälsovård har som sitt ansvarsområde att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa. Den professionella personalen inom social- och hälsovården ska bidra till att klienten får god och säker vård samt bevaka klientens rättigheter och möjligheter. För att undvika onödiga risker eller obehagliga upplevelser följer den professionella personalen standardiserade rutiner och regler, t ex att uträta en riskbedömning, att strikt följa anmälningsskyldighet och avvikelshanteringar, samt kan agera om en medarbetare uppför sig oprofessionellt. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2012, s. 29-31) vill uppmärksamma vikten av klienters bemötande. Att få bli bemött på ett respektfullt sätt bidrar till att klienter med sämre mående kan växa och börja må bättre. Som professionell personal inom social- och hälsovården skall man bemöta klienter med t ex psykisk funktionsnedsättning som jämbördig och visa respekt för dennes integritet.

2.3 Företrädarskap

Snowball anser (enligt Eklund, 2013) att en företrädare kan vara en anhörig, en kontaktperson, en sjuksköterska, en socionom eller någon annan professionell personal inom hälso- och sjukvården. Alla klientgrupper kan vara i behov av en företrädare, tillfälligt eller permanent, när de av olika anledningar inte själva kan företräda sina intressen och önskemål.

Det här arbetet grundar sig på ett proaktivt företrädarskap. Enligt nationalencyklopedin är proaktivt något som kan vara förutsägbart i en framtida situation, så att det kan förhindra att något oönskat inträffar. En företrädare benämns som en person som kan fungera som ett slags ombud för en annan person inom ett intresseområde. (Nationalencyklopedin, 2016). Som företrädare är man klientens röst och stöder klienten i vården och i det sociala nätverket och förhindrar att negativa situationer inträffar (Eklund, 2013).

Enligt Jahren Kristoffersen (1998, s. 480-482, 501-503) så är ett socialt nätverk indelat i det informella nätverket som består av familj och vänner. Ett sådant nätverk behöver ge trygghet som gör att individen utvecklas och kan ta egna beslut. Det andra är ett formellt socialt nätverk som består av de samhälleliga formerna av nätverk. Det formella sociala nätverket stöder där det informella nätverket brister i hanteringen av olika situationer. Kvaliteten av det sociala nätverket har en stor betydelse, genom att processen att interagera med människor resulterar i gemenskap. Det sociala nätverket kan vara främjande, tolerant och accepterande, men kan också vara fientligt. De fysiska resurserna har ett samband med interaktionsprocessen, kroniska sjukdomar, funktionshinder eller andra "avvikelser" kan vara ett hinder för individen för att upprätthålla en gemenskap. En individ som av en plötslig händelse, t ex allvarlig sjukdom eller en närståendes bortgång, kan uppleva det som ett hot i olika grader. Hotet kan vara mot något som är viktigt för individen, t ex känslan av trygghet, social gemenskap och självständighet. Det kan i vissa fall ge en krisreaktion som kan påverka individens sociala nätverk på ett negativt sätt, kontakterna minskar och sociala intressen och aktiviteter kan minska. Individen kan då känna sig isolerad och ensam och det kan påverka identiteten. Jahren Kristoffersen (1998, s. 480-482, 501-503) påpekar att som företrädare är det viktigt att man fortsätter att ha en formell kontakt och försöker uppmuntra och stöda individen att upprätthålla sitt informella sociala nätverk. Det finns annars en risk att individen tappar sitt informella nätverk och försöker ha ett nätverk med personer som inte känner individen på ett djupt plan innan den plötsliga händelsen, vilket då kan leda till att individen förminkas i sin identitet. En individ med ett svagt socialt nätverk har en större risk att uppleva hot och är mer skeptisk till sin förmåga att klara av svåra situationer.

Enligt Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2012, s. 29-31) innebär företrädarskapet för professionell personal att man hela tiden arbetar mot ett mål, och att alltid erbjuda den bästa vården. Att vara professionell yrkesperson inom social- och hälsovården innebär att man skall kunna växla mellan närhet och distans samt inse sina egna begränsningar. Hanks (2010, s. 97-107) anser att det är viktigt att professionell personal kan skapa en bra vårdande miljö runt klienten, som stärker dennes självkänsla samt känner sig delaktig i vården. Detta leder till att förutsättningarna för god vård ökar samt att den professionella personalens första intryck stärks. Klientens rädsla och oro dämpas genom professionen och gör att klienten får en positivare inställning till sjukvården.

Enligt Vaartio et al. (2009, 2006, s. 340-362, 282-292) så är företräderskapet en process med flera delar, bland annat skyddande av klienten, stöd samt avvikelserapporter. Xiaoyan och Jezewski (2006, s. 101-110) menar att inom företräderskapet behöver den professionella personalen vara yrkeskompetenta och även vara kompetenta inom vilka rättigheter klienten har. Denna kompetens gör att yrkespersonen kan få en central roll i nätverket runt klienten. Yrkespersonen är då ansvarig för att informera klienten om vilka vårdformer som finns tillgängliga, samt underlätta nya vårdkontakter för klienten. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2012, s. 29-31) uppmärksammar att kontakten som professionell personal erbjuder är en viktig hörnsten inom omvårdnadsprocessen. Genom att erbjuda kontakt kan man motverka ångest och framtida depressioner. I arbetet med människor med olika svårigheter eller funktionsnedsättningar är det viktigt att professionell personal vet hur de skall förhålla sig till dessa problem, samt veta hur man bemöter dem. Genom ett bra bemötande kan professionella skapa en kontakt till klienten. Detta hjälper klienter som t ex är psykiskt sjuka eller de med en funktionsnedsättning, att vilja förändra sitt vardagliga liv och med det få ett bättre liv.

Eklund (2013) anser att en bra företrädare skall ha ett gott tålamod, ha förmåga att se saker objektivt och verkligen kunna kämpa för klientens bästa. I de situationer där klienten själv är kapabel att fatta beslut är den professionellas roll att medla och hjälpa klienten att tolka saker och ting, samt vägleda och utbilda dem. Vid situationer där klienten inte är kapabel till ställningstaganden, tar den professionella personalen beslut i patientens ställning utan förutfattade meningar.

2.4 Socialt nätverk

Enligt Andresen (2002, s. 72-74) är socialt nätverk inte ett begrepp som är uppenbart. Det finns många sorters olika nätverk som i arbete, samtalsgrupper o.s.v. Det som är en gemensam nämnare för ett sådant är att det är en grupp med gemensamma intressen och behov som driver medlemmarna i gruppen. Det anses med socialt nätverk i vardagen är relationer som en individ har, såsom familj, vänner och personer som individen har starka band till, men även informella nätverk som har en plikt känsla och rättighet att hjälpa och stöda individen på ett personligt plan. Det kan t.ex vara vänner som ställer upp för varandra utan att vänta sig något tillbaka, där kan det dock hända att den ena parten bara ger och ger och den andra förväntar sig inget annat, det finns ett outtalade krav som kan vara svårt att ifrågasätta.

I Isakssons och Hellmans (2012, s. 395-403) studie framkom att i fall där klienter behöver rehabilitering på grund av ryggskada, så måste också personalen vara medveten och stärka och stöda klientens sociala nätverk under rehabiliteringen, samt minska negativa interaktioner, eftersom socialt stöd, social integration, men också negativa interaktioner kan påverka hälsa och välbefinnande. De definierar ett socialt nätverk som: familjemedlemmar, vänner, kollegor, grannar, yrkesverksamma, och människor som har en liknande skada. Det sociala nätverket påverkade klienterna genom uppmuntran, nya sätt att utföra vardagliga aktiviteter, eller att anpassa sina tidigare metoder genom att visa dem hur de skulle kunna utföra vissa verksamheter på ett annat sätt. De påpekar också att effekten av ett socialt nätverk som är negativt i olika aspekter kan öka stressen och försämra hälsan. Därför är det viktigt att de som är professionella också är medvetna om konsekvenserna för destruktiv support. Det är viktigt att anhöriga vet hur viktigt det är med känslomässigt stöd under rehabilitering. Med positivt stöd så hade klienterna möjlighet att delta i meningsfulla vardagliga aktiviteter.

2.5 Riskbedömning

Riskbedömning är en bedömning som gör en grund för att en patient skall få så individuell och framgångsrik riskhantering som möjligt inplanerat i sin vårdplan. Det finns olika typer av riskbedömning, vi kommer att fördjupa oss i de strukturerade professionella riskbedömningsmetoderna. Dessa metoder bygger på både intervju och en typ av checklista/frågeformulär och leder till olika rekommendationer av riskhantering och vårdmetoder. Dessa metoder har hög tillförlitlighet och har fått mycket god respons. (Douglas, et al., 2001, s. 1-59)

Griffiths (2012, s. 713-736) menar att riskbedömningar uträttas så att klienterna kan få en klar bild över en specifik situation. Den rädsla som kan skapas hos klienten då denne tar del av riskanalysen behöver den professionella personalen beakta och acceptera på ett professionellt plan. Enligt Sjögren (2012, s. 209-220) görs en riskbedömning för att upptäcka fler bakomliggande faktorer som kan påverka en person. Olika kombinationer som psykisk ohälsa, droger eller våld behöver alla få sin behandling. Genom riskbedömningen kan alla dessa punkter uppmärksammas och behandlas samtidigt. Detta ger professionell personal en möjlighet att hjälpa hela individen.

3 Litteraturöversikt

I detta arbete har vi använt oss av en allmän litteraturöversikt. Det insamlade materialet står som grund för resterande delar av arbetet.

Allmän litteraturöversikt, även kallad litteraturgenomgång eller forskningsöversikt, är en metod för att samla in material och fakta om ett specifikt ämne för att få en helhetsbild av det, samt för att reda ut vilka brister som finns och vad som kan utvecklas. I denna typ av litteraturöversikt beskrivs och analyseras insamlad data. Allmän litteraturöversikt är ett tillförlitligt tillvägagångssätt med god validitet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-26).

Systematisk litteraturstudie är en trovärdig litteraturstudie som är mycket tidsödande där alla olika forskningar och evidensbaserat material jämförs och både positiva och negativa sidor lyfts fram och används. Då en systematisk litteraturstudie genomförs är det väldigt viktigt med ett tydligt syfte samt tydliga frågeställningar. Efter att de valts görs en sökstrategi där man fastställer, vilka sökord som skall användas och vilka sökmotorer som kommer att nyttjas. De funna materialet utgör sedan svar på syftet/frågeställningarna utgående från forskning, genom analys och tolkning av dem. Systematisk litteraturstudie innebär också en väldigt kritisk granskning och hög kontroll av validitet. Varje artikel skall analyseras, tolkas och granskas och de som inte används skall motiveras, varför de inte valdes. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-34) Detta är en metod vi skulle använt för att få så hög validitet som möjligt, men på grund av tidsbristen behövde vi avgränsa oss till en allmän litteraturstudie.

Vi började med att alla i gruppen sökte information om rädsla, risker och företräderskap med perspektivet från ett socialt nätverk. Vi sökte informationen från följande sökmotorer: Academic search elit, EBSCO, EBSCO host, Cinahl, Cinahl with full text och google. Under vår sökprocess har vi i dessa databaser avgränsat oss så att vi funnit de mest relevanta artiklarna för vårt arbete. I två sökningar blev avgränsningen inte tillräckligt bra, vilket ledde till högt antal sökträffar, där av använde vi oss inte av dessa då relevansen skulle blivit låg, eftersom vi inte hade möjlighet att läsa så stort antal artiklar. Vi har sökt med olika kombinationer av följande sökord: anxiety, social network*, risk factors*, loneliness*, happy*, health risk*, older*, young*, isolation*, social support*, high strain work*, effect*, well-being*, vad betyder ett socialt nätverk, assessment tool*, fear*, patient*, nurse*, risk*, importance, risk factors, NOT children, network, relative*, work*, socialization, sickness, impact, barriers, disease och influence. Arbetets avgränsningar tillsammans med dessa sökord har varit 2006-2016, peer reviewed, full text, English

language, apply related words, PDF- full text, Full text, scholarly (peer reviewed) journals, abstract available, continental Europe och Europe. Utöver dessa artiklar har vi använt oss av böcker från Novias bibliotek och Mariehamns stadsbibliotek som ansetts vara relevanta för detta arbete, dessa har inte haft någon tidsavgränsning.

Artiklar som inte använts har handlat om barn, specifika sjukdomsfall, artiklar som inte varit relevanta för detta arbete, som varit rewievs och har saknat full text eller saknat vissa delar, artiklar som inte ansetts ha varit vetenskapliga och tillförlitliga.

Under denna process har 16 artiklar valts ut till litteraturöversikten under januari och februari månad 2016. Tabellen nedan presenterar sökorden, sökmotorerna, avgränsningarna, antalet hittade artiklar, lästa abstrakt, valda artiklar och antalet dubletter. Antalet träffar och antalet lästa abstrakt varierar, de artiklar vi inte läst abstraktet på har visat uppenbar irrelevans redan genom artikelns rubrik, förutom Google, där vi har ett väldigt högt antal sökträffar. Google var vår första sökmotor där vi hittade två artiklar som var relevanta. Nedan presenteras sökprocessen mer detaljerad i tabell.

4 Material

Enligt Smyth et al. (2014, s. 813-831) så upplevde klienter med lågt socialt stöd att situationer som var stressfyllda påverkades så att deras humör blev sämre, stämningen mer negativ och de upplevde mer fysiska begränsningar jämfört med situationer som inte var stressfyllda. De jämförde även med dem som hade högt socialt stöd, stressen blev inte lika påtaglig för dem, då de hade en slags stödbuffert. Det visar att socialt stöd kan vara en viktig del i bedömningen och i behandlingen av en kronisk sjukdom. Individer med lågt socialt stöd kan ha konsekvenser för egenvården, sociala interaktioner och andra sjukdomsprocesser på ett dynamiskt och ett återkommande sätt.

I en studie av Lawlor (2011, s. 335-346) framkom det att det är viktigt att skilja mellan olika sorters ensamhet. Det finns emotionell ensamhet och social ensamhet som på olika sätt påverkas av socialt stöd. Socialt stöd påverkar den emotionella ensamheten indirekt och den sociala ensamheten direkt. Dessa modeller bekräftar vikten av att skilja mellan olika typer av ensamhet och även mellan bristande socialt, stöd och ensamhet. Högre nivåer av neuroticism (emotionell instabilitet), depression och upplevd stress är alla viktiga indikationer för ökad känslomässig ensamhet, även typ av boende om man bodde ensam eller inte är viktiga indikationer. Riskfaktorer för social ensamhet är något mer varierande,

men neuroticism och upplevd stress har visat sig vara viktiga även här. Dessutom har antalet barnbarn en klient har visat sig vara en som motverkar social ensamhet. Individer med färre barnbarn har en större benägenhet att vara socialt ensamma. Närvaron av en kognitiv variabel har visat sig vara övergripande vid både social ensamhet och socialt stöd, men inte vid känslomässig ensamhet. Detta visar den kognitiva betydelsen av att delta i sociala aktiviteter och att upprätthålla sociala relationer. Den största indikationen för att en individ hade ett lågt socialt stöd var inbundenhet. Men andra riskfaktorer för lågt socialt stöd bland äldre var: få anhöriga, ökande ålder, samt ingen möjlighet att köra bil. Genom att få socialt stöd skulle känslan av den sociala ensamheten minska och på det sättet minska den emotionella ensamheten.

Enligt en studie utförd av Melchiorre (2013, s. 1-10) som gjordes är socialt stöd viktigt för individer, framför allt för den äldre generationen. Det sociala stödet behövs för att kunna minska sårbarheten hos den äldre befolkningen. Det uppdagades att det var stor skillnad mellan folk från olika länder i hur gott socialt nätverk de hade samt hur de upplevde stödet som de fick, vilket kan härledas till kulturella och geografiska skillnader. Gemensamt för länderna var att de som upplevde att de hade ett gott socialt stöd inte bodde ensamma och hade ett lagom stort hushåll, samt att de äldre som använder socialt stöd i form av hälso- och sjukvårdstjänster rapporterar mindre fysiska besvär och depressioner. Faktorer som visade upplevelse av lägre socialt stöd hade samband med äldre ålder, manligt kön, svag ekonomisk situation, samt utsatthet för psykologisk misshandel.

Sintonen (2014, s. 87-95) förklarar effekten av att ha ett socialt nätverk och hur det skapar välbefinnande och mindre behov av vård. Ett socialt nätverk kräver mindre vårdåtgärder än hos dem som har ett mindre socialt nätverk. Stabiliteten i sociala relationer påverkas positivt i både socialt nätverk och socialt handikapp. Studien visar också att ett gott socialt nätverk förebygger ensamhet. Ett positivt och signifikant samband mellan ensamhet och sociala funktionshinder visar att socialt inaktiva äldre människor upplever en större rädsla för ensamhet. De som har en högre nivå av social funktionsnedsättning är i ett högre vårdbehov, medan personer som upplevde rädsla för ensamhet hade ett ökande men mindre behov av vård. Det visar att sociala nätverk som består av familj och vänner spelar en stor roll när det gäller att göra det möjligt och att upprätthålla sociala aktiviteter som speglar en känsla av trygghet. Sintonen menar att det är viktigt att fokusera på de äldres sociala omgivning, då oväntade förändringar inträffar i livet. Alla typer av förebyggande arbete kan behövas med tanke på kroniska sjukdomar och de funktionella och kognitiva funktionsnedsättningarna. Inklusive de sociala nätverksaspekter och relationer mellan

dessa förebyggande handlingar så skulle effektiviteten förbättras inom vård och omsorg. De äldre som har stabila sociala relationer och aktiva sociala nätverk måste uppmanas att förbli aktiva om social isolering är förestående. Ett starkt socialt nätverk kan vara en god källa i vården.

Ohälsa förebyggs genom att minimera riskfaktorer som stress, dåliga levnadsvanor, diskriminering, våld eller fattigdom. Risk för ökad sårbarhet finns i samband med ökad utsatthet såsom sjukdom, förlust av hälsa och ev. funktionsnedsättning. Skyddsfaktor är att ha minst en trygg nära relation, beroende på sammanhang. (Lolos, et al., 2014, s. 43)

Andersen (2002, s. 72-74) upplyser också att det finns en sociologisk beteckning i befolkningen som är en avvikelse från det ”normala”, så kallat ”utsatta grupper”. Det är de individer som har gemensamt att de är i en risk- eller krissituation. Det finns olika orsaker till att individerna hamnat i den här gruppen, t.ex. en psykisk orsak, såsom mental sjukdom eller något funktionsnedsättning. De finns även de som hamnat här av socioekonomiska skäl, på grund av samhällsklass. Men också psykosociala skäl kan göra att man hamnar i riskgruppen. Det kan vara en känsla av ensamhet, isolation eller arbetslöshet, stress eller skuldsättning. Det är sådant som kan drabba vem som helst i samhället.

För att behålla sin hälsa trots att man är i riskzonen finns olika skyddsfaktorer enligt Arvidsson och Skärsäter (2006, s. 103-105). De faktorerna är att individen känner att denne har kontroll, känsla av sammanhang, god självkänsla och socialt stöd. Om man t.ex. blir arbetslös kan man tappa en del av sitt sociala nätverk, liksom vid plötsliga händelser som att man mister sin partner eller sina vänner. En förlust kan minska självkänslan, och behöver man stöd och uppmuntran för att klara av det och kunna ta ansvar över att sköta om sig själv på ett hälsofrämjande sätt. (Arvidsson & Skärsäter, 2006, s. 103-105).

I den studien av Haf Roberts och Bailey (2013, s. 2514-2524) framkom det att social ångest är ett stort hinder för de individerna med allvarliga psykiska sjukdomar. Att få delta i grupper med individer som råkat ut för liknande situationer var ett bra alternativ då stigmatiseringen och diskrimineringen blev mindre uppenbar för att bygga sociala relationer och få ett stöd av gruppen, och då kan man minska fysiska hälsorisker hos dem. Det uppdagades att hälsofrämjande aktiviteter är viktigt.

I en studie jämförde Biddle (2010, s. 298-304) ursprungsbefolkningen i Australien med inflyttade så kom man fram till att ursprungsbefolkningen har en sämre hälsa, till viss del på grund av mentala problem och befolkningens välbefinnande. De som hade ett högt

socialt kapital hade ett större välbefinnande. Att ha ett socialt stöd, känna förtroende och möjlighet att kunna påverka är viktiga faktorer för att må bra. Man kom fram till att olika nätverk snarare än vänner från en enda etnisk bakgrund hade också en positiv effekt på välbefinnandet.

I Ochiengs artikel intervjuas afro-karibiska familjer i England. Artikeln bekräftar att välbefinnandet bestäms delvis av vilken länk individen har med sina familjer. Familjerna upplevde medlemskap i en släkt ökade deras välmående, samt att de föredrog att leva i områden med människor av samma etnicitet, trots sämre service och dåliga bostäder. Men de trodde ändå att etnisk segregation ledde till marginalisering och sämre förutsättningar. Professionella inom hälso- och sjukvården behöver ta hänsyn till individens egenskaper och sociala nätverk, samt bostadsort för att kunna göra en bra plan för strategier för hälsofrämjande. De måste främja det sociala stödet och gemenskapen för att stärka samarbetet med familjen och samhället. (Ochieng, 2011, s. 429-437).

Hyyppä (2007, s.44-46, 66, 145-148) skriver att det sociala kapitalet är en gemenskap i samhället, normen och sociala relationer i sociala strukturer. Men socialt kapital är inte helt samma sak som sociala nätverk, utan ett mer kollektivt begrepp på sociala nätverk och tilliten som finns mellan olika grupper i samhället. Minoriteter i samhället mår sämre, då fattigdom och dålig hälsa hänger ihop. I alla EU-länder är samhället uppdelat i hälsoklasser, de som är rikast lever längst och är friskast. I vissa områden är det sociala kapitalet högre, de har en högre gemenskap och gemensamma mål, många av dessa ställen är öar och kusttrakter, som Åland, Österbotten och Okinawa. För att stärka en individs identitet är det viktigt att uppleva känsla av samhörighet, genom att ha sociala nätverk och delta i organisationer. När man mäter det sociala nätverket ska man beakta relationernas kvalitet och relationernas tillit och växelverkan, den ömsesidiga tilliten. För att stärka det sociala kapitalet behöver det sociala deltagandet öka, och på så sätt ökar befolkningens egen makt.

Även om individen har en inre värld med tankar och känslor så har den ett samband med den yttre världen och de påverkar varandra genom att individen utvecklas genom att interagera med andra människor. Därför behöver man ta hänsyn till individens tankar, känslor, handlingar, kapacitet och relationer för att kunna bidra till att förbättra en individs situation. Empowerment integrerar kapaciteter hos individen genom till exempel skapa relationer, ge valmöjligheter, uppfylla önsknings, lösa problem, ökad förmåga att lära sig o.s.v. (Moula, 2009, s. 105-107)

Enligt Aamland et al. (2013, s. 95-100) så upplever personer som är sjukskrivna och inte har synliga symtom, eller som inte har en så kallad ”riktig” diagnos, en större börda på grund av sin sjukfrånvaro. De blir marginaliserade, det får sociala och ekonomiska konsekvenser. Det kan handla om sjukdomar som IBS (irritated bowel syndrome), fibromyalgi, ryggsmärta o.s.v. De upplever sig misstrodda och en brist på förståelse. De som är sjukskrivna en längre period upplever sig isolerade, passiva och en känsla av sorg och meningslöshet, de känner sig som främlingar för sitt arbete. De är lättade av att ha fått en diagnos, men samtidigt nedstämda för att inte kunna arbeta. De överväger sin syn på sig själv och sina värderingar. Vissa övervägde att återgå till arbetet trots att de inte har blivit bättre. Att ha en bra struktur på dagen, få ett stöd av sin familj samt att hålla kontakten med sin arbetsplats och att aktivera sig fysiskt var viktigt för att må bra trots sjukskrivning. Att arbetet och vänner tar kontakt upplevdes positivt och stöttande.

Enligt Kvaal et al. (2014, s. 104-111) så är en känsla av ensamhet vanligare hos äldre människor som är inlagda på sjukhus och kan uppkomma när en förändring skett i deras sociala relationer, som att man förlorat en bekant eller att en relation försämrats. De kan uppleva en känsla av att vara värdelösa, isolerade, åsidosatta, tomma, passiva. Även om de upplevde den känslan var det svårt att ta tag i det och göra någonting åt det. Däremot finns det de som tycker om att vara ensamma, som upplever det positivt, det är viktigt att komma ihåg att inte ge socialt stöd till de som inte behöver det. Vissa upplevde skuld och skam för att söka hjälp av hälso- och sjukvården för att få sociala förmåner på sjukhusets avdelning.

Levälahti (2007, s. 23-44) tar fram vikten av att ha ett socialt nätverk vid återhämtningen från ett alkoholmissbruk. En av de mest centrala stödformerna är det emotionella stödet i form av betydelsefulla människorelationer och ett gott bemötande, men även annat stöd kan vara avgörande. Flera negativa interaktioner upplevs under det aktiva missbruket än under återhämtningen och vidmakthållandet av lösningen. Man kan tro att de senare livsskedena är mera positivt laddade men att även antalet positiva interaktioner ökar då samhället ser att personen förändras. I många fall uppfattas inte stora stödinsatser som stöd vilket beror på att om klienten själv inte vill ändra på sitt missbruk bidrar stödinsatserna inte heller till återhämtning. Ett sätt att ge stöd är att klienten får känna sig behövd och viktig. Detta kan göras genom att klienten hjälper andra med praktiska saker. Att få klienten att känna att hen gör nytta är en del av återhämtningsprocessen genom att man får meningsfull sysselsättning och sociala kontakter. I individens förändringsprocess utgör socialt nätverk och socialt stöd en resurs om klienten kan tillgodogöra sig dem. En process

av transaktioner mellan personer och omgivningen, mellan individen och klientens sociala nätverk utgör ett socialt stöd där klienten har en central roll.

Booker et al. (2015, s. 173-179) har undersökt vad sittande framför datorn eller teven har för inverkan på ungdomars lycka och sociala nätverk. Enligt studien spenderar ungdomar mer och mer tid vid datorer och teven. Detta isolerar ungdomarna och skadar det sociala nätverket. Studien visar att ungdomar som sitter mycket framför datorn eller teven var mindre lyckliga och hade en benägenhet till socioemotionella svårigheter än de ungdomar som sitter mindre framför datorn eller teven. Deltagande i någon form av idrott har ett positivt samband med lycka och en negativ inverkan på socioemotionella svårigheter. Studien visar att användningen av datorer och tv -tittande ökar bland ungdomarna, vilket bidrar till högre stillasittande livsstil bland ungdomarna som kan få konsekvenser för hälsa och välfärd senare i livet. Utvecklingen av hälsorelaterade metoder och beteenden börjar i tonåren. Dessa beteenden kan formas av omständigheterna som ungdomarna lever i och förstärks av rådande sociala normer. Forskningen har visat tydlig kontinuitet i hälsobeteenden och välbefinnande från tonåren till senare i livet.

A. Emler (2006, s. 299-308) undersöker det sociala nätverket bland klienter i olika åldrar som lever med HIV men utvärderar även risken för social isolering. Resultaten visar att familj och vänner spelar en viktig roll i sammansättningen av det sociala nätverket oberoende av ålder. Resultaten visar dock att äldre män hade en högre benägenhet att leva ensamma än de yngre med samma sjukdom. Likaså visade resultaten att även kön kan spela en stor roll i det sociala nätverket. Äldre klienter med HIV måste utvärderas noggrannare för att förhindra social isolering.

Chiu et al. (2008, s. 1221-1227) studie visar att socialt nätverk har ett positivt samband med kognitiv funktion och risken för demens. Studien visade att ett stort socialt nätverk och daglig social kontakt hade ett väsentligt samband med att minska risken för demens. Denna lägre risk kvarstod beroende på ålder, utbildning och depression. Dessa fynd tyder på att ett socialt nätverk kan understödja tillgången på hälso- och sjukvård samt hälsosamt beteende, och därigenom indirekt minska eller förebygga hjärnans patologi eller andra tillstånd som påverkar den kognitiva förmågan. Studien visar att de med ett större socialt nätverk behöll en bättre kognitiv funktion än de som hade brist på socialt nätverk.

Borritz et al. (2014, s. 1-9) studie tar fram sambandet mellan stressigt arbete och depression och hur detta påverkas av socialt stöd. Resultaten av denna studie visar att ett stressigt arbete kan vara särskilt skadligt för den psykiska hälsa hos klienter som har ett lägre socialt stöd i privatlivet, än för de nu som upplever stress på jobbet och har ett större socialt stöd. Studien visar att klienter som har det stressigt på jobbet och ett svagt socialt nätverk, kan vara en högriskgrupp för att utveckla depressiva symptom. En viktig angelägenhet är att säkerställa adekvat behandling för denna grupp. Förebyggande eller eliminering av stressigt arbete kan vara särskilt viktigt för klienter med lågt socialt nätverk eller att förstärka det sociala nätverket för klienter med stressigt arbete.

Agahi et al. (2010, s. 175-181) belyser hur sociala relationer, socialt deltagande och hälsa påverkar de äldre människorna i samhället. Sociala relationer har under hela livet en stor betydelse för människors hälsa, välbefinnande och välfärd. Effekter av åldrandet kan vara att man förlorat många av sina nära och kära, vilket märkbart minskar hälsofördelarna som kännetecknas av sociala relationer. Sociala relationer har ett starkt samband med fysisk- och psykisk hälsa, överlevnad, samt tillgång till omsorg enligt forskningen. Berkman et al (enligt Agahi et al. 2010, s. 175-181) hävdar att mekanismer mellan sociala relationer och hälsa har flera olika förklaringar. Forskarna har bl.a. konstaterat att en direkt fysiologisk påverkan att vid positiva sociala relationer sjunker puls och blodtryck och att immunförsvaret stärks. Antonovsky (enligt Agahi et al. 2010, s. 175-181) menar att det även finns en annan förklaring som utgår från den psykologiska påverkan. Individer som har sociala relationer, vilka omfattas av socialt stöd, engagemang, inflytande, resurser mm, har en bättre självbild, självkänsla, trygghet och social kompetens. Den hjälp som behövs för att hantera stressfyllda situationer och händelser får den individen genom ett stödande nätverk. Agahi et al. (2010, s. 175-181) hävdar därmed att individen får tillgång till olika resurser via sociala relationer som ökar möjligheten att hantera stressfyllda situationer, men även att klara av vardagen och undvika omständigheter som är skadliga för hälsan. Individens hälsobeteende påverkas även av det sociala nätverket både i positiv och negativ bemärkelse. Olika normer och värderingar av grupper påverkar individens inställning till tobak och alkohol, men även kost- och motionsvanor och betydelsefull hälsoinformation. Individen påverkas även att söka vård samt läkemedelskonsumtion vilket är direkta hälsokonsekvenser. Hos många finns intresse av fysiska och sociala aktiviteter kvar, även när hälsa och ork avtar. Det behövs stöd för att individen skall kunna ha fortsatt social gemenskap och vara fysiskt aktiv. Det finns en samhällelig vinst i att möjliggöra social gemenskap finns det en samhällelig vinst i genom att subventionera verksamheter som

hjälp till att bryta isoleringen. Forskningen visar att sociala relationer har stor betydelse för hälsan, likaså att de flesta har ett socialt nätverk och sociala relationer. Vad som kan göras för att underlätta för den tiondel som har ett skört socialt nätverk och hur ett socialt nätverk kan bibehållas även högt upp i åren är det mindre forskat om. (Agahi, et al., 2010, s. 175-181).

Enligt Antonovskys teori- känsla av sammanhang, *kasam* är det som avgör hur en människa klarar av stressituationer. *Kasam* är uppdelat i tre delar: 1) Begriplighet, det som händer har en struktur och förutsägbarhet. 2) Hanterbarhet, att de resurser som finns, behövs för att klara av en situation. Till sist 3) meningsfullhet, d.v.s. att det finns en mening i att engagera sig i det som händer. *Kasam* går att mäta, ju högre resultat, desto större känsla av sammanhang och förmåga att klara av utmanande situationer i livet (Antonovsky, 2005, s. 43-47).

Price (2011, s. 28-35) menar att klienter som kommer ut i samhället efter olika omständigheter bara inte är beroende av professionell vård och omsorg utan även av stöd från familj och vänner. Det sociala nätverket kan bistå med en känsla av mening som klienten kan dra nytta av samt kunna få återkoppling så att framgång och utveckling upprätthålls. Detta genom uppmuntran och belöning av sina ansträngningar. När socialt nätverk skall kartläggas måste detta beaktas och diskuteras på en professionell nivå så att klientens integritet och önskemål respekteras. Kartläggningen av det sociala nätverket har en betydelsefull roll då den professionella skall uppskatta om klienten har tillgängliga resurser. Genom kartläggning om vem som kan stödja klienten samt vem klienten har förtroende för, hjälper den professionella att lyfta känsliga ämnen och göra övergången till klientens hemfärd lättare. Denna kartläggning kan identifiera var brister finns inom det sociala nätverket och möjliggör för den professionella personalen att hitta nya möjligheter till socialt stöd.

Vi har inte kunnat hitta någon tidigare metod som liknar vår planerade produkt. Metoder och tillvägagångssätt som vi hittat har kartläggning av nätverket och olika stödformer hur man åtgärdar ett nedsatt socialt nätverk.

Antalet olika stödformer, som det material vi använt oss av tar upp, är många, däremot har vi inte hittat någon som ger exempel på en konkret bedömning av det sociala nätverket. Stödformer som tas upp är bland annat samtal som stöd (Hornsten, et al., 2014), klientens

delaktighet, systematiskt förebyggande/riskförebyggande åtgärder (Gaal, et al., 2014), främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande, återställa hälsa (Bentling, 2001), företräda då patienten inte är kapabel att fatta beslut (Snowball, 1996), hjälpa klienten att tolka saker, vägleda klienten samt utbilda dem (Eklund, 2013) och samtalsgrupper med samlade klienter med samma intressen (Andresen, 2002). Dessa grupperar vi däremot in i riskhantering, inte i en riskbedömning.

Exempel på sökord vi använt oss av är social network, risk assessment, method identification, social life, method och assessment. Utöver detta har vi kontaktat Ålands hälso- och sjukvård, psykiatriska avdelningen, men de visste heller inte om någon metod som denna.

5. Innehållsanalys

Innehållsanalys, även kallad dokumentanalys, är en analysmetod som lägger grunden för vårt arbete genom uppsamling av teoretisk data för att säkerställa god kunskap som underlag. Denna analysmetod kan användas då man vill ha så mycket information som möjligt för att få en god grund som kan lösa problemet. I en innehållsanalys granskar, analyserar och samlas empirisk data och sammanställs utgående från ett specifikt syfte eller frågeställning. (Bryder, 1985, s. 99-112)

Innehållsanalys är ett sätt att analysera olika typer av dokument. Ur texten plockar skribenten/forskaren sedan ut relevanta delar och förminskar dem till kortare text avsnitt. Då skribenten gör denne bör denna ha väldigt klara riktlinjer för vad dess syfte är och vad denne söker efter i textens innehåll. I boken "Forskningshandboken- för småskaliga projekt inom samhällsvetenskaperna" listas fyra punkter rörande innehållsanalys:

Tabell 2. Analysmall.

....avslöjargenom att mäta
Vad texten framställer som relevant	Vad den innehåller (ex. Speciella ord, ideér)
De prioriteringar som skildras i texten	Hur ofta de förekommer; i vilken ordning de förekommer
De värderingar som framförs i texten	Positiva och negativa åsikter om saker
Hur ideér hänger samman	Närheterna mellan ideérna i texten, logiska associationer

(Denscombe, 2014, s. 319-399)

Vi använde oss av en induktiv analyssats, som även kallas upptäckarens analys, vilket innebär att vi inte använt oss av någon tidigare teori, utan att vi med hjälp av litteraturöversikten och våra frågeställningar skapat en ny produkt. Denna metod har en nackdel, då vi inte använt oss av en tidigare teori vet vi heller inte dess utsträckning. (Patel & Davidson, 2011, s. 20-25)

För att öka validiteten har vi alla fyra som deltar i detta arbete analyserat den teoretiska data som vi grundar vårt arbete på. Vi började analys processen med att markera de ord som har gemensam nämnare och svarar på våra frågeställningar, vi använde utöver detta oss av en analystabell där varje enskild artikel finns med från litteraturöversikten, så att vi enkelt fick en översikt av dem som stöd till analysen (Tabell 3. Artikeltabeller.). Sedan sammanställde vi dem i en löpande text. Då alla analyserat klart satte vi oss ned och jämförde våra analyser och sammanställde dem, resultatet av detta blev arbetets slutliga resultat av analysen med följande kategorier: indikationer, ensamhet, kasam, socialt stöd, grupper, ekonomi, rädslor, socialt nätverk, hälsa, kartläggning, deltagande, information, fysisk aktivitet, återhämtning, arbetsförmåga, anhöriga och uppbyggnad.

Analystabellerna i bilaga 2 har vi använt oss av för att få en strukturerad bild av våra artiklar. Samtidigt har artiklarnas kvalitet bedömts genom en poängsättningstabell som vi funnit i boken "Forskningsprocessen" (Sörensen & Olsson, 2007, s. 285)

6. Resultat

Genom innehållsanalysen framkom det att de största riskfaktorerna för att ha ett dåligt nätverk är hög ålder, psykisk sjukdom, arbetslöshet eller funktionsnedsättning (Andresen, 2002; Lawlor A, et al., 2011). Den höga åldern var den vanligaste återkommande faktorn, med tanke på att det är många av den äldres vänner och anhöriga som försvunnit ur deras liv, samt att efter pensionen är inte arbetslivet och arbetskolllegorna kvar. De som hade fler barnbarn upplevde att de hade ett större socialt nätverk, vilket också gällde de som inte bodde ensamma (Lawlor, et al., 2011). Könet hade en betydelse i vissa av studierna som gjorts. Det uppkom att det främst var män som hade ett sämre socialt nätverk (A. Emlet, 2006). Klasskillnad i samhället, plötslig förändring i tillvaron, ekonomiska problem och kroniska sjukdomar uppdagades som betydande orsaker till ett dåligt socialt nätverk (Hyyppä, 2007; Melchiorre, 2013; Nationalencyklopedin, 2014)

Enligt Lawlor et al. (2011) är det viktigt att skilja på begreppet ensamhet i dess mening. Det som lyfts fram är emotionell ensamhet, social ensamhet och socialt stöd. Dessa påverkar varandra så att socialt stöd påverkar den emotionella ensamhet indirekt och den sociala ensamheten direkt. Price (2011) menar att klienter som skall komma tillbaka in i samhället efter olika omständigheter inte bara är beroende av professionellas vård och omsorg utan även av stöd från familj och vänner. Den största indikationen, enligt Lawlor et al. (2011), varför klienter hade lågt socialt stöd, var på grund av klientens egen slutenhet. Genom att ha ett bra socialt nätverk kan känslan av den sociala ensamheten minska och bidrar till förbättrad emotionell ensamhet. Price (2011) vill lyfta fram att det sociala nätverket kan bidra med en känsla av mening, detta genom uppmuntran och belöning av sina ansträngningar. Smyth et al. (2014) och Hanson (2016) menar att klienter med ett lågt socialt stöd sämre klarar av stressfyllda situationer och upplever mer fysiska begränsningar. De klienter med ett bättre socialt stöd hade en slags stödbuffert som gjorde att stressfyllda situationer inte blev så påtagliga.

För att upprätthålla sin hälsa även under olika omständigheter har människan olika skyddsfaktorer, enligt Arvidsson och Skärsäter (2006). Dessa faktorer är att människan vill ha kontroll över tillvaron, ha känsla av sammanhang, har självkänsla och socialt stöd. Enligt Antonovskys (2005) teori- känsla av sammanhang, kasam, är det som avgör hur en människa klarar av stressade situationer. Kasam är uppdelat i tre delar: begriplighet, det som händer har en struktur och förutsägbarhet. Hanterbarhet, att de resurser som behövs

för att klara av en situation finns. Till sist meningsfullhet, det finns en mening i att engagera sig i det som händer. Kasam går att mäta, ju högre resultat, desto mer känsla av sammanhang och förmåga att klara av utmanande situationer i livet.

Ett socialt stöd är viktigt för människor, enligt Melchiorre (2013). Det sociala stödet bidrar till minskad sårbarhet speciellt för den äldre befolkningen. Det har framkommit att det finns stora skillnader inom det sociala stödet mellan olika länder, vilket kan härledas till kulturella och geografiska aspekter. Ochieng (2011) och Isaksson och Hellman (2012) menar att människors välbefinnande delvis bestäms utifrån hur klientens relation är till familjen. Lolos et al. (2014) anser att ohälsa kan förebyggas genom att minimera riskfaktorer som stress, dåliga levnadsvanor, diskriminering, våld eller fattigdom. Ökad sårbarhet i samband med ökad utsatthet som sjukdom, förlust av hälsa och ev. funktionsnedsättning. Jahren Kristoffersen (1998) bekräftar Lolos (2014) att en skyddsfaktor är att ha en trygg nära relation med minst en person/vänner/familj, beroende av sammanhang.

Enligt Kvaal (2014) är känslan av ensamhet större hos äldre människor då vistelse på sjukhus är aktuell. Ensamheten kan även förvärras så det sker förändringar i deras sociala tillvaro som att förlora en god bekant. Av de äldre klienterna kan känslan av skuld eller skam förekomma då de behöver få social hjälp. Enligt Smyth et al. (2014) kan socialt stöd vara en viktig del i bedömningen och behandlingen av en kronisk sjukdom. De menar att klienterna med lågt socialt stöd kan i en dynamiskt och återkommande sätt få konsekvenser för egenvård, sociala interaktioner och andra sjukdomsprocesser. Andresen (2002) betonar att det finns sociologisk beteckning i befolkningen. Detta belyses som utsatta grupper som avviker från det normala. Grupper kan bestå av människor med psykisk ohälsa, funktionsnedsättning och socioekonomiska skäl. Dessa grupper kan även ha psykosociala problem och bära på känslor av ensamhet, isolation och stress. Enligt Andersson, Hedman och Ahlström (2012) finns det en risk i att dela in personer i grupper, i synnerhet då professionella inom social- och hälsovården benämner dessa grupper, såsom alkoholister, drogmissbrukare eller psykiskt sjuka etc. Haf et al. (2013) menar att klienter med psykisk ohälsa har större problem då det kommer till social ångest. Genom att få delta i olika gruppverksamheter och stärka sina sociala relationer kan man på ett bra sätt minimera risken för stigmatisering eller diskriminering. Att få ett bra socialt stöd från gruppverksamheten bidrar till minskad fysisk ohälsa. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2012) stöder Haf med flera (2013) till stor del, och menar även att gruppverksamhet kan motverka ångest och framtida depressioner.

Andresen (2002) och Melchiorre (2013) är båda överens om att dålig ekonomi är en riskfaktor som kan påverka det sociala nätverket negativt. En orsak till lägre ekonomi kan bland annat vara arbetslöshet eller långtidssjukskrivning, vilket i sig är en risk (Andresen, 2002; Arvidsson & Skärsäter, 2006; Aamland, et al., 2013). Arvidsson och Skärsäter (2006) och Andresen (2002) anser att plötslig arbetslöshet eller allmän arbetsfrånvaro är en komponent som påverkar det sociala nätverket eftersom stora delar av en persons sociala nätverk finns just på arbetsplatsen.

Känslor som framför allt: isolation, stress och ensamhet är vanliga. Men också känslor av passivitet, värdelöshet, brist på förståelse, meningslöshet och sorg är vanligt för dem med ett dåligt socialt nätverk, vilket gör att återgången till ett arbete eller ett normalt liv är svårare och kontakten med de som ingår i det sociala nätverket minskar. Att uppleva misstro, skuld och skam framkom också i studier som gjorts i ämnet och det hade en negativ effekt på de sociala kontakterna. (Aamland, et al., 2013). Depression var en återkommande sjukdom som orsakats av dåligt socialt nätverk i samband med stress, sjukskrivning och känslomässig ensamhet (Lawlor, et al., 2012; Melchiorre, 2013; Borritz, et al., 2014).

Det centrala i nästan alla artiklar och litteratur var vikten av förbättring av det sociala nätverket, samt att individen upplever att den få ett bra socialt stöd, från vänner, anhöriga, arbete och övriga nätverk (Arvidsson & Skärsäter, 2006; Hyypä, 2007; Biddle, 2010) med flera. Därför är det viktigt att man inom vården och tredje sektorn försöker hjälpa till att stärka de sociala relationerna och att ge ett så gott stöd som möjligt, då är det viktigt att man har ett förebyggande arbete som gör att effektiviteten stärks och lidandet blir kortare (Sintonen & Pehkonen, 2014). Det har i sin tur direkt hälsorelaterade konsekvenser och individer i riskzonen blir inte lika drabbade (Hyypä, 2007; Agahi, et al., 2010). Kvaal et al. (2014) poängterar däremot att det också finns individer som har ett litet nätverk, eller är ensamma och trivs bra med situation ändå. Alla behöver inte ha ett stort och mångfaldigt nätverk för att uppleva välbefinnande.

Agahi et al. (2010), Isaksson och Hellman (2012) samt Bentling (2001) skriver att sociala relationer har under hela livet en stor betydelse för människors hälsa, välbefinnande och välfärd. Sociala relationer har ett starkt samband med fysisk- och psykisk hälsa, överlevnad, samt tillgång till omsorg. Agahi et al. (2010) menar ytterligare att effekter av åldrandet kan vara att man förlorat många av sina nära och kära, vilket märkbart minskar hälsofördelarna som kännetecknas av sociala relationer. Enligt Antonovsky (1987) har

individer med sociala relationer som omfattas av socialt stöd, engagemang, inflytande, resurser mm, en bättre självbild, självkänsla, trygghet och social kompetens. Individen klarar, med dessa relationer, bättre av stressfyllda situationer av ett stödjande nätverk. Agahi et al. (2010) lyfter även fram att individens hälsobeteende påverkas av det sociala nätverket både i positiv och negativ bemärkelse.

Enligt Agahi et al. (2010) finns det en samhällelig vinst i genom att subventionera verksamheter som hjälper till att bryta isoleringen; detta genom att möjliggöra social gemenskap. Price (2011) menar att när socialt nätverk skall kartläggas måste detta beaktas och diskuteras på en professionell nivå så att klientens integritet och önskemål respekteras. Kartläggningen av det sociala nätverket har en betydelsefull roll då den professionella skall uppskatta huruvida klienten har tillgängliga resurser. Genom kartläggning om vem som kan stödja klienten samt vem klienten har förtroende för, hjälper den professionella att lyfta känsliga ämnen och göra övergången hem lättare. Denna kartläggning kan identifiera var brister finns inom det sociala nätverket och möjliggör för den professionella personalen att hitta nya möjligheter till socialt stöd. Hyypä (2007) poängterar att kartläggaren skall beakta relationer-, kvalitet, tillit och den ömsesidiga tilliten då man mäter det sociala nätverket. Biddle (2010) belyser att de som har ett högt socialt kapital hade ett större välbefinnande. Att ha ett socialt stöd, känna förtroende och möjlighet för att kunna påverka, var viktiga faktorer för välmående.

Agahi et al. (2010) och Kvaal (2014) har även tankar kring hur stödet från hälso- och sjukvården fungerar. Kvaal (2014) har kommit fram till att klienterna drar sig för att söka hjälp, på grund av en eventuell stigmatisering, vilket i sin tur är en risk. Om klienter inte söker hjälp kan de inte få den vård de behöver. Agahi et al. (2010) anser däremot att största risken ligger i att klienterna inte får tillräcklig information över vilken hjälp som finns att söka, och söker därför inte kontakt med sjukvården. Dessa komponenter är av stor vikt, och social- och hälsovården måste bli bättre på informera om vilken hjälp som finns och samhället bör aktivt jobba med att avdramatisera hjälpsökande.

Lawlor (2011) nämner att närvaron av en kognitiv variabel har visat sig vara övergripande i både social ensamhet och socialt stöd, men inte i känslomässig ensamhet. Detta visar den kognitiva betydelsen av att delta i sociala aktiviteter och att upprätthålla sociala relationer. Moula (2009) menar att man behöver ta hänsyn till individens tankar, känslor, handlingar, kapacitet samt relationer, för att kunna bidra till en förbättring av individens situation. Att delta i föreningar eller organisationer var en viktig faktor för att stärka och skapa sociala

nätverk, i alla åldrar och livssituationer. Enligt Haf Roberts och Bailey (2013) så förbättras det sociala relationer när man umgås i grupp med människor i liknande situationer, vilket också bekräftas av Levälähti (2007). Genom empowerment integrerar kapaciteter hos individen som att skapa relationer, ha valmöjligheter, önskningar, lösa problem, lära sig, med mera (Hyypä, 2007; Moula, 2009).

Antonovsky (2005) och Levälähti (2007) skriver att individens resurser ökar och förmågan att hantera situationer och vardagen förbättras. Fysisk aktivitet var något som också det var en tydlig faktor i att förbättra sitt sociala nätverk. Booker (2015) kom fram till att unga som idrottar upplever lycka och det minskar den sociala isolationen. Agahi (2010) hävdar att intresse för fysisk aktivitet finns hos många individer med nedsatt hälsa och ork. Enligt Sintonen (2014) behöver personer med ett socialt nätverk uppmuntras för att hålla sig aktiva om det finns risk för att de ska bli socialt isolerade. För att främja välmående och hälsa, och komma till den punkt att man orkar ta itu med sina sociala relationer, är fysisk aktivitet, struktur i sin vardag, meningsfull sysselsättning, och att känna att man är viktig som individ-, viktiga faktorer som har stor betydelse (Levälahti, 2007; Aamland, et al., 2013).

Levälahti (2007) tar fram vikten av att ha ett socialt nätverk vid återhämtningen från ett alkoholmissbruk. En av den mest centrala stödformerna är de emotionella stödformerna i form av tillgänglighet till betydelsefulla människorelationer och ett gott bemötande, men även andra stöd kan vara avgörande. Ett sätt att ge stöd är att klienten får känna sig behövd och viktig. I individens förändringsprocess utgör socialt nätverk och socialt stöd en resurs om klienten kan tillgodogöra sig dem. En process av transaktioner mellan personer och omgivningen, mellan individen och klientens sociala nätverk, utgörs ett socialt stöd där klienten har en central roll. Enligt Chiu et al. (2008) kan ett socialt nätverk ha ett positivt samband mellan kognitiv funktion och risken för demens. Ett stort socialt nätverk och daglig social kontakt har ett betydelsefullt samband för att minska risken för demens. De med större socialt nätverk behöll bättre kognitiv funktion än de som hade brist på socialt nätverk. Detta tyder på att sociala nätverk kan underställa tillgången på till hälso- och sjukvård samt hälsosamt beteende och därigenom indirekt minska eller förebygga hjärnans patologi eller andra tillstånd som påverkar den kognitiva förmågan.

Aamland et al. (2013) anser att de som är sjukskrivna en längre period upplever sig isolerade och passiva och har en känsla av sorg och meningslöshet, de känner sig som främlingar från sitt arbete. Att få ett stöd av sin familj samt att hålla kontakten med sin

arbetsplats var viktigt för att må bra trots sjukskrivning. Att arbetet och vänner tar kontakt upplevdes positivt och stöttande. Enligt Borritz (2014) kan ett stressigt jobb vara särskilt skadligt för den psykiska hälsan hos klienter som har lägre socialt stöd i privatlivet, än för de som inte har ett stressigt arbete och större socialt stöd. Klienter som har det stressigt på jobbet och ett svagt socialt nätverk kan vara en högrisk grupp för att utveckla depressiva symtom, en viktig angelägenhet är att säkerställa adekvat behandling för denna grupp. Förebyggande, eller eliminering av stressigt arbete, kan vara särskilt viktigt för klienter med lågt socialt nätverk eller att förstärka det sociala nätverket för klienter med stressigt arbete.

Sociala nätverk kan se ut på olika sätt och ha olika storlek (Melchiorre, 2013). Exempelvis kan man ha sociala nätverk som innefattar släkt och vänner, arbetsrelaterat eller genom organisationer. Det framkommer att det är positivt att ha åtminstone en nära anhörig, men också att ha flera olika nätverk har en positiv inverkan på individen och det sociala kapitalet (Hyypä, 2007; Lolos, et al., 2014). Det beror främst på individens egen upplevelse av sin situation och sitt nätverk.

A. Emler (2016) och Jahren Kristoffersen (1998) anser att familj och vänner spelar en viktig roll i sammansättningen av det sociala nätverket oberoende av ålder. Resultaten på A. Emlers studie visar dock att äldre män har en högre benägenhet att leva ensamma än de yngre med samma sjukdom. Resultaten visar även att kön kan spela en stor roll i det sociala nätverket. Enligt Booker (2015) är den stora mängden skärmtid i unga åldrar till nackdel för det sociala nätverket. Ungdomar spenderar mycket tid framför datorn eller teven är mindre lyckliga och har en benägenhet till socioemotionella svårigheter än de ungdomar som spenderar mindre framför datorn eller teven. Tonåringars skärmtid kan i värsta fall leda till isolering. Deltagande i någon form av idrott har ett positivt samband med lycka och en negativ inverkan på socioemotionella svårigheter. Utvecklingen av hälsorelaterade metoder och beteenden börjar i tonåren. Dessa beteenden kan formas av omständigheterna som ungdomarna lever i och förstärks av rådande sociala normer. Det har visats tydlig kontinuitet i hälsobeteenden och välbefinnande från tonåren till senare i livet.

7. Produkt

Vi har utvecklat en riskbedömnings blankett kring det sociala nätverket. Frågorna nedan är den blankett som klienterna får, sedan finns det en poängsatt blankett som skild bilaga, vilken den professionella följer som grund för bedömningen. Utöver blanketten med poängsättningen bifogas blanketten som ligger som stöd för den professionella inom social- och hälsovården, vilken är ett stöd för vad den professionella skall handleda klienten till.

Handledning till klient: Detta frågeformulär fyller du i på förhand inför ett besök hos hälso- och sjukvården. Frågeformuläret är till för att kartlägga ditt sociala nätverk. Du svarar på frågorna utgående från hur det är och har varit för dig de senaste två veckorna, detta beräknas ta ca 30 minuter. För en del av frågorna finns en liten förklaring, läs den och svara därefter på frågan. På frågorna väljer du ETT av de angivna svaren om inte något annat framgår till en viss fråga. Efter varje fråga kan du frivilligt motivera ditt svar. Beroende på vad du svarat får du olika poäng som leder till en kategori vilket är vägledning inför diskussionen med den professionella personal inom hälso- och sjukvården som du kommer att diskutera frågeformuläret tillsammans med. Svara på frågorna så gott och sanningsenligt du kan och finns frågor eller otydligheter kan du anteckna dem så att du kommer ihåg att diskutera dessa med hälso- och sjukvårdaren under besöket.

7.1. Socialt stöd

Fråga 1. Enligt vår innehållsanalys har vi kommit fram till att ett bra socialt nätverk är väldigt viktigt för alla människor och deras välbefinnande. I den första frågan vill vi att klienten själv ska bedöma hur de känner att deras sociala nätverk fungerar. Klienten har tre svarsalternativ där bedömningen är att deras sociala nätverk fungerar bra, varken bra eller dåligt eller dåligt.

Fråga 2. Enligt vår analys är deltagande i någon form av aktivitet, som exempelvis idrott eller organisation, positivt för det sociala nätverket. Därför vill vi att klienten bedömer sin nivå på aktivitet i vardagen.

Fråga 3. Flertalet av de författare vi analyserat lyfter upp vikten av ett gott förtroende för sitt sociala nätverk, och de poängterar även att storleken inte är huvudsaken med ett socialt

nätverk, fastän en individ har ett stort socialt nätverk betyder det inte att individen i fråga har förtroende för dessa.

Fråga 4. Vår analys lyfter fram att sociala kontakter med vänner och familj är väldigt viktigt. Analysen säger även att antalet i det sociala nätverket skiljer sig från person till person. Därför frågar vi inte hur många vänner eller familj man har kontakt med, utan vad klienten själv anser är tillräckligt. Klienten har fyra svarsalternativ där klienten själv bedömer det sociala nätverkets storlek och om klienten trivs med det antalet.

7.2. Social ensamhet

Fråga 1. Utifrån våra artiklar har vi analyserat fram att pensionärer, arbetslösa och de som är sjukskrivna löper en större risk för ett dåligt socialt nätverk.

Fråga 2. Enligt vår analys har en individ som är utåtriktad en fördel då det gäller sociala kontakter, vilket är positivt då ett socialt nätverk skall byggas.

Fråga 3. Enligt vår analys är det viktigt att mäta det sociala nätverket genom att beakta kvalitet och tillit i klienters sociala relationer. Därför får klienten bedöma hur relationen i det sociala nätverket ser ut.

Fråga 4. Enligt vår analys är fysisk aktivitet viktigt för alla klienter. Analysen lyfter fram att ungdomar har en ökande stillasittande livsstil, vilket kan skada det sociala nätverket även senare i livet. Därför har vi tagit fram en fråga som riktar sig till ungdomar och deras livsstil.

7.3. Emotionell ensamhet

Fråga 1. Enligt vår analys är det en risk för lågt socialt nätverk att bo ensam. I denna fråga vill vi att klienten skall berätta vilka personer som ingår i klientens hushåll för att undersöka ensamheten. Klienten har fyra svarsalternativ om klienten bor med någon eller ensam.

Fråga 2. Enligt vår analys finns det flera olika känslor som påverkar det sociala nätverket negativt. Därför vill vi att klienten skall ringa in de känslor som finns i dennes vardag. Vi har lyft fram nio stycken känslor som vi analyserat fram av artiklarna i vårt arbete.

Fråga 3. Enligt vår analys har äldre ett sämre socialt nätverk, och ungdomar är i dagens samhälle en riskgrupp på grund av en stillasittande livsstil. Därför har vi formulerat frågan enligt följande, eftersom vi vill veta om de hör till den grupp som påverkas negativt av sin ålder eller inte.

Fråga 4. God hälsa och välbefinnande är enligt vår analys väldigt viktigt för alla klienter. Med denna fråga får klienten själv bedöma hur han/hon upplever sin hälsa.

Fråga 5. En individ med upplevelsen av god ekonomisk status har enligt vår analys bättre förutsättningar. Arbete och en arbetsplats är ofta en kombination med god ekonomi, ett arbete och en arbetsplats är enligt analysen goda skyddsfaktorer. Enligt analysen hänger även fattigdom och dålig hälsa ihop.

7.4. Rekommenderade åtgärder

Rekommenderade åtgärder, för de klienter som får två eller flera minus under minst en av kategorierna i frågeformuläret, är olika typer av vård och rehabilitering som den professionella personalen inom både offentliga-, privata- och tredje sektorn kan utföra. Det första steget är att använda sig av metoden empowerment. Empowerment utförs av professionell personal inom social- och hälsovården som tar fram klientens egna resurser och förmågor att kunna ta kontroll över sitt sociala nätverk. Målet är att få klienten att själv känna att han/hon har makten, styrkan och motivationen att förändra sin livssituation, vilket även påverkar möjligheten till återhämtning. Empowerment kan även utföras i grupp, att träffa andra individer som upplever samma känsla kan öka kraften hos den enskilda individen.

Den professionella som utför frågeformuläret tillsammans med klienten skall hjälpa klienten att hitta meningsfulla aktiviteter och träna klienten att klara av att delta i samhället är viktiga faktorer; att kunna utbilda sig, börja arbeta eller hitta någon fritidssysselsättning. Deltagande i någon förenings-/församlingsverksamhet, sociala nätverk, gruppaktiviteter eller annan aktivitet kan gynna klientens utvecklande inom sociala nätverket (Holmér, 2013).

Den professionella personalen kan kontakta psykiatrin ifall ytterligare eller mer avancerad vård krävs för klienten. Via psykiatrin finns en rad olika behandlingar, de kan t ex utföra stödjande eller uppföljande samtal, kognitiv beteende terapi, psykoterapi, lekterapi, familjeterapi eller psykodynamisk korttidspsykoterapi (Cullberg, 2003).

Folkhälsan är en av de organisationer från tredje sektorn som anordnar olika aktiviteter och åtgärder som kan vara till stöd för klienter med dåligt socialt nätverk, bland annat dagaktivitet för äldre och anpassningskurser av olika slag, exempelvis för klienter och dess anhöriga som fått diagnosen parkinson. (Folkhälsan, 2016).

Bifogat till detta arbete finns en handledningsblankett till den professionella personalen som skall göra frågeformuläret med klienten. Som bilaga finns även hur frågeformulärets olika svarsalternativ poängsatts med + eller – och vilka åtgärderna är beroende på hur många + eller – klienten får. + innebär att klienten har en skyddsfaktor och – innebär att klienten har en riskfaktor. De svarsalternativ som har varken + eller – anses som neutrala och inte några riskfaktorer. Bifogat som bilaga finns även det riktiga frågeformuläret i sin helhet.

8. Etiska ställningstaganden

Enligt Olsson och Sörensson (2007, s. 53-58) så har forskningsetiken vissa principer. Autonomiprincipen innebär att det finns en respekt för individers självbestämmande och delaktighet. I vårt examensarbete har vi inte deltagande individer, men produkten som kommer att användas ska vara baserad på individens fria vilja. Även godhetsprincipen ska beaktas, vilken är en bakgrundstanke att det är ett arbete som är av en god avsikt för att förbättra, förebygga eller tillgodogöra kunskap. Detta arbete görs med motiveringen att i ett tidigt skede förebygga att klienter hamnar med ett dåligt socialt nätverk, att i ett tidigt skede fånga upp dem för att kunna stöda dem. Principen att inte skada, är att man respekterar personer som deltar och att de inte utsätts för någon skada. Till sist framkommer rättvisepincipen som innebär att personer som deltar får samma behandling, om det inte är något med kön och ålder som gör att en olik behandling blir mer rättvis. Vårt examensarbete har inte haft någon konflikt, vår frågeställning har ett motiv som lyfts fram genom behovet av att förbättra, vilket också framkommit i både WHO och THL. Även arbetsgrupperna uppgav att det är ett område som behöver förbättras. Analysen har byggts på flera artiklar med hög kvalitet som stöder varandra och som har tolkats av alla medverkande i arbetet och utifrån det har analysen sammanställts för att få en så hög validitet som möjligt som svarar på frågeställningen. Det har inte funnits någon konflikt i analysen mellan rättigheter eller värden. Vi har strävat efter att ange källor på ett så korrekt sätt som möjligt, samt att vara så tydliga och strukturerade under arbetets gång för att minska risken för dålig struktur och osäkerhet, för att öka trovärdigheten.

Vi har även tagit del av WHO's health 2020 och THL's visioner som belyser att det behövs ett sätt att fånga upp individer med ett dåligt socialt nätverk, vilket är en viktig princip som lyfts fram i Helsinforsdeklarationen (enligt Olsson & Sörensen, 2011, s.86) om att skribenterna bör vara kompetenta och väl förtrogen med det aktuella området. Vi har kommit fram till att det finns en fördelaktig vinst med att fånga upp dessa individer som är i riskzonen för ett dåligt socialt nätverk för att förebygga ojämlikhet och dålig social hälsa. Våra artiklar är sökta med peer reviewd vilket betyder att artiklarna har vetenskaplig bärkraft. Vår riskanalys är frivillig och kan när som helst avböjas/avbrytas och följs kontinuerligt upp tillsammans med klienten, för att klientens risker och obehag för att riskanalysens förväntade vinst är större än riskerna.

9. Hållbar utveckling

I detta arbete framkommer hållbar utveckling i form av att på sikt förbättra individens sociala nätverk och på så sätt minska risken för utslagning och försämrad hälsa. Man beaktar och tar tillvara individens resurser och stöder individen med hjälp av empowerment, egenmakt. Larsson menar att hållbar utveckling innebär att istället för att verksamheter och processer förbrukar mänskliga resurser så skapar och återskapar man resurserna istället, vilket leder till utveckling och ger långsiktiga processer (Larsson, 2008, s. 238-239). Mångprofessionalitet i form av "enkäten", kan användas bland alla professionella, samt kan användas flertal gånger för att följa upp individen på sikt och på så sätt främja utvecklingen på ett hållbart sätt. Det är en samhällsvinst att fånga in klienter med lägre socialt nätverk i god tid, detta leder till mindre belastning inom social- och hälsovården.

10. Kritisk granskning

I vårt examensarbete har vi strävat efter att hålla en god vetenskaplig praxis. Forskningsetiska delegationen har centrala utgångspunkter i god vetenskaplig praxis, som använts för att granska examensarbetet. Den största delen av forskningen som har sökts fram har haft hög kvalitet, och vi har haft för avsikt att noggrant bearbeta informationen vi fått fram, genom tolkning och dokumentering av forskningarna, vilket motsvarar forskningsdelegationens första punkt. Sökord som använts skulle ha möjliggjort att finna forskningar som talar emot de forskningar vi har hittat, men sådana har inte hittats. I och med att flera forskningar har samma resultat ökar tillförlitligheten, samt att forskningen är

sökt med peer reviewed. Artiklarna har analyserats med hjälp av en innehållsanalys som alla i examensgruppen gjort enskilt och sedan sammanfattat för att minska risken för egna förutfattade slutsatser och tolkningar. Detta innefattar forskningsdelegationens andra punkt. Källorna är angivna och hänvisar till författarnas publikationer på ett korrekt sätt, som finns i forskningsdelegationens tredje punkt. Det är dessa tre punkter som främst berör detta examensarbete i och med att vi inte genomfört någon egen studie. Våra reflektioner kring kritiska granskningen grundar sig på den forskningsetiska delegationen (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta, 2012-2014).

En systematisk litteraturstudie valdes till detta arbete eftersom dess goda nivå av reliabilitet och validitet som den skulle hänfört. Efter att vi tagit fram mer ingående information om denna studieteknik påträffade vi ett problem, vi skulle inte ha möjlighet att uppfylla kraven för en systematisk litteraturstudie eftersom arbetet är tidsbegränsat och vi blev tvungna till att använda oss av en allmän litteraturstudie istället, vilket även den passar bra in på vårt arbete, trots att den metoden inte resulterar i lika god evidens som en systematisk litteraturstudie. Litteraturen samlades in av alla skribenterna med valida sökord och befogade avgränsningar vilket resulterade i artiklar med god evidens.

11. Diskussion

När vi blev tillsatta i denna grupp var vår gemensamma nämnare sociala nätverket, och utgående från det sociala nätverket uppkom en diskussion som resulterade i en ide om att skapa en metod för att identifiera riskerna i en klientens sociala nätverk. Vi började med att söka om det finns någon liknande metod sedan tidigare, vilket vi inte fann, dessutom uttalade WHO och THL att behovet av en sådan metod.

Tidigare forskning hävdar att det sociala nätverket är viktigt för individens psykiska och fysiska hälsa. Individer med ett bra socialt nätverk har en slags stödbuffert och klarar av stressorer på ett bättre sätt. Ett socialt nätverk kan se olika ut och fungera olika bra på en individuell nivå. Klienter kan ha en rädsla för att bli stigmatiserade eller behöva uppleva utanförskap i samhället. Det som inte har funnits tidigare är ett verktyg för att fånga upp de människor som befinner sig i riskzonen. Riskerna och varningssignalerna med att ha ett dåligt socialt nätverk och faktorer som påverkar det sociala nätverket har identifierats genom analysen och utifrån det har vi utformat frågor till en enkät. Artiklarna som använts i arbetet har till största delen varit av hög kvalitet vilket ökar reliabiliteten, samt hjälper till att ge svar på frågeställningen vilket ökar validiteteten.

Analysen påvisar att vi bör skilja på olika sorters stöd, ett socialt stöd påverkar känslomässig ensamhet indirekt och social ensamhet direkt. Högre nivåer av neuroticism, depression, typ av boende, huruvida individen bor ensam och upplevd stress är alla exempel på viktiga indikationer. Därför har vi utformat produkten utgående från de tre olika kategorierna.

Av det insamlade materialet gjordes en induktiv innehållsanalys i flera skeden; först individuellt och därefter sammanställdes allas individuella innehållsanalyser med varandra för att få så god tillförlitlighet som möjligt.

Analysens innehåll har en röd tråd genom hela processen och resulterade i olika kategorier som bildade frågorna samt svarsalternativen till frågeformuläret. Frågeformuläret är till nytta för ett proaktivt företräderskap. Frågeformuläret har på grund av tidsbristen inte ingått i någon pilotstudie, vilket hade varit önskvärt. Då en pilotstudie utförts kan frågeformuläret vidareutvecklas eller börja användas, vilket i dagsläget är oklart. Poängsättningen för frågeformuläret bör också utvärderas. Utöver dessa förslag kan frågeformuläret utvecklas med nya/ fler frågor eftersom ny forskning kommer kontinuerligt. Frågeformuläret kan även göras i elektronisk form för att få en ökad hållbar utveckling.

Resultatet som bildats svarar på frågeställningarna, vilka är: hur kan man utvärdera klienternas sociala nätverk? Vilka är de faktorer som påverkar det sociala nätverket? Genom att resultatet svarat på frågeställningarna anser vi att syftet med vårt arbete har uppnåtts.

Detta arbete har utvecklat möjligheten att fånga upp klienter i risk och belysa skyddsfaktorer i deras sociala nätverk. Detta frågeformulär kan användas mångprofessionellt inom social och hälsovården för att få en bättre överblick över individens sociala nätverk och kan stöda individen på ett bättre sätt.

Produkten bidrar till vårdvetenskapen och utvecklar sjukskötarens kompetenser på ett klientcentrerat, resursförstärkande, mångprofessionellt, mångkulturellt och etiskt förhållningssätt. Detta genom att tillämpa dessa i kombination med olika resursförstärkande tillvägagångssätt, exempelvis empowerment, av all personal inom social- och hälsovården med klienten i centrum. Produkten kan tillämpas inom offentliga sektorn, tredje sektorn och privata sektorn. Arbetslivet har gett oss positiv feedback kring

våra tankar om projektet och bidragit till att vi skapat denna produkt och avgränsat oss till beställarens efterfrågan.

12. Litteraturförteckning

A. Emlet, C., 2006. An examination of the social networks and social isolation in older and younger adults living with HIV/AIDS. *Health social work*, 31(4), 299-308.

Aamland, A., Werner, E. & Malterud, K., 2013. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: a focus-group study of patients' experiences.. *Scandinavian journal of primary health care*, 31(1), 95-100.

Agahi, N., Lennartsson, C., Wånell, S.-E. & Österman, J., 2010. Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer. *Social medicinsk tidsskrift*, 3, 175-181.

Andersson Höglund, I. & Hedman Ahlström, B., 2012. *Samhällbaserad psykiatri*. 1 red. Stockholm: Sanomaa utbildning ab.

Andresen, R., 2002. *Sociala nätverk, grupper och organisationer- praktiskt arbete och teoretisk reflektion*. 2 red. Stockholm: Natur och kultur.

Antonovsky, A., 2005. *Hälsans mysterium*. 2 red. Stockholm: Natur och kultur.

Arvidsson, B. & Skärsäter, I., 2006. *Psykiatrisk omvårdnad - att stöda hälsofrämjande processer*. 1:7 red. Lund: Studentlitteratur.

Bentling, S., 2001. *Sjuksköterske professionen*. 2 red. Falköping: Liber.

Berkman, L., Glass, T. & Brissette, I., 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), 384-857.

Biddle, N., 2010. Measures of Indigenous social capital and their relationship with well-being. *Australian Journal of Rural Health*, 20(1), 298-304.

Booker L., C., Kelly J., Y., Sacker, A. & Skew J, A., 2015. Media use, sports participation, and well-being in adolescence: cross-sectional findings from the UK household longitudinal study. *American journal of public health*, 105(1), 173-179.

Borritz, M. o.a., 2014. Is the association between high strain work and depressive symptoms modified by private life support: a cohort study of 1,074 Danish employees. *Public health*, 14(698), 1-9.

Bryder, T., 1985. *Innehållsanalys som idé och metod*. 1 red. Åbo: Åbo akademis kopieringscentral.

Chiu, V. o.a., 2008. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American journal of public health*, 98(7), 1221-1227.

Cullberg, J., 2003. *Dynamisk psykiatri*. 7 red. Stockholm: Natur och kultur.

Denscombe, M., 2014. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2:9 red. Spanien: Studentlitteratur.

Douglas, K. o.a., 2001. *The HCR-20 violence risk management guide*, Canada: Mental health law, and policy institute.

Eklund, A. J., 2013. *Sjukskötare som patientens företrädare*, Karlstad: Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Karlstads universitet.

Feuchtinger, J. o.a., 2013. Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery- a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, Volym 23, 1900-1907.

Folkhälsan, 2016. *Vård och rehabilitering, Folkhälsan*. [Online]
Available at: www.folkhalsan.fi
[Använd 5. 04. 2016].

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 1 red. Stockholm: Föfattarna och Natur och kultur.

G. Hanks, R., 2010. The Medical-Surgical Nurse Perspective of Advocate Role. *Wiley periodicals, Inc.*, 45(2), 97-107.

Gaal, V., Schoonhoven, L. & Defloor, T., 2014. Concurrent Incidence of Adverse Events in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 187-198.

Griffiths, H., 2012. Adverse risk: a dynamic interaction model of patient moving and handling. *Journal of Nursing Management*, Volym 20, 713–736.

Haf Roberts, S. & Bailey, J., 2013. An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 2514–2524.

Hanson, B., 2016. *Nationalencyklopedin*. [Online]
Available at: <http://ne.se>
[Använd 5. 2. 2016].

Henriksson, O. & Rasmusson, M., 2007. *Fysiologi med relevent anatomi*. 2 red. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Holme, I. M. & Krohn Solvang, B., 2001. *Forskningmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2 red. Lund: Studentlitteratur.

Holmér, E., 2013. *1177*. [Online]
Available at: www.1177.se
[Använd 25. 3. 2016].

Hornsten, A., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K., 2014. Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 235-244.

Hyypä, M. T., 2007. *Livskraft ur gemenskap- om socialt kapital och folkhälsa*. 1 red. Polen: Pozkal.

Isaksson, G. & Hellman, A., 2012. The influence of social support on the rehabilitation of women with spinal cord injury: experiences recounted by occupational therapists. *scandinavian journal of occupational therapy*, 19(1), 395-403.

Jahren Kristoffersen, N., 1998. *Allmän omvårdnad*. 1 red. Stockholm: Liber AB.

Kropp, P. R. & Hart, S. D., 2000. The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders.. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101-118.

- Kvaal, K., Halding, A.-G. & Kvigne, K., 2014. Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach.. *Schandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 104-111.
- Larsson, K., 2008. *Mellanchef i vård och omsorg*. 1 red. Växjö: Gothia förlag.
- Lawlor A, B., Prendergast, D., Schnittgerab IB, R. & Whertonab, J., 2011. Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging and mental health*, 16(3), 335-346.
- Levälahti, J., 2007. Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningsprocessen från alkoholmissbruk. *Nordisk alkohol- och narkotika tidsskrift*, Volym 24, 23-44.
- Lolos, A. o.a., 2014. *Socialt arbete i hälso- och sjukvården*. 1 red. u.o.:Natur och kultur akademisk.
- Melchiorre, M., 2013. *Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries*, United Kingdom: Public Library of Science.
- Moula, A., 2009. *Empowerment orienterat arbete*. 1 red. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin, 2014. *Nationalencyklopedin*. [Online] Available at: <http://www.ne.se/empowerment> [Använd 16. 10. 2014].
- Nationalencyklopedin, 2016. *Nationalencyklopedin*. [Online] Available at: www.ne.se/företrädare [Använd 21. 3. 2016].
- Ochieng, B., 2011. The effect of kin, social network and neighbourhood support on individual well-being. *Health and Social Care in the Community*, 22. 1., 429-437.
- Patel, R. & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. 4:1 red. Ungern: Författarna och studentlitteratur.
- Peterson, S. J. & Bredow, T. S., 2008. *Middle range theories: application to nursing research*. 2 red. Usa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, B., 2011. How to map a patient's social support network.. *Nursing Older People*, 23(2), 28-35.
- Pukka, P., Vaartio, H., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T., 2009. Nursing advocacy in procedural pain. *Nursing ethics*, 16(3), 340-362.
- Sintonen, S. & Pehkonen, A., 2014. Effect of social networks and well-being on acute care needs. *Health and social care in the community*, 3. 7., 87-95.
- Sjögren, R., 2012. *Rättspsykiatriskt vårdande*. 1:3 red. Malmö: författarna och studentlitteratur.
- Smyth, J., Zawadzka, M., Santuzzib, A. & Filipkowskic, K., 2014. Examining the effects of perceived social support on momentary mood and symptom reports in asthma and arthritis patients. *Psychology & Health*, 24(1), 813-831.
- Snowball, J., 1996. Asking nurses about advocating for patients 'reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 67-75.

Sörensen, S. & Olsson, H., 2007. *Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 2 red. Stockholm: Liber ab.

THL, 2013. *Thl*. [Online]
Available at: <http://hyvinvointikompassi.thl.fi>
[Använd 24. 1. 2016].

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta, 2012-2014. *God vetenskaplig praxis*. [Online]
Available at: www.tenk.fi
[Använd 01. 04. 2016].

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Suominen, T., 2006. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what it involves and how it is experienced?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 282-292.

WHO, 2013. *Health 2020*, Danmark: World health organization.

Xiaoyan, B. & Jezewski, M., 2006. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Jan theoretical paper*, 57(1), 101-110.

Bilagor

Bilaga 1: Sökprocess

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda	Dubbletter
Cinahl with full text	Social Network* AND Risk factors* AND Loneliness*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2016	2	1	1	
Cinahl with full text	Social network* AND happy*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2016	4	2	1	
Cinahl with full text	Social Network* AND Health risk* AND Older*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2016	5	2	1	
Cinahl with full text	Social Network* AND Health risk* AND Young*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2016	3	0	0	
Cinahl with full text	Social network* AND Isolation* AND Young*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2006	16	2	1	
Academic Search elite	Social support* AND High strain work*	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-2016	5	2	1	
Cinahl with full text	Social networks* AB AND Effect* AB	Peer Reviewed, Full text, English language, 2006-	13	4	1	

	AND Well-Being*	2016				
Google	Vad betyder ett socialt nätverk		987000	10	2	
Ebsco host, academic search elit, cinahl, cinahl with full text	Assessment tool* AB	Apply related words, 2010-2016, peer reviewed, PDF-full text	6	6	0	
Ebsco, cinahl, cinahl with full text, academic search elite	Fear* AB AND patient* AB AND nurse* AB	Full text, scholarly (peer reviewed) journals, 2006-2016, abstract available	585	20	0	
Ebsco, cinahl, cinahl with full text, academic search elite	Fear* AB AND patient* AB AND nurse* AB AND risk* AB	Full text, scholarly (peer reviewed) journals, 2006-2016, abstract available, Europe	36	36	1	
EBSCO /Cinahl	Importance, social network	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, continental europe	12	2	0	2
EBSCO/ Cinahl	Social support, assessment tools	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, europe	24	4	0	1
EBSCO/ Cinahl	Loneliness Risk	Apply related words, full text, 2011-2016, peer	16	1	1	1

	factors	reviewed, europe				
Cinahl	Importance, NOT children, AND social support	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, europe	55	3	1	0
EBSCO/Cinahl	Network, social support	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed	294	4	0	1
EBSCO	Social network, risk	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, europe	3	3	1	0
EBSCO/Cinahl	Social capital, health	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, europe	40	2	0	2
EBSCO	Work, social network	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, continental europe	22	3	0	2
EBSCO	Relativ*, social network	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, europe	48	2	0	1
EBSCO	Social network, socialization	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed	16	2	1	1
EBSCO/Cinahl	Sickness, impact, social network	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed	46	2	0	1
EBSCO/Cinahl	Social network, barriers	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed,	40	4	1	2

		europa				
EBSCO/ Cinahl	Social network, disease	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, continental europa	32	2	2	1
EBSCO/ Cinahl	Social support, influence	Apply related words, full text, 2011-2016, peer reviewed, continental europa	30	3	1	1
EBSCO host/ Cinahl with full text	Assessment AND social network	2011-2016, full text, abstract available, peer reviewed	73	30	1	

Bilaga 2: Analystabeller

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
1	<p>An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness</p> <p>Haf Roberts, Seren & Bailey, Jois Elisabeth</p> <p>2013</p> <p>Wrexham, UK</p>	<p>Utforska motivation och hinder för att engagera människor med allvarlig psykisk sjukdom i ett pedagogiskt livsstilsprogram.</p> <p>Få insikt om brukare erfarenheter av dessa interventioner</p>	<p>Deltagande observation, samt djupintervjuer som spelades in.</p>	<p>En grupp klienter som använder sig av mentalvård.</p>	<p>6 män och 2 kvinnor ålder 24-66</p>	<p>Studien bevisar vilka kvalitativa faktorer som motiverar eller hindrar individer med svår psykisk sjukdom i att delta i ett pedagogiskt livsföringsprogram</p> <p>Motiv och hinder som identifierats i samband med miljö, främjande stil, gruppägande, grupp sammanhållning, information och lärande.</p> <p>Viktkontroll, socialt nätverk arbete, information och kommunikation, och vårdpersonalens inställning kunde vara positiv el. negativ.</p>	<p>Känslan av tillhörighet och att få stöd av andra var väldigt motiverande för deltagarna. Samt handledarens och deltagarnas positiva inställning till att uppmuntra och ge kunskap. Hinder var brist på information, negativa attityder hos vårdpersonal samt ängslan av att träffa nya människor och stigmatisering.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
2	An Examination of the Social Networks and Social Isolation in Older and Younger Adults Living with HIV/AIDS. Emlet A Charles 2006 Usa	Undersöka de sociala nätverken av äldre vuxna som lever med HIV/AIDS och jämföra de nätverken de yngre med samma sjukdom.	Strukturerade interjuver	Intervjuerna gjordes mellan 2002-2003 i samarbete med en Aids organisation i nordvästra USA. De delades in i två grupper. Den ena gruppen bestod av 44st personer mellan 50-71år och i den andra gruppen 21-39år.	88st	Förstärker flera viktiga och relaterad fakta till HIV-sjukdom och åldrande, också att kasta ytterligare ljus på andra områden av social interaktion. För både äldre och yngre vuxna med HIV-sjukdom, spelar familj och vänner en betydande roll i kompositionen av sociala nätverk.	Resultaten från denna studie tyder på att ålder, kopplat med ras, etnicitet eller kön, kan ytterligare påverka risken för social isolering. Sociala arbetstagare kan och bör respektfullt be äldre klienter om de har frågor eller funderingar om HIV eller Aids, och därmed normalisera frågan och ge klient tillåtelse att tala om det.	Medel

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
3	Effect of social networks and well-being on acute care needs. Pehkonen A. och Sintonen S. 2013 Finland	Var att analysera hur de faktorer som socialt välbefinnande påverkar individuella behov på akut vård när plötsliga förändringar i livet inträffar.	Tvärsnittsstudie	Slumpmässigt urval som omfattade 3000 personer.	Svarsfrekvensen var 56% (1680 personer) men fullständiga svar har mottagits av 42,7% (1282 personer)	Tyder på att behovet av vård påverkas direkt av sociala funktionshinder och rädsla för ensamhet. Dessutom är socialt funktionshinder en avgörande faktor för den rädsla av ensamhet och spelar därför en viktig roll om plötsliga förändringar i livet inträffar.	Sociala nätverk och välbefinnande kan minska vårdbehovet och stödjande åtgärder bör därför inriktas på att undvika ensamhet och social isolering, så att det informella nätverket skulle kunna tillämpas som en del av vårdåtgärden när akuta förändringar i livet inträffar.	Hög

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
4	Examining the effects of perceived social support on momentary mood and symptom reports in asthma and arthritis patients. Smyth J. M., Zawadzki M. J., Santuzz A. M. och Filipowski K. B. 2013 USA	En metod för att testa de huvudsakliga och stress-buffrande effekter av socialt stöd på det dagliga livet och välbefinnandet hos kroniskt sjuka astma och patienter med reumatism.	Ecological momentary assessment (EMA)	Kroniskt sjuka i astma och reumatism som rekryterades via tryckta medier, t.ex. flygblad.	128 frivilliga, med lärarintyg på kronisk astma eller reumatism, de flesta var kvinnor med medelålder på 44 år	Personer med lågt socialt stöd rapporterade att de hade ett mer negativt humör och upplevde sämre välbefinnande, samt ökade symtom när en stressfaktor var närvarande. De som hade ett gott socialt stöd verkade ha en slags buffert mot stressens somatiska effekter. Men det sociala stödet hade inte samband med fysiska begränsningar i vardagen.	Genom att försöka hjälpa patienter, genom att medvetandegöra patienter om tillgängliga resurser av sociala stöd, så att de kan ändra sitt sociala stöd kan ha en positiv effekt för en förbättrad hälsa.	Medel

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
5	How to map a patient's social support network. Price B. 2011 UK	Syftet är att kunna kartlägga den låga vården kring patienten. Lyfta fram socialt stöd.	Litteraturöversikt	Äldre patienter med kroniska sjukdomar	-	Med kartläggningen fick personal inom social och hälsovård fick en bättre inblick i vilken vård som kan erbjudas samt att patienten fick fram sina önskemål över vilken vård de själva ville ha.	-	Hög

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
6	<p>Is the association between high strain work and depressive symptoms modified by private life social support: a cohort study of 1,074 Danish employees.</p> <p>Borritz M., Jorgensen FB A, Madsen EH I., Nilsen L. M. Och Rugulies R.</p> <p>2014</p> <p>Danmark</p>	<p>Undersöka den modifierande rollen av privatlivets sociala stöd i relationen mellan stressigt arbete och utveckling av allvarliga depressiva symtom</p>	<p>Enkät</p>	<p>Två olika program användes för att föra urvalet, ”Motivation and Job Satisfaction” och “The Intervention Project on Absence and Well-being”, dessa hade tre steg mätte olika saker och under tiden föll deltagare, ex väldigt psykiskt sjuka bort.</p>	<p>1074st</p>	<p>Deltagarna med gemensam exponering för hög påfrestande arbete och lågt socialt stöd hade en högre risk för svåra depressiva symtom jämfört med deltagare med ingen arbetsbelastning och hög socialt stöd. Det fanns ingen ökad risk för deltagare med stressigt arbete och högt socialt stöd.</p>	<p>Anställda med ett stressigt arbete och lågt socialt stöd har över tre gånger större risk att utveckla allvarliga depressiva symtom under de 2,7 år som uppföljningen av studien genomfördes, jämfört med anställda med inget stressigt arbete och högt socialt stöd.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
7	Measures of Indigenous social capital and their relationship with well-being. Biddle N. 2012 Australien	Göra de första uppskattningarna av ett omfattande mått på socialt kapital för ursprungsbefolkningen och att koppla indikatorerna till välbefinnande	Observationsstudie	Nationellt representativt urval av 7823 Aboriginer	Aboriginer i ålder 15 år och uppåt, som bor i privata bostäder	Studien visar variation i socialt kapital och i individuella åtgärder. De med större kapital upplevde ett större välbefinnande. Socialt stöd, möjlighet att påverka samt förtroende var viktiga faktorer som förklarar välbefinnandet. Olika nätverk, än vänner från samma etniska bakgrund, gynnade också det subjektiva välbefinnandet.	De med ett större socialt nätverk hade större tillgång till information och kommunikation. De hade möjlighet till stöd även utanför hemmet och rapporterade att de var lyckligare. Deltagande i sociala evenemang sågs som en viktig faktor till att känna välbefinnande.	Hög

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
8	<p>Media Use, Sports Participation, and Well-Being in Adolescence: Cross-Sectional Findings From the UK Household Longitudinal Study.</p> <p>Booker L C., Kelly J Y., Sacker A. och Skew J A.</p> <p>2015</p> <p>Usa</p>	<p>Undersöka sambandet mellan utvalda typer av skärmbaserad media (SBM) används, total SBM användning, sport deltagande, och markörer för välbefinnande.</p>	<p>Ungdomarna fick svara på frågor om vilka styrkor och svagheter som påverkar välmående, samt vilka faktorer som påverkar känslan av lycka under olika omständigheter i livet.</p>	<p>Data kom från Understanding Society, The UK Household Longitudinal Study (UKHLS). UKHLS är ett riksrepresentativt longitudinell studie som inleddes 2009. Undersökningen använde en 2-steps (Stratifierat och klustrade) stickprovsprogram för att identifiera primära urvalsenheter</p>	<p>4899 ungdomar av 6627 inbjudna.</p>	<p>De flesta unga människor använde flera typer av SBM minst en timme per dag; endast 30% deltog i sport varje dag. Generellt är ungdomar med tung SBM användning mindre nöjda än måttliga användare och mer benägna att ha socioemotionella svårigheter.</p>	<p>SBM användning blir allt viktigare i livet för dagens ungdomar, och verktyg och teknik som används för att ansluta till Internet och spela spel är ständigt föränderliga. Detta bidrar till mer stillasittande livsstil, som kan få konsekvenser för hälsa och välbefinnande senare i livet.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
9	<p>Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults.</p> <p>Lawlor B. A., Schnittiger R. IB. och Wherton J.</p> <p>2011</p> <p>Dublin, Irland</p>	<p>Utveckla biopsykosociala modeller av ensamhet och socialt stöd och därigenom identifiera deras viktigaste riskfaktorer bland irländska vuxna.</p> <p>Undersöka indirekta effekter av socialt stöd på ensamhet genom att förmedla riskfaktorer</p>	<p>De Jong Gierveld Loneliness Scale and the Lubben Social Network Scale. Samt sekundära mätmetoder</p>	<p>Irländsk befolkning, äldre vuxna</p>	<p>579 deltagare, 400 kvinnor och 179 män.</p>	<p>I studien framkom det att det finns olika former av ensamhet, emotionell ensamhet och social ensamhet. Även skillnader mellan bristande socialt stöd och ensamhet. Socialt stöd påverkar den emotionella ensamheten indirekt och den sociala ensamheten direkt. Vid hög emotionell ensamhet hade samband med neuroticism, depression och upplevd stress.</p>	<p>Sorterna av ensamhet avgör vilken metod som fungerar bättre. Vid social ensamhet behövs socialt stöd, medan emotionell ensamhet behöver även intervention till depression, upplevd stress, boende och neuroticism</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
10	<p>Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients' experiences</p> <p>Aamland A., Werner E. L. och Malterud K.</p> <p>2013</p> <p>Norge</p>	<p>Undersöka faktorer som påverkar ytterligare marginalisering bland individer med medicinskt oförklarliga symtom. De bildar en viktig orsak till sjukfrånvaro.</p>	<p>Fokusgrupper, 2 diskussioner</p>	<p>Patienter som läkare rekryterat med kriterierna: över 18 år, 2 års arbetserfarenhet, pågående sjukdomsutredning och sjukskrivna mellan 3-12 månader. Med diagnoser som: fibromyalgi, asteni, ländryggssmärta och andra muskel smärttillstånd.</p>	<p>12 stycken, 6 män och 6 kvinnor i åldern 24-59 år</p>	<p>Osynliga symptom och brist på objektiva fynd upplevs som en extra börda utöver sjukfrånvaron. Faktorer som motverkar ytterligare marginalisering är: stödjande socialt nätverk, positiva copingstrategier, som struktur i vardagen och fysisk motion. Även positiv uppmärksamhet och förtroende från professionella.</p>	<p>Att ha ett stöttande socialt nätverk och få uppleva förståelse och positiv uppmuntran är väldigt viktigt för att inte uppleva ännu större känslor av passivitet och isolation, men även irritation och depression. Sociala nätverket hänvisas till främst anhöriga och professionell vårdpersonal, men också arbetskollegors kontakt under sjukskrivningen.</p>	<p>Medel</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
11	<p>Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women.</p> <p>Chiu V., Crooks. C V., Little D., Lubben J. och Petitti.B D.</p> <p>2008</p> <p>Usa</p>	<p>Undersöka om sociala nätverk har ett skyddande samband med förekomsten av demens bland äldre kvinnor.</p>	<p>Telefonintervju</p>	<p>Vi studerade medlemmar i en hälsoorganisation som var 78 år eller äldre, klassificerades som fria från demens i 2001, och hade genomfört minst en uppföljande intervju under 2002 genom 2005</p>	<p>2249st.</p>	<p>Resultatet tyder på att större sociala nätverk har en skyddande inverkan på den kognitiva funktionen hos äldre kvinnor. Framtida studier bör utforska vilka aspekter av sociala nätverk som är förknippade med demens risk och underhåll av kognitiv hälsa</p>	<p>Fynden tyder på att Socialt nätverk kan underlätta tillgången till hälso- och sjukvård, hälsosamt beteenden och därigenom indirekt minska eller förebygga hjärnans patologi och andra villkor som påverkar kognition.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
12	<p>Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach</p> <p>Kvaal K., Halding A-G. och Kvigne K.</p> <p>2014</p> <p>Oslo, Norge</p>	<p>Att beskriva och jämföra den upplevda sociala trygghet mellan en grupp som rapporterar att de inte känner sig ensamma med en grupp som rapporterar att det känner sig ensamma.</p>	<p>En blandad-metod konstruktion.</p>	<p>Patienter i ålder över 65, som lider av en eller flera kroniska somatiska sjukdomar, utan kognitiv försämring. Ej psykos, alkoholism, nya stroke, allvarlig livshändelse under de senaste 6 mån. eller post traumatisk stress syndrom</p>	<p>101 patienter, 69 kvinnor, 32 män med medelåldern 81,3 år</p>	<p>75 % kände sig ensamma, 54 % levde ensamma och 18 % hade depression. Rapporteras känslor som sorg, ångest, rastlöshet, ilska och skuld. I relationer dominerades: bli begränsad, lämnad ensam och känsla av värdelöshet. I existentiella dimensioner rapporteras tomhet, oändlig tristess, isolering och eventuell förändring. 1 % uppgav att det var skönt att vara ensam.</p>	<p>Det är viktigt att bedöma ensamhet och kunna ge och informera om sociala stöd som finns. Både praktiskt och emotionellt stöd. Det är många äldre som upplever ensamhet, men man ska också beakta att det inte är alla som upplever negativa känslor i ensamhet, utan som är tillfreds med sin situation.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
13	<p>Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries</p> <p>Melchiorre M. G., Chiatti C., Lamura G., Torres-Gonzales F., Stankunas M., Lindert J., Ioannidi-Kapolou E., Barros H., Macassa G. och Soares J. FJ.</p> <p>2013</p> <p>UK</p>	<p>Samband mellan socialt stöd, demografi /socioekonomi, hälsovariabler och misshandel av äldre</p>	<p>Tvärsnitt data genom intervjuer</p>	<p>Äldre som inte är dementa och som bor i 7 europeiska länder (Tyskland, Grekland, Italien, Litauen, Portugal, Spanien och Sverige)</p>	<p>4467 personer i ålder 60-84 år</p>	<p>Äldre som bor i ett hushåll med en eller flera personer upplevde högre nivåer av socialt stöd. Samt användning av hälso- och sjukvårdstjänster, låga poäng på depressioner eller stora fysiska besvär hade också högt socialt stöd. Låg nivå av socialt stöd hade samband med missbruk och speciellt vid psykisk misshandel. Det finns skillnader mellan länderna. Högre utbildning och bra ekonomi hade ett samband med högre socialt stöd.</p>	<p>Ett stort socialt stöd kan ha en skyddande effekt för att minska sårbarheten hos äldre samt risken för misshandel. Därför är det viktigt att det finns interventionsprogram som underlättar för sociala aktiviteter och vänskap bland den äldre befolkningen. Brister i ett socialt nätverk hade en negativ effekt på hälsan.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
14	<p>Sociala nätverk och socialt stöd i återhämningsprocessen från alkoholmissbruk</p> <p>·</p> <p>Levälahti J.</p> <p>2007</p> <p>Finland</p>	<p>Är att utreda det sociala nätverkets roll under återhämningsprocessen från ett alkoholmissbruk</p> <p>·</p> <p>Vem har, enligt informanten, gett hjälp eller stöd och vilken typ av stöd upplever informanten sig ha fått.</p>	<p>Intervjuer och analys av del och innehåll.</p>	<p>Data samlades in genom interjuver av f.d. alkoholmissbrukare och deras livsberättelser.</p>	<p>11st</p>	<p>Resultaten visar att emotionellt stöd, i form av tillgänglighet till andra personer och bra behandling var de viktigaste typerna av stöd, men även andra stöd former var viktiga. Alla typer av nätverk ger socialt stöd i olika livsfaser. Det viktiga med de informella nätverken verkar öka under upprätthållandet av en upplösning att sluta dricka.</p>	<p>På basen av studien är det emotionella stödet i form av tillgänglighet till betydelsefulla människorelationer och ett gott bemötande en av de mest centrala stödformerna även om också annat stöd kan vara avgörande.</p>	<p>Hög</p>

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
15	<p>Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer.</p> <p>Agahi N., Lennartsson C., Wånell S-E. och Österman J.</p> <p>2010</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka vad som kan göras för att underlätta för dem som har bristande sociala relationer, och hur ett socialt umgänge och tillgång till socialt stöd kan bevaras högt upp i åren.</p>	<p>Litteraturöversikt, innehållsanalys</p>	-	-	<p>Under hela livet har sociala relationer betydelse för människors hälsa, välbefinnande och överlevnad. Även sent i livet när effekter av åldrandet och att ha överlevt många av sina nära och vänner märkbart minskar hälsofördelarna som kännetecknats av sociala relationer. Forskningen har visat att sociala relationer har ett starkt samband med fysisk och psykisk hälsa, överlevnad samt tillgång till omsorg.</p>	<p>Även när hälsa och ork avtar, när man inte längre tar sig ut utan hjälp, finns intresset av fysiska och sociala aktiviteter kvar hos många. Då behövs stöd för att man ska kunna ha fortsatt social gemenskap och vara fysiskt aktiv.</p>	Låg

Nr	Källförteckning	Syfte	Metod	Urval	Deltagare	Resultat	Diskussion	Kvalité
16	<p>The effect of kin, social network and neighbourhood support on individual well-being</p> <p>Ochieng B. M. N.</p> <p>2011</p> <p>UK</p>	Undersöker effekterna av anhöriga, sociala nätverk och grannskap på individens välbefinnande	Fördjupad etnografisk intervju	90 brev skickades ut till familjer med afro-karibiskt ursprung i Storbritannien. Från dem fick de 60 positiva svar där 53 uppfyllde kriterierna. Ett sampel av 10 afro-karibiska hushåll valdes.	24 afro-karibiska ungdomar (ålder 12-18) och 18 afro-karibiska vuxna (ålder 22-60)	<p>En konceptualisering anhöriga, socialt nätverk och stadsdels faktorer som påverkar "svarta familjers" välbefinnande.</p> <p>En betoning för gemenskap baserad välbefinnande program som stärka nuvarande hälsa och vård praxis marginaliserade- social samhällen.</p> <p>En metod för att främja hälsa och omsorg. Forskning om social påverkan av anhöriga, sociala nätverk och grannskapseffekter på indikation av individuellt välbefinnande.</p>	<p>Deltagarna hävdade att leva bland "sina egna" gav dem en känsla av trygghet och ansågs vara en positiv faktor för deras välbefinnande, en stödbuffert mot social isolering, ensamhet och diskriminering av samhället i stort. Trots innebörden av att leva i mindre samhällen med sämre möjlighet till bra boende, service, arbete och utbildning. Professionella behöver kunna främja socialt stöd och planera effektiva strategier.</p>	Hög

Bilaga 3: Frågeformulär till klienten

Detta frågeformulär fyller du i på förhand inför ett besök hos hälso- och sjukvården. Frågeformuläret är till för att kartlägga ditt sociala nätverk. Du svarar på frågorna utgående från hur det är och har varit för dig de senaste två veckorna, detta tar ca 30minuter. För en del av frågorna finns en liten förklaring, läs den och svara därefter på frågan. På frågorna väljer du ETT av de angivna svaren om inte något annat framgår till en viss fråga. Efter varje fråga kan du frivilligt motivera ditt svar. Beroende på vad du svarar får du olika poäng som leder till en kategori vilket är vägledning inför diskussionen med den professionella personal inom hälso- och sjukvården som du kommer att diskutera frågeformuläret tillsammans med. Svara på frågorna så gott och sanningsenligt du kan och finns frågor eller otydligheter kan du anteckna dem så att du kommer ihåg att diskutera dessa med hälso- och sjukvården under besöket.

1. Hur anser du att ditt sociala nätverk fungerar?

(En individs sociala nätverk är uppbyggt av människor och/eller organisationer. I ett socialt nätverk kan exempelvis arbetskamrater, vänner, släktingar, föreningsmedlemmar etc ingå.)

- a. Bra
- b. Varken bra eller dåligt
- c. Dåligt

Motivering: _____

2. Hur socialt aktiv anser du att du är?

(Med aktivitet anses t ex. föreningsverksamhet, idrott, kurser, föreläsningar)

- a. Aktiv
- b. Inte aktiv
- c. Varken eller

Motivering: _____

3. Hurudant förtroende har du för personerna i din närmsta krets som du vill ha kontakt med?

(Med närmaste krets anser vi t ex. Familj, vänner, släkt eller arbetskamrater.)

- a. Bra
- b. Acceptabelt
- c. Dåligt

Motivering: _____

4. Hur många i din närmsta krets anser du att du har kontinuerlig kontakt med?

(I din närmaste krets kan familj, vänner, arbetskamrater eller släkt ingå.)

- a. Tillräckligt många
- b. Hade gärna haft flera
- c. Ingen
- d. Ingen, och trivs med det.

Motivering: _____

Social ensamhet

1. Hur upplever du din sociala status?

(På denna fråga kan du välja flera svarsalternativ.)

- a. Studerar
- b. Arbetar
- c. Dubbelarbetar (Studerar och arbetar eller har flera jobb)
- d. Arbetslös
- e. Sjukskriven, kort tid
- f. Sjukskriven, längre tid
- g. Förtidspensionär/Sjukpensionär
- h. Pensionär

Motivering: _____

2. Vilken av de nedanstående anser du passar bäst in på dig.

(I situationer med personer du inte känner.)

- a. Utåtriktad
- b. Distanserad
- c. Både och
- d. Ingen dera

Motivering: _____

3. Hur anser du att din relation med din närmaste krets är?

- a. Bra
- b. Varken bra eller dålig
- c. Dålig

Motivering: _____

Till en klient mellan 18-34år.

4. Hur ser din livsstil ut?

- a. Aktiv
- b. Varken aktiv eller stillasittande
- c. Stillasittande

Motivering: _____

Emotionell ensamhet

1. Vilka personer ingår i ditt hushåll?

(På denna fråga kan du välja flera av svarsalternativen)

- a. Tillsammans med partner
- b. Tillsammans med barn
- c. Tillsammans med föräldrar
- d. Tillsammans med syskon
- e. Särbo
- f. Tillsammans med annan person
- g. Ensam och trivs inte med det
- h. Ensam och trivs med det

Motivering: _____

2. Ringa in ifall du brukar känna någon av följande känslor.

(Stundvis upplever alla människor dessa känslor av olika orsaker. Om du under de senaste två veckorna har känt någon av dessa känslor upprepade gånger, ringa då in den känslan. På denna fråga kan du välja flera svarsalternativ.)

- a. Isolerad
- b. Stressad
- c. Ensam
- d. Passiv
- e. Värdelös
- f. Bristande förståelse från omgivningen
- h. Sorgsen
- i. Deprimerad

Motivering: _____

3. Anser du att din ålder påverkar ditt sociala nätverk positivt eller negativt?

- a. Positivt
- b. Negativt
- c. Varken positivt eller negativt

Motivering: _____

4. Hur upplever du din hälsa?

- a. God hälsa
- b. Acceptabel hälsa
- c. Hälsan kunde varit bättre
- d. Dålig hälsa

Motivering: _____

5. Hur anser du att din ekonomiska status påverkar ditt sociala liv?

(Många personer i vårt samhälle anser att de påverkas av sin ekonomiska status)

- a. I hög grad
- b. Inte speciellt
- c. I liten grad

Motivering: _____

Bilaga 4: Poängsatt frågeformulär

1. Hur anser du att ditt sociala nätverk fungerar?

(En individs sociala nätverk är uppbyggt av människor och/eller organisationer. I ett socialt nätverk kan exempelvis arbetskamrater, vänner, släktingar, föreningsmedlemmar etc ingå.)

- a. Bra +
- b. Varken bra eller dåligt
- c. Dåligt -

2. Hur socialt aktiv anser du att du är?

(Med aktivitet anses t ex. föreningsverksamhet, idrott, kurser, föreläsningar)

- a. Aktiv +
- b. Inte aktiv -
- c. Varken eller

3. Hurudant förtroende har du för personerna i din närmsta krets som du vill ha kontakt med?

(Med närmaste krets anser vi t ex. Familj, vänner, släkt eller arbetskamrater.)

- a. Bra +
- b. Acceptabelt
- c. Dåligt -

4. Hur många i din närmsta krets anser du att du har kontinuerlig kontakt med?

(I din närmaste krets kan familj, vänner, arbetskamrater eller släkt ingå.)

- a. Tillräckligt många +
- b. Hade gärna haft flera -
- c. Ingen -

- d. Ingen, och trivs med det. +

Social ensamhet

1. Hur upplever du din sociala status?

(På denna fråga kan du välja flera svarsalternativ.)

- | | |
|--|---|
| a. Studerar | + |
| b. Arbetar | + |
| c. Dubbelarbetar (Studerar och arbetar eller har flera jobb) | - |
| d. Arbetslös | - |
| e. Sjukskriven, kort tid | |
| f. Sjukskriven, längre tid | - |
| g. Förtidspensionär/Sjukpensionär | - |
| h. Pensionär | - |

2. Vilken av de nedanstående anser du passar bäst in på dig.

(I situationer med personer du inte känner.)

- | | |
|----------------|---|
| a. Utåtriktad | + |
| b. Distanserad | - |
| c. Både och | |
| d. Ingen dera | |

3. Hur anser du att din relation med din närmaste krets är?

- | | |
|---------------------------|---|
| a. Bra | + |
| b. Varken bra eller dålig | |
| c. Dålig | - |

Till en klient mellan 18-34år.

4. Hur ser din livsstil ut?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| a. Aktiv | + |
| b. Varken aktiv eller stillasittande | |
| c. Stillasittande | - |

Emotionell ensamhet

1. Vilka personer ingår i ditt hushåll?

(På denna fråga kan du välja flera av svarsalternativen)

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. Tillsammans med partner | + |
| b. Tillsammans med barn | + |
| c. Tillsammans med föräldrar | + |
| d. Tillsammans med syskon | + |
| e. Särbo | + |
| f. Tillsammans med annan person | + |
| g. Ensam och trivs inte med det | - |
| h. Ensam och trivs med det | + |

2. Ringa in ifall du brukar känna någon av följande känslor.

(Stundvis upplever alla människor dessa känslor av olika orsaker. Om du under de senaste två veckorna har känt någon av dessa känslor upprepade gånger, ringa då in den känslan. På denna fråga kan du välja flera svarsalternativ.)

- | | |
|--|---|
| a. Isolerad | - |
| b. Stressad | - |
| c. Ensam | - |
| d. Passiv | - |
| e. Värdelös | - |
| f. Bristande förståelse från omgivningen | - |
| h. Sorgsen | - |
| i. Deprimerad | - |

3. Anser du att din ålder påverkar ditt sociala nätverk positivt eller negativt?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| a. Positivt | + |
| b. Negativt | - |
| c. Varken positivt eller negativt | |

4. Hur upplever du din hälsa?

- | | |
|--------------|---|
| a. God hälsa | + |
|--------------|---|

- b. Acceptabel hälsa +
- c. Hälsan kunde varit bättre -
- d. Dålig hälsa -

5. Hur anser du att din ekonomiska status påverkar ditt sociala liv?

(Många personer i vårt samhälle anser att de påverkas av sin ekonomiska status)

- a. Positivt +
- b. Inte speciellt mycket
- c. Negativt -

Bilaga 5: Underlag för bedömning

Poäng	Riskenivå	Åtgärd
Ett eller inget minus under en/flera kategori/-er (socialt stöd, social ensamhet och emotionell ensamhet).	Minimal risk	Information om riskhantering kan ges men åtgärder behöver inte vidtas. Uppföljning efter överenskommen tid.
Två eller flera minus under en/flera kategori/-er.	Riskerna är betydande	Åtgärder bör vidtas inom kort.

Denna enkät görs tillsammans med klienten och en professionell inom social- och hälsovården. Svaren bör diskuteras tillsammans med klienten, men klienten själv skall bedöma vilket svarsalternativ denne anser sig passa bäst in på. Poängen syns inte på klientens enkät.

Ovan finns en poängtabell, beroende på vad de svarar, resulterar de i att de får en viss poäng. Poängtabellen är till för att vägleda professionella inom social- och hälsovården hur de skall gå vidare med vården kring klienten.

Hamnar klienten i poängruta 0-4poäng bör inte några åtgärder göras eftersom riskerna är väldigt små och klienten bedöms ha ett bra socialt nätverk. Den professionella kan ändå ge information om vilket stöd som finns.

Om klienten däremot får så mycket poäng att han/hon hamnar i någon av de andra två poäng rutorna, är riskerna betydande och åtgärder behöver vidtas tillsammans med klienten.

Bilaga 6: "Fiskben"

